

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2156/2008

ATAS/1489/2009

**ORDONNANCE D'EXPERTISE**  
**DU TRIBUNAL CANTONAL DES**  
**ASSURANCES SOCIALES**

**Chambre 1**

**du 27 novembre 2009**

En la cause

Madame S \_\_\_\_\_, domiciliée à CORSIER, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître Manuel MOURO

recourante

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue  
de Lyon 97, GENEVE

intimé

**Siégeant : Doris WANGELER, Présidente**

---

### EN FAIT

1. Madame S \_\_\_\_\_ (ci-après l'assurée), suisse, née en 1955, a travaillé en qualité d'éducatrice de la petite enfance jusqu'au 8 février 2005, date à laquelle elle s'est trouvée en incapacité de travail.
2. Le 8 février 2006, elle a déposé une demande de prestations auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après l'OCAI), tendant à l'octroi d'une rente. Elle a indiqué souffrir depuis le mois de juin 2002 d'une dépression sévère et de rechutes constantes avec douleurs physiques aiguës.
3. Par rapport du 17 février 2006, le Dr A \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, a retenu les diagnostics d'état dépressif avec syndrome somatique et de probable fibromyalgie. D'après lui, l'état de santé de l'assurée était stationnaire et sa capacité de travail pouvait être améliorée par des mesures médicales. Il y a joint un courrier du 26 octobre 2005 du Dr B \_\_\_\_\_, directeur médical à la clinique La Métairie, lequel a attesté d'une hospitalisation volontaire s'étant déroulée du 6 au 29 juin 2005 et de la présence d'un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique. A l'admission, l'assurée avait un discours un peu décousu au débit accéléré centré sur ses plaintes, présentait des ruminations de dévalorisation, une anhédonie, un sentiment de vide, une perte d'appétit, des troubles du sommeil avec réveil précoce, une angoisse diffuse avec par moments des crises d'angoisse et un sentiment d'être perdue, mais sa thymie était neutre sans idées de mort.
4. Dans un rapport du 24 février 2006, la Dresse C \_\_\_\_\_, médecin adjoint une clinique, a informé l'OCAI que l'assurée souffrait d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique depuis 2002. Elle a constaté une asthénie, des ruminations, une dépression et une insomnie matinale. De son courrier du 6 février 2006 adressé au psychiatre traitant de l'assurée et joint à son rapport, il ressort que celle-ci avait été hospitalisée à la clinique pour la quatrième fois du 7 au 27 janvier 2006 en raison d'une rechute dépressive.
5. Par rapport du 13 mars 2006, le Dr D \_\_\_\_\_, psychiatre traitant, a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, présent depuis 2002 et de trouble panique, sans agoraphobie, présent depuis 1995. L'incapacité de travail était totale depuis le 3 novembre 2005. Il a expliqué qu'au décours d'un sevrage de benzodiazépines prises par l'assurée pour traiter son trouble panique en 2002, elle avait développé un état dépressif modéré qui s'était amélioré sous traitement antidépresseur de Dexorat pour récidiver en 2005 à plusieurs reprises. Elle était actuellement triste la plupart du temps, sans énergie, avec une très mauvaise image d'elle-même, présentait des troubles du sommeil et de l'appétit, de nombreuses douleurs physiques aggravées par son anxiété et sa dépression ainsi que des débuts d'attaque de panique deux à trois fois par mois, attaques qu'elle arrivait à maîtriser grâce à des outils cognitifs et à son traitement antidépresseur.

Ses troubles psychiques n'étaient pas réactionnels à des événements de vie adverses.

6. Par courrier du 8 août 2006, l'assureur perte de gain a transmis le dossier médical de l'assurée à l'OCAI. Il en ressort que :

- le Dr A\_\_\_\_\_ a retenu un état dépressif, un état anxieux ainsi qu'une totale incapacité de travail du 8 au 27 février 2005, de 50% jusqu'au 17 mai 2005 et de 100% depuis lors en raison de son hospitalisation;

- Le Dr E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a été mandaté par l'assureur perte de gain pour diligenter une expertise, qu'il a rendue en date du 29 mai 2006 et a posé le diagnostic d'épisode dépressif léger, expliquant qu'il y avait une alternance des phases euthymiques et de dépression légère à moyenne. Il a estimé que la capacité de travail était entière dans toute activité lucrative, que l'assurée se sentait victime du système professionnel et n'était pas motivée à reprendre son activité d'éducatrice, ayant travaillé en qualité de directrice adjointe durant quelques mois, emploi qu'elle avait jugé valorisant.

7. Par rapport intermédiaire du 6 février 2007, le Dr D\_\_\_\_\_ a répondu à l'OCAI que l'état de santé de l'assurée était resté stationnaire depuis son rapport du mois de mars 2006 et que les limitations fonctionnelles consistaient en un ralentissement psychomoteur, un trouble de la concentration et de la mémoire, une asthénie et une anticipation anxieuse. Sa capacité de travail était nulle dans toute activité lucrative et de manière définitive, le trouble dépressif récurrent étant chronique et aggravé par un trouble anxieux. Il a joint à son rapport :

- un résumé de séjour daté du 8 juillet 2002 au Département de psychiatrie des Hôpitaux Universitaires de Genève (ci-après HUG), duquel il ressort que l'assurée présentait un épisode dépressif léger avec syndrome somatique ainsi qu'un trouble panique, des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de benzodiazépines, syndrome de dépendance, utilisation continue et une gastro-entérite. L'hospitalisation avait eu lieu dans un contexte de sevrage aux benzodiazépines ;

- deux rapports des 24 juin 2005 et 20 janvier 2006 du Dr B\_\_\_\_\_, lequel a attesté des premier et troisième séjours en clinique, respectivement du 18 au 27 mai 2005 et du 21 septembre au 28 octobre 2005. Lors de la première admission, le visage de l'assurée était triste et donnait une impression de grande fatigue. Le médecin avait alors posé le diagnostic d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique. Dans son second rapport, il a principalement relevé que l'état de santé ne s'était pas amélioré depuis la deuxième hospitalisation en juin 2005.

8. Dans un courrier du 20 février 2007, le Dr F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, a indiqué avoir examiné l'assurée en date du 9

---

février 2007 à la demande de l'OCAI ainsi qu'au mois de mars 2006, consultation lors de laquelle il avait diagnostiqué une fibromyalgie et mis en évidence d'importants troubles psychologiques. L'assurée présentait actuellement les mêmes symptômes qu'à l'époque, soit des douleurs ostéoarticulaires multiples variant en temps et en intensité, des troubles du transit intestinal, une grande fatigue et des troubles du sommeil. L'examen clinique confirmait le diagnostic de fibromyalgie avec la présence de 18 points douloureux sur 18. D'un point de vue rhumatologique, la capacité de travail était entière dans une activité sans port de charges, avec la possibilité de changer de position. Elle devait également éviter toute activité stressante.

9. Par avis du 3 avril 2007, la Dresse G\_\_\_\_\_, médecin au Service médical régional AI (ci-après SMR), a établi que l'assurée était en totale incapacité de travail du 8 au 27 février 2005, de 50% jusqu'au 2 mai 2005, de 100% jusqu'au 28 mai 2005 et de 0% dès ce moment-là dans son activité professionnelle habituelle. Elle a signalé que, d'après l'expertise psychiatrique du Dr E\_\_\_\_\_, il n'existait pas de comorbidité psychiatrique invalidante associée à la fibromyalgie présentée par l'assurée. Il n'y avait ainsi pas lieu, d'après elle, de retenir les limitations fonctionnelles somatiques relevées par le Dr F\_\_\_\_\_.
10. Le 8 mai 2007, une enquête économique a été effectuée par une infirmière, laquelle a tout d'abord rapporté que l'assurée se plaignait d'une fatigue importante, de problèmes à débiter sa journée, de douleurs dans la nuque et le bras droit et ressentait également des douleurs « qui voyagent un peu partout ». D'après l'assurée, sa dépression avait débuté suite aux problèmes d'anorexie d'un de ses fils. Bien qu'elle ait effectué plusieurs séjours en clinique l'ayant aidé momentanément, son manque d'entrain et sa fatigue perpétuelle persistaient. Elle a enfin indiqué ne plus pouvoir travailler, même dans une activité adaptée, attendu qu'il lui semblait impossible de devoir suivre des horaires ou de se lever le matin. Le degré d'invalidité dans l'ensemble des tâches ménagères était de 12%. L'assurée prenait en globalité plus de temps pour effectuer les diverses activités nécessaires à l'entretien de son ménage, mais pouvait notamment encore cuisiner deux repas par jour, mettre et débarrasser la table, nettoyer son logement en morcelant son travail, faire les courses avec l'aide de son époux ainsi que la lessive et suspendre le linge, mais ne le repassait plus.
11. Le 31 mai 2007, l'OCAI a signifié à l'assurée un projet lui allouant une rente entière du 1<sup>er</sup> février au 31 mai 2006, suite à quoi son droit à la rente s'éteignait. Il a en substance repris les conclusions de la Dresse G\_\_\_\_\_ et de l'enquête économique, retenu que l'assurée exerçait une activité professionnelle à 80%, les 20% restants étant consacrés aux travaux habituels, et que son degré d'invalidité était de 75.2% dès le 8 février 2006, de 82.4% dès le 1<sup>er</sup> mai 2006 et de 2.4% dès le 29 mai 2006.

12. Par courrier du 7 juin 2007, l'assurée a contesté ledit projet de décision, alléguant que le rapport du Dr E \_\_\_\_\_, sur lequel l'OCAI s'était principalement fondé, n'avait pas été établi d'une manière impartiale et qu'il y avait lieu de suivre les avis de ses médecins traitants. De plus, elle avait à nouveau été hospitalisée, au mois de juin 2006, à la clinique de psychiatrie des HUG ainsi qu'au CTB de Carouge pour une rechute et était toujours en totale incapacité de travail dans toute activité lucrative.

Le lendemain, elle a transmis à l'OCAI

- un certificat du 7 juin 2007 du Dr D \_\_\_\_\_, lequel a contesté la position de l'OCAI niant la présence d'une comorbidité psychiatrique chez l'assurée, attendu que celle-ci souffrait d'un trouble de l'humeur et d'un trouble anxieux. L'évolution n'avait pas été favorable ces dernières années, raison pour laquelle les arrêts de travail s'étaient multipliés et plusieurs hospitalisations avaient été nécessaires. Il a ainsi considéré qu'il n'était pas possible de faire abstraction de son trouble psychiatrique pour déterminer sa capacité de travail ;

- un résumé de séjour auprès du CTB Jonction des HUG du 4 au 7 juin 2006 et un résumé d'intervention du 15 juin 2006, desquels il ressort que l'assurée présentait un trouble affectif bipolaire, épisode actuel sévère, sans symptôme psychotique, un trouble panique, une anxiété généralisée et un syndrome douloureux somatoforme persistant. L'hospitalisation avait eu lieu en entrée volontaire sur certificat du Dr D \_\_\_\_\_, en raison d'un épisode dépressif sévère accompagné d'une forte composante anxieuse. Le 15 juin 2006, les médecins ont constaté qu'il n'existait pas de « facteur de gravité » et que l'assurée allait être suivie par le Dr D \_\_\_\_\_.

13. Par rapport intermédiaire du 6 septembre 2007, le Dr D \_\_\_\_\_ a signalé que l'état de santé de l'assurée était resté stationnaire depuis le mois de mai 2006, mais qu'il y avait eu un changement de diagnostic : un trouble affectif bipolaire, épisode actuel de dépression moyenne devait être retenu. L'assurée était aboulique, asthénique, ralentie et algique, développait une clinophilie et n'effectuait que les tâches essentielles du ménage. Sa capacité de travail était nulle dans toute activité lucrative et une reprise de travail ne pouvait pas être envisagée. L'état dépressif était caractérisé par une asthénie, une anxiété, un ralentissement psychomoteur et une humeur instable.

14. Le Dr H \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, mandaté par l'OCAI, a reçu l'assurée en consultation en date du 3 janvier 2008 et a rendu son rapport d'expertise le lendemain. Il a retenu les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger sans syndrome somatique, présent depuis 2002, de trouble panique, présent depuis 1995, de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de sédatifs ou d'hypnotiques et de syndrome de

dépendance, présents depuis 1997 ainsi que de fibromyalgie, présente depuis le mois d'octobre 2004. Ces diagnostics n'avaient pas de répercussion sur la capacité de travail.

L'expert a constaté que l'assurée présentait notamment un comportement algique, se levant à plusieurs reprises pendant l'entretien pour marcher, une labilité émotionnelle avec passage rapide à des pleurs lorsqu'étaient abordés des sujets pénibles, une humeur légèrement déprimée avec un découragement et un discours à teinte négative. Il a notamment relevé un fonctionnement intellectuel dans la norme et une absence de signes de fatigue, de ralentissement psychomoteur, de trouble de la mémoire ou de la concentration, d'anxiété, de tension, d'irritabilité, d'anhédonie, de retrait social et de symptomatologie hypomaniaque ou maniaque.

Dans le cadre de l'appréciation du cas, l'expert a tout d'abord considéré qu'au vu de la fréquence des épisodes d'anxiété (une à deux fois par mois) d'une durée de 15 minutes, le trouble panique n'était pas limitatif pour l'exercice d'une activité lucrative. Il s'est par ailleurs écarté du diagnostic d'anxiété généralisée, attendu que l'assurée n'était pas anxieuse et préoccupée de manière permanente et que cet état n'était pas non plus accompagné de symptômes d'hyperactivité neurovégétative et de symptômes respiratoires ou gastro-intestinaux.

En ce qui concernait l'état dépressif de l'assurée, il ne ressortait pas des rapports de la clinique d'éléments suffisants pour retenir des épisodes dépressifs moyens ou sévères. D'après lui, la symptomatologie dépressive n'était pas marquée et les éventuelles incapacités de travail liées à son état dépressif avaient été brèves. En outre, l'assurée avait indiqué, comme le Dr D\_\_\_\_\_, que son état de santé était resté stable depuis mai 2006 et déclaré être actuellement dans une moins bonne phase, notamment en raison du décès de son frère et des fêtes de fin d'année, toutefois, son état actuel était, selon l'expert, compatible avec un état dépressif léger. En effet, celui-ci a retenu une humeur légèrement déprimée, une réduction légère de l'énergie, une diminution de la confiance en soi, des sentiments de culpabilité et une tendance à l'hypersomnie. La diminution de l'énergie n'était pas suffisamment importante pour limiter l'exercice de l'activité professionnelle, attendu que l'assurée avait de multiples activités durant la journée. Il n'y avait pas non plus, par exemple, de diminution de la volonté, attendu qu'elle exprimait le souhait de travailler, mais manquait de motivation. Ainsi, comme son état actuel n'était pas « limitatif pour l'exercice de l'activité professionnelle », il ne comprenait pas comment la capacité de travail avait pu être diminuée depuis le mois de mai 2006.

L'expert n'a pas pu retenir le diagnostic de trouble bipolaire de manière univoque, de sorte qu'il l'a écarté. En effet, bien que le Dr D\_\_\_\_\_ ait mentionné une légère euphorie au mois d'avril 2006, l'assurée a déclaré, durant l'entretien, qu'il lui était arrivé d'être plus tonique sans toutefois être hyperactive, qu'elle avait pu se

sentir mieux psychologiquement sans pour autant présenter une élévation de l'humeur légère ou une accélération de ses pensées et qu'il n'y avait pas eu d'augmentation de l'énergie sexuelle, d'hypercommunicabilité, de dépenses accrues ou de diminution du besoin du sommeil.

L'expert a terminé par dire qu'il n'existait pas de comorbidité psychiatrique importante liée à la fibromyalgie, de perte d'intégration sociale ou d'affections corporelles chroniques pour expliquer l'ampleur des plaintes. Quant au critère de l'état psychique cristallisé, il a souligné que son évaluation nécessitait une exploration psychodynamique en profondeur et dépassait le cadre d'une expertise. Enfin, il a admis que les traitements conformes aux règles de l'art s'étaient montrés inefficaces, eu égard notamment au rapport du Dr A\_\_\_\_\_ du mois de février 2006.

En conclusion, la symptomatologie actuelle était insuffisamment prononcée pour que des limitations fonctionnelles psychiques soient retenues. La capacité de travail de l'assurée était entière dans son activité antérieure et dans toutes autres activités correspondant à ses capacités et son niveau d'instruction. Si des périodes d'incapacité de travail avaient existé, elles avaient été brèves. Aucune diminution de rendement n'était à prendre en considération, en l'absence de ralentissement psychomoteur et de troubles de la concentration et de la mémoire. L'expert a considéré qu'au vu de ses troubles psychiques, de l'intensité réduite de l'affection actuelle, de son âge, de l'absence de personnalité pathologique ou de perte d'intégration sociale, l'assurée était capable de fournir un effort pour réintégrer le monde du travail. Des mesures de réadaptation professionnelle n'étaient pas envisageables, l'assurée n'étant pas motivée et étant convaincue d'être inapte au travail.

15. Par avis du 26 février 2008, la Dresse I\_\_\_\_\_, médecin au SMR, a estimé que le rapport d'expertise était convaincant et qu'il y avait lieu de suivre ses conclusions. La capacité de travail de l'assurée était ainsi entière hormis quelques interruptions de courte durée.
16. Le 2 avril 2008, l'OCAI a signifié à l'assurée un nouveau projet de décision annulant et remplaçant celui du 31 mai 2007 et tendant au rejet de sa demande de prestations. Sa capacité de travail était en effet totale dans son activité habituelle.
17. Par courrier du 10 avril 2008, l'assurée a contesté ledit projet, soutenant qu'elle présentait au contraire une incapacité de travail de longue durée et qu'il était erroné de prétendre qu'elle pouvait s'occuper de son ménage, étant précisé qu'elle avait fait appel à une aide hebdomadaire auprès de l'Hospice général. Elle y a joint un certificat du 8 avril 2008 du Dr D\_\_\_\_\_, lequel a noté une aggravation de son état psychique depuis le début de l'année 2008 ainsi que la présence d'un trouble dépressif récurrent, d'un trouble panique et d'une dépendance aux

benzodiazépines. Il a expliqué qu'à la fin de l'année 2007, elle avait été déprimée et angoissée malgré le traitement antidépresseur, anxiolytique et la psychothérapie et qu'à fin janvier 2008, elle avait développé de fortes angoisses se manifestant par des états d'agitation anxieuse nécessitant la prescription d'un traitement neuroleptique sédatif. Cette décompensation anxieuse de deux à trois semaines, de janvier à février 2008, s'inscrivait, d'après le médecin, dans un contexte d'état dépressif chronique dont les symptômes principaux et persistants étaient une asthénie et une incapacité à affronter toutes les nouvelles situations. Cette incapacité entraînait une grande difficulté d'adaptation se manifestant, dès l'apparition d'une nouvelle situation stressante, par de graves décompensations anxieuses sous forme d'agitation et de symptômes dissociatifs (impression de déréalisation). L'incapacité de travail était ainsi totale et durable.

18. Par avis du 9 mai 2008, la Dresse J \_\_\_\_\_ a estimé que l'aggravation de l'état de santé attestée par le Dr D \_\_\_\_\_ avait été de courte durée, de sorte que l'assurée n'avait présenté ni aggravation durable de son état de santé ni nouvelle atteinte. Les conclusions du SMR du 26 février 2008 restaient ainsi valables.
19. Par décision du 14 mai 2008, l'OCAI a confirmé son projet de décision du 2 avril 2008.
20. Le 16 juin 2008, l'assurée, représentée par Me Manuel MOURO, a interjeté recours contre ladite décision auprès du Tribunal de céans, sollicitant l'octroi d'une rente entière. Elle a tout d'abord informé le Tribunal de céans de son hospitalisation depuis le 20 mai 2008 en clinique, ce qui a été attesté par la Dresse K \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et médecin à la clinique, dans un certificat du 12 juin 2008. Par ailleurs, l'assurée a contesté les conclusions du rapport du Dr H \_\_\_\_\_ et allégué souffrir de troubles bipolaires, de crises d'angoisse aiguës et de dépressions moyennement sévères à tout le moins.
21. Par courrier du 15 septembre 2008, l'assurée a produit
  - un compte-rendu d'hospitalisation du 19 juin 2008 établi par la Dresse K \_\_\_\_\_, qui a attesté du séjour de l'assurée à la clinique du 20 mai au 16 juin 2008. Elle a retenu un trouble de l'humeur persistant et précisé que « l'atypicité de la symptomatologie parfois à bas bruit, parfois bruyante, mais toujours présente, ne permettait pas de conclure ni en faveur d'un trouble bipolaire atypique ou à cycle rapide, ni en faveur d'un trouble dépressif récurrent avec un épisode hypomaniaque peut-être iatrogène, ni en faveur d'une comorbidité attaque de panique/trouble dépressif récurrent » ;

Le médecin a constaté que, durant l'hospitalisation, il avait mis en évidence une labilité thymique persistant durant toute sa durée. Cette mobilité excessive de l'humeur, pouvant aller, selon les observations cliniques, des pleurs au rire, de

l'appréhension à l'angoisse ou à la familiarité, pouvait, d'après le médecin, évoquer un diagnostic de bipolarité à cycle rapide. De plus, le personnel soignant avait observé que les émotions excessives de l'assurée étaient réactives à des événements : la vie en groupe, les activités paracliniques associées comme l'ergothérapie, l'arthérapie, la mobilisation corporelle, la relaxation et le massage, étaient à l'origine d'une réaction somatique. Dans une journée type familiale, avec prévision de tous les événements de rencontres interpersonnelles, l'assurée pouvait certainement être stable, en revanche, il a pu être constaté que tel n'était pas le cas dans un milieu social aux fluctuations événementielles variées et imprévisibles ;

- un certificat du 8 août 2008 du Dr D \_\_\_\_\_, lequel a indiqué que l'assurée s'était régulièrement rendue à sa consultation depuis sa sortie de clinique le 16 juin 2008. Son anxiété s'était améliorée, durant l'hospitalisation, grâce au changement de traitement effectué, de sorte qu'elle réussissait mieux à se concentrer et avait pu reprendre la lecture. En revanche, l'assurée restait asthénique, inhibée et ralentie, étant précisé qu'à son état dépressif chronique s'ajoutaient des douleurs multiples et chroniques liées à sa fibromyalgie.

22. Par réponse du 29 janvier 2009, l'OCAI a proposé le rejet du recours et la confirmation de la décision attaquée. Aucun des éléments allégués par l'assurée n'était susceptible de modifier son appréciation. Il a transmis au Tribunal de céans un avis du 21 janvier 2009 de la Dresse J \_\_\_\_\_ du SMR, laquelle a estimé qu'il y avait certes eu une aggravation passagère de son état de santé, ayant nécessité une hospitalisation en clinique, toutefois, elle n'était pas durable, au vu de l'effet favorable du changement de traitement et du fait que seul un trouble de l'humeur accompagnant la fibromyalgie avait été retenu par les médecins de la clinique.

23. Le 3 février 2009, l'assurée a produit une lettre de sortie de la clinique du 15 janvier 2009, établie par la Dresse L \_\_\_\_\_, qui a attesté de son hospitalisation du 30 novembre 2008 au 10 janvier 2009, en raison d'une rechute dépressive avec verbalisation d'idées suicidaires, et posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques. Lors de l'admission, l'assurée présentait une tristesse de l'humeur, un ralentissement psychomoteur avec bradypsychie, anxiété, anhédonie, apragmatisme et trouble du sommeil. A sa sortie, l'assurée devait bénéficier de repas à domicile et d'une aide ménagère durant quinze jours.

24. Par courrier du 27 mars 2009, l'assurée a sollicité l'audition des Drs L \_\_\_\_\_ et D \_\_\_\_\_. Elle a également communiqué :

- un courrier du 3 mars 2009 du Dr D \_\_\_\_\_, lequel a déclaré que l'assurée souffrait d'un trouble psychique chronique et invalidant n'entrant pas clairement dans une catégorie diagnostique précise et pouvant être décrit comme un trouble

anxieux et dépressif mixte chronique. Ce trouble avait entraîné plusieurs hospitalisations ces dernières années ainsi qu'une incapacité de travail totale durable. Sa capacité à gérer ses angoisses et les situations stressantes était fortement limitée depuis de nombreuses années et aucun traitement n'avait eu d'effet. Il s'agissait ainsi, d'après le médecin, d'une structure de personnalité pathologique. L'assurée présentait un trouble de l'humeur et une anxiété chronique venant aggraver une structure de la personnalité fragile ;

- un rapport du 23 mars 2009 du Dr A\_\_\_\_\_, retenant que ses problèmes psychiatriques avaient fluctué et dominé tous les autres problèmes médicaux, soit une fibromyalgie et des troubles métaboliques de type diabète. D'après lui, son incapacité de travail totale était liée à sa maladie psychique et ses troubles physiques ne faisaient que renforcer cette incapacité ;

- un courrier du 10 mars 2009 de la Dresse L\_\_\_\_\_, laquelle n'a pas souhaité délivrer un rapport concernant l'état de santé de l'assurée, attendu qu'elle estimait que les questions posées relevaient d'un travail d'expertise.

25. Le 29 avril 2009, l'OCAI a persisté dans ses conclusions et a produit un avis du même jour de la Dresse J\_\_\_\_\_, laquelle a considéré que l'assurée avait présenté, à la fin de l'année 2008, une nouvelle aggravation passagère de son état de santé et que son trouble psychique n'entraînait pas dans une catégorie diagnostique spécifique en raison de sa sévérité insuffisante. Par ailleurs, sa structure de personnalité pathologique n'était pas en soi un trouble de la personnalité incapacitant et se retrouvait, du reste, chez de nombreuses personnes qui ne présentaient pas d'incapacité de travail pour des raisons psychiques. Les conclusions précédentes du SMR restaient ainsi toujours valables.

26. Le 9 juin 2009 s'est tenue une audience d'enquêtes, lors de laquelle a été entendu le Dr D\_\_\_\_\_. Il a indiqué que l'assurée souffrait d'un trouble de l'humeur dépressif persistant organique, d'un trouble anxieux persistant organique avec attaque de panique, de fibromyalgie, de dépendance aux benzodiazépines, de diabète ainsi que du syndrome de Parkinson diagnostiqué lors de sa dernière hospitalisation aux mois d'avril et mai 2009. Actuellement, son trouble anxieux et dépressif était sévère, son état s'étant péjoré depuis le début de l'année 2009. Il a rappelé que les hospitalisations se succédaient et que, dès la sortie de l'hôpital, son état se dégradait. Par ailleurs, le syndrome de Parkinson d'origine organique probable venait aggraver le tableau psychiatrique. Dans son certificat du 3 mars 2009, il avait déclaré que le trouble n'entraînait pas dans une catégorie précise, ce qui ne signifiait pas que ce trouble n'atteignait pas un degré de sévérité suffisant mais qu'il répondait très mal aux traitements habituels et aux médicaments. Il a précisé que l'assurée avait été hospitalisée du 19 au 28 mai 2009 en neurologie pour investigation sur l'origine organique des troubles.

Son état de santé ne s'était jamais amélioré de façon durable depuis qu'il la connaissait, soit depuis le mois d'octobre 2005.

D'après lui, l'assurée ne souffrait pas d'un trouble dépressif réactionnel à la fibromyalgie, mais d'un grave trouble dépressif indépendant de la fibromyalgie. Si tel n'était pas le cas, le tableau serait moins sévère et il y aurait moins de rechutes nécessitant une hospitalisation. De plus, son trouble dépressif n'était plus non plus réactionnel à certains événements de la vie. En effet, plus les rechutes étaient fréquentes et le trouble persistant, moins les événements déclenchants prenaient de l'importance. En mai 2008 déjà, il n'était pas possible de mettre en évidence un stress pour justifier une rechute, de sorte que son trouble dépressif était indépendant.

Quant au trouble bipolaire, il ne pouvait plus être retenu pour le moment.

En outre, un syndrome Parkinsonien (à distinguer de la maladie de Parkinson) est apparu au début de l'année 2009. Dans le rapport de sortie du 19 juin 2008, des symptômes étaient décrits (facies figé, ralentie), lesquels lui faisaient penser à ceux relatifs au syndrome de Parkinson, toutefois, seul un neurologue pouvait répondre plus précisément. L'assurée s'était du reste toujours plainte de troubles de mémoire, ce qui était très fréquent chez les patients en dépression. Ces troubles s'étaient aggravés en début d'année 2009. Au mois de mars 2009, le médecin a observé que l'assurée avait été très figée et ralentie, toutefois, la communication avait encore été possible.

Il a enfin indiqué avoir pris connaissance du rapport du Dr H \_\_\_\_\_, mais ne pas comprendre ses conclusions, estimant que l'assurée était totalement inapte au travail. Il était possible que lorsque l'expert l'avait rencontrée, elle était dans une période favorable, il a cependant souligné qu'il y avait lieu de tenir compte de l'ensemble de l'évolution et du fait qu'elle était très fragile et ne gérait pas ses angoisses. Enfin, l'assurée avait toujours eu beaucoup de difficultés à se rendre seule en ville ; cela avait été possible pendant les périodes favorables, mais plus actuellement.

27. Par courrier du 25 juin 2009, l'OCAI a fait parvenir au Tribunal de céans un avis du 23 juin 2009 de la Dresse J \_\_\_\_\_ et a sollicité de prendre connaissance de la lettre de sortie de l'hospitalisation ayant eu lieu aux mois d'avril et mai 2009.
28. La lettre de sortie du 22 mai 2009 de la clinique établie par la Dresse L \_\_\_\_\_ est parvenue au Tribunal de céans le 8 juillet 2009. Elle atteste du séjour de l'assurée à la clinique du 7 au 30 avril et du 3 au 18 mai 2009, étant précisé qu'entre le 30 avril et le 3 mai 2009, l'assurée avait séjourné à la clinique de Genolier pour un bilan somatique. La Dresse L \_\_\_\_\_ a retenu le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques et la comorbidité d'anxiété généralisée. L'état de l'assurée s'était péjoré depuis la

dernière hospitalisation. Elle présentait un ralentissement, une inhibition aléatoire, une fatigue intense, des impatiences psychomotrices avec un piétinement sur place et une impossibilité de rester assise ou allongée et des troubles de la concentration accompagnés de transpiration profuse. La Dresse M\_\_\_\_\_, neurologue à Nyon, avait examiné l'assurée le 5 mai 2009 et mis en évidence un syndrome parkinsonien akineto-rigide avec akathisie et dyskinésies péribuccales ainsi qu'un antécédent familial de maladie de Parkinson chez une de ses sœurs. Une IRM de juin 2008 est également mentionnée montrant plusieurs hypersignaux dans la substance blanche compatibles avec une atteinte vasculaire. La Dresse L\_\_\_\_\_ a conclu que le tableau présenté par l'assurée était évocateur d'un aménagement de la personnalité de niveau état-limite, organisé principalement autour de l'opposition passive et de la mise en avant du vécu de la victime. L'examen neuropsychologique mettait en exergue un dysfonctionnement cognitif assez global peu homogène. Le médecin a notamment remarqué que le ralentissement était très prononcé à certaines tâches, qu'il existait des signes de dysfonctionnement exécutif et que les résultats étaient très déficitaires au test de mémoire verbale alors que les réponses aux questions d'actualité étaient pertinentes. Le comportement cognitif de l'assurée était pathologique et les nombreux tests n'avaient été possibles que suite à de forts encouragements et aux assurances de faisabilité. Les résultats semblaient fortement liés à l'état psychique de l'assurée.

29. Par courrier du 31 juillet 2009, l'assurée a une nouvelle fois relevé son incapacité totale de travail. Elle a produit un rapport du 25 juin 2009 du Prof N\_\_\_\_\_ et du Dr O\_\_\_\_\_, médecins au Service de neurologie des HUG, lesquels ont posé les diagnostics d'état anxio-dépressif, de probable maladie neurodégénérative sous-jacente avec troubles neuropsychologiques frontaux et de status post-syndrome extrapyramidal sur neuroleptique. Les tests neuropsychologiques ont notamment mis en évidence une tristesse exprimée, des épisodes de pleurs, une amimie, un discret flou articulaire, un ralentissement, des difficultés dans l'écriture et dans les tâches visuo-spatiales, des troubles de l'imitation de gestes sans signification complexe ou encore un dysfonctionnement exécutif important. La symptomatologie évoquait un dysfonctionnement frontal et pariétal. Une partie des troubles étaient certainement dus à la problématique psychiatrique, toutefois, les médecins étaient frappés par l'importance des troubles dysexécutifs et la présence de quelques difficultés praxiques et de la perception spatiale qui pouvaient suggérer une composante neurologique associée, sans qu'ils puissent être plus précis dans l'étiologie. Ils ont conclu que les troubles neuropsychologiques dont souffrait l'assurée étaient sévères à prédominance frontale et ont indiqué que « la morphologie radiologique et neuropsychologique n'est pas spécifique d'un syndrome démentiel classique. Cependant, vu l'intensité des troubles actuels et le profil neuropsychologique, nous retenons une composante « organique » dans la

symptomatologie. » Ils ont précisé qu'au vu de la pathologie neurologique, une reprise professionnelle ne leur semblait pas possible et ceci de manière prolongée.

30. Le 20 août 2009, l'OCAI a produit un rapport du 13 août 2009 de la Dresse J \_\_\_\_\_, laquelle a retenu que l'assurée avait souffert d'un syndrome parkinsonien au début de l'année 2009, qui s'était amendé suite à l'arrêt du traitement mis en place. L'assurée avait ainsi présenté une aggravation de son état de santé postérieurement à la décision de refus de prestation du 14 mai 2008, fait qu'il n'y avait pas lieu de prendre en considération dans la présente procédure, de sorte que l'OCAI a maintenu ses précédentes conclusions.
31. Par courrier du 18 septembre 2009, l'assurée a soutenu qu'au vu de son état de santé fluctuant, l'expert aurait dû la convoquer à plusieurs reprises afin de se faire une idée de son état de santé réel. De plus, ses troubles, existant depuis plusieurs années, pouvaient actuellement être expliqués par des syndromes parkinsoniens. Le Conseil de l'assurée a souligné que, lors de l'audience de comparution personnelle, le visage de l'assurée était figé, son hébètement total, son expression lente et ses déplacements difficiles. Ces symptômes étaient du reste décrits par les médecins de la clinique ainsi que par les autres médecins l'ayant suivie durant des années. Une expertise médicale a ainsi été requise, couvrant tant les aspect psychologiques que neurologiques et devant indiquer à partir de quel moment la dépression, l'état d'hébètement et les troubles parkinsoniens avaient rendu illusoire toute reprise d'emploi.
32. Suite à la transmission de cette écriture à l'OCAI en date du 21 septembre 2009, la cause a été gardée à juger.
33. Le Tribunal de céans a informé les parties le 9 novembre 2009 qu'il entendait ordonner une expertise, leur a soumis les questions qu'il poserait aux experts. Tant l'assurée que l'OCAI ont considéré qu'ils n'avaient rien à ajouter.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la Loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la Loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA ; RS 830.1) qui sont relatives à la Loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI ; RS 831.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. La LPGA est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 229 consid. 1.1 et les références). Les règles de procédure s'appliquent quant à elles sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 71 consid. 6b).

En l'espèce, la décision litigieuse du 14 mai 2008 est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA et des modifications de la LAI relatives à la 4<sup>ème</sup> et à la 5<sup>ème</sup> révisions, entrées en vigueur respectivement en date du 1<sup>er</sup> janvier 2004 et du 1<sup>er</sup> janvier 2008. Par conséquent, d'un point de vue matériel, le droit éventuel à une rente d'invalidité à partir du mois de février 2006 doit être examiné au regard des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 4<sup>ème</sup> et à la 5<sup>ème</sup> révisions de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références, voir également ATF 130 V 329).

3. Interjeté dans les formes et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA).
4. Est litigieuse en l'espèce la question de savoir si c'est à juste titre que l'OCAI a refusé à l'assurée une rente d'invalidité.
5. Aux termes de l'art. 8 al. 1<sup>er</sup> LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1<sup>er</sup> LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1<sup>er</sup> LPGA).

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1<sup>er</sup> LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références ; cf. aussi ATF 127 V 294 consid. 4c *in fine*).

6. Il y a lieu de préciser que dans un arrêt du 8 février 2006 (ATF 132 V 65), le Tribunal fédéral des assurances a considéré qu'il se justifiait, sous l'angle juridique, et en l'état actuel des connaissances, d'appliquer par analogie les principes

développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux lorsqu'il s'agit d'apprécier le caractère invalidant d'une fibromyalgie.

Il convient également, en présence d'une fibromyalgie, de poser la présomption que cette affection ou ses effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 49).

Le Tribunal fédéral a reconnu qu'il existe des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté, et établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux (cf. ATF 131 V 49 et 130 V 352). On retiendra, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur (voir en matière de troubles somatoformes douloureux ATF 130 V 352 consid. 3.3.1 et la référence). Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée. En présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie). Enfin, on conclura à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (ATF 132 V 65 consid. 4.2.1 et 4.2.2).

Quand bien même le diagnostic de fibromyalgie est d'abord le fait d'un médecin rhumatologue, il convient d'exiger le concours d'un médecin spécialiste en psychiatrie lorsqu'il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que la fibromyalgie est susceptible d'entraîner, dès lors que les facteurs psychosomatiques ont, selon l'opinion dominante, une influence décisive sur le développement de cette atteinte à la santé. Une expertise interdisciplinaire tenant à la fois compte des aspects rhumatologiques et psychiques apparaît donc la mesure d'instruction adéquate pour établir de manière objective si l'assuré présente un état douloureux

d'une gravité telle – eu égard également aux critères déterminants précités – que la mise en valeur de sa capacité de travail sur le marché du travail ne peut plus du tout ou seulement partiellement être exigible de sa part (voir aussi HENNINGSEN, Zur Begutachtung somatoformer Störungen *in Praxis* 94/2005, pp. 2007 ss). Demeurent réservés les cas où le médecin rhumatologue est d'emblée en mesure de constater, par des observations médicales concluantes, que les critères déterminants ne sont pas remplis, ou du moins pas d'une manière suffisamment intense, pour conclure à une incapacité de travail (ATF 132 V 65 consid. 4.3).

7. a) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et qu'enfin, les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c et les références ; ATF non publié du 23 juin 2008, 9C\_773/2007, consid. 2.1).

b) S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

8. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des

assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a).

9. Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités ; ATFA du 6 mai 2008, 8C\_441/2007 consid. 4.2 et du 18 juillet 2005, I 321/04, consid. 5).
  
10. En l'espèce, l'OCAI a rendu une décision de refus de rente d'invalidité se fondant sur le rapport d'expertise du Dr H\_\_\_\_\_ du 4 janvier 2008, lequel a retenu les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger sans syndrome somatique, de trouble panique, de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de sédatifs ou d'hypnotiques, de syndrome de dépendance et de fibromyalgie. Il a notamment relevé un fonctionnement intellectuel dans la norme et une absence de signes de fatigue, de ralentissement psychomoteur, de trouble de la mémoire ou de la concentration, d'anxiété, de tension, d'irritabilité, d'anhédonie, de retrait social et de symptomatologie hypomaniaque ou maniaque. L'expert a estimé qu'il n'existait pas de comorbidité psychiatrique importante liée à la fibromyalgie et que la majorité des autres critères retenus par la jurisprudence pour déterminer le caractère incapacitant de la fibromyalgie n'étaient pas remplis. La capacité de travail de l'assurée était ainsi entière dans son activité antérieure et dans toutes autres activités correspondant à ses capacités et son niveau d'instruction. Si des périodes d'incapacité de travail avaient existé, elles avaient été brèves. Aucune diminution de rendement n'était à prendre en considération, en l'absence de ralentissement psychomoteur et de troubles de la concentration et de la mémoire. L'expert a considéré qu'au vu de ses troubles psychiques, de l'intensité réduite de l'affection actuelle, de son âge, de l'absence de personnalité pathologique ou de perte d'intégration sociale, l'assurée était capable de fournir un effort pour réintégrer le monde du travail. Des mesures de réadaptation professionnelle n'étaient pas envisageables, l'assurée n'étant pas motivée et étant convaincue d'être inapte au travail.
  
11. a) Le Tribunal constate que ce rapport d'expertise, s'il présente a priori valeur probante au sens de la jurisprudence, contraste cependant avec le contenu de la plupart des autres rapports présents au dossier.  
  
b) En résumé, le Dr D\_\_\_\_\_, psychiatre traitant, a tout d'abord exposé que, depuis le mois novembre 2005, la capacité de travail de l'assurée était nulle, a

observé, en février 2007, un ralentissement psychomoteur, un trouble de la concentration et de la mémoire et, en septembre 2007, le fait que l'assurée était notamment aboulique, asthénique, ralentie, algique, présentait une clinophilie et que son état dépressif persistant était caractérisé par un ralentissement psychomoteur et une humeur instable. De surcroît, en avril 2008, il a signalé qu'elle était toujours déprimée, angoissée, agitée et relevé une grande difficulté d'adaptation se manifestant, dès l'apparition d'une nouvelle situation stressante, par de graves décompensations anxieuses sous forme d'agitation et de symptômes dissociatifs. Ce médecin a confirmé ses déclarations, par écrit et/ou par oral lors de l'audience d'enquêtes, retenu une structure de personnalité pathologique et exposé que les troubles, dont souffrait l'assurée, n'entraient pas dans une catégorie diagnostique précise.

Les constatations du Dr D \_\_\_\_\_ apparaissent ainsi en totale contradiction avec l'exposé de l'expert. Il est vrai qu'il est le médecin traitant de l'assurée et qu'il y a lieu de tenir compte avec retenue du contenu de ses rapports, toutefois, ses constatations, qui sont en partie antérieures à la décision sur opposition, ont par la suite été confirmées par les médecins de la Clinique de la Métairie en juin 2008, en février et en juin 2009.

c) L'assurée a en effet été hospitalisée, depuis le mois de mai 2005, à huit reprises en milieu psychiatrique, essentiellement à la Clinique, soit du 18 au 27 mai 2005, du 6 au 29 juin 2005, du 21 septembre au 28 octobre 2005, du 7 au 27 janvier 2006, quelques jours au mois de juin 2006 (HUG - CTB Carouge), du 20 mai au 16 juin 2008, du 30 novembre 2008 au 10 janvier 2009 et du 7 avril au 18 mai 2009.

Si lors des précédentes hospitalisations, les vraisemblables causes de ses troubles psychiques n'avaient pas pu être déterminées, l'hospitalisation d'avril à mai 2009, lors de laquelle il a été procédé pour la première fois à des tests neuropsychiatriques et neurologiques, a permis de mettre en évidence un trouble neurologique, soit un syndrome parkinsonien akineto-rigide, ainsi que des troubles neuropsychologiques importants, soit notamment un ralentissement très prononcé à certaines tâches, des signes de dysfonctionnement exécutifs et des troubles de la mémoire et de la concentration. Ces troubles neuropsychologiques ont également été confirmés par les médecins du service de neurologie des HUG au mois de juillet 2009, lesquels ont souligné leur sévérité. Ils ont retenu les diagnostics d'état anxio-dépressif et de probable maladie neurodégénérative sous-jacente avec troubles neuropsychologiques frontaux et de status post-syndrome extrapyramidal sur neuroleptique, mais ont eu du mal à interpréter les résultats des tests neuropsychologiques. Il peut également être relevé que les neurologues des HUG ont considéré qu'il n'était pas envisageable que l'assurée reprenne d'activité lucrative.

Du reste, dans le rapport du mois juin 2008, la Dresse K\_\_\_\_\_, médecin, a eu de la difficulté, comme le Dr D\_\_\_\_\_, à établir un diagnostic précis et a attesté de l'atypicité de la symptomatologie de l'assurée. Elle a également confirmé l'instabilité de l'assurée dans un milieu social aux fluctuations événementielles variées et imprévisibles.

d) Au vu de ce qui précède, le Tribunal de céans retient que la symptomatologie relevée par le Dr D\_\_\_\_\_ déjà en février et septembre 2007 est largement confirmée et appuyée par les rapports subséquents des psychiatres et des neurologues des HUG, qui en ont expliqué les raisons probables. Ainsi, bien que lesdits rapports aient été établis postérieurement à la décision, ils doivent en l'état être pris en considération, attendu que l'apparition des troubles neurologiques ne peut pas être datée au vu des documents présents au dossier.

Les constatations ressortant desdits rapports semblent, qui plus est, étroitement liées à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation de l'état de santé de l'assurée au moment où la décision a été rendue.

12. Il apparaît ainsi que les atteintes psychiques de l'assurée ont pu être influencées par des troubles neurologiques importants, dont on ne connaît d'ailleurs ni l'étiologie exacte ni le moment de survenance. Par ailleurs, au vu des conclusions et des constatations entièrement divergentes de l'expert et du psychiatre traitant, dont la position est confirmée par d'autres psychiatres, il ne saurait être statué définitivement ni sur son état de santé ni sur ses conséquences sur sa capacité de travail.

Il y aura ainsi lieu de mettre en œuvre une expertise, qui devra porter sur les questions neurologiques et psychiatriques, étant précisé que l'assurée présente une fibromyalgie, dont le caractère incapacitant devra également être abordé par le psychiatre. L'expertise sera ainsi confiée au Docteur P\_\_\_\_\_ et à Monsieur Q\_\_\_\_\_, spécialistes en neurologie, neuropsychologie et psychiatrie, lesquels devront prendre tous renseignements nécessaires auprès des médecins ayant examiné l'assurée.

Il sera précisé que le diagnostic de fibromyalgie, trouble rhumatologique, a été posé par le Dr F\_\_\_\_\_, rhumatologue, dans le cadre de l'instruction du dossier avec 18 points douloureux sur 18 et que ce diagnostic n'a jamais été contesté. La mise en œuvre d'un volet rhumatologique dans le cadre de l'expertise n'apparaît ainsi pas nécessaire.

**PAR CES MOTIFS,  
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

**Statuant préparatoirement**

1. Ordonne une expertise neurologique et psychiatrique, les experts ayant pour mission d'examiner et d'entendre l'assurée, après s'être entourés de tous les éléments utiles et après avoir pris connaissance du dossier de l'OCAI, ainsi que du dossier de la présente procédure et si nécessaire, prendre tous renseignements auprès des médecins ayant suivi et traité l'assuré.
2. Charge les experts d'établir un rapport détaillé et de répondre aux questions suivantes :
  - a. Quelle est l'anamnèse détaillée du cas ?
  - b. Quelles sont les plaintes de l'assurée ?
  - c. Quelles sont les constatations objectives ?
  - d. Quels sont les diagnostics neurologique(s) et psychiatrique(s) ? Depuis quelle date existent-ils ?
  - e. En cas de troubles psychiques, quel est le degré de gravité de chacun de ceux-ci (faible, moyen, grave) ?
  - f. S'il existe des troubles neurologiques, influencent-ils les troubles psychiques ? Si oui, dans quelle mesure et depuis quand ?
  - g. Quelles sont les conséquences de chaque diagnostic posé sur la capacité de travail de l'assurée en pour-cent ?
  - h. Quelle est l'évolution de l'état de santé et de la capacité de travail entre 2005 et 2009 ?
  - i. En ce qui concerne la fibromyalgie :
    - Existe-t-il une comorbidité psychiatrique ? Si oui, sous quelle forme et de quel degré (faible, moyen, grave) ?

- Existe-t-il des affections corporelles chroniques ?
  - Existe-il un processus maladif s'étendant sur plusieurs années, sans rémission durable ?
  - L'assurée subit-elle une perte d'intégration sociale et, le cas échéant, dans quelles situations?
  - Existe-t-il chez l'assurée un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie) ?
  - Constatez-vous un échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement) ? L'assurée suit-elle un traitement adéquat ? Sinon quel traitement est-il indiqué ?
  - Dans quelle mesure peut-on exiger de l'assurée qu'elle surmonte ses douleurs et qu'elle réintègre le monde du travail ? Si oui, quelle activité adaptée est-elle exigible ?
- j. Des mesures de réadaptation sont-elles envisageables et utiles ? Quelles sont leurs chances de succès ?
- k. Apprécier les constatations et conclusions de l'expert psychiatre ?
- l. Faire toute autre observation ou suggestion utile.
3. Commet à ces fins le Dr P \_\_\_\_\_ et Monsieur T \_\_\_\_\_.
4. Invite les experts à déposer à leur meilleure convenance un rapport **en trois exemplaires** au Tribunal de céans.
5. Réserve le fond.
6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la Loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17

juin 2005 (LTF ; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Nathalie LOCHER

Doris WANGELER

La secrétaire-juriste : Diane E. KAISER

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le