

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3296/2008

ATAS/1570/2009

ARRÊT

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 2

du 30 novembre 2009

En la cause

Madame S_____, domiciliée au GRAND-LANCY, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Daniel MEYER

recourante

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ, sis rue de Lyon 97, GENÈVE

intimé

**Siégeant : Isabelle DUBOIS, Présidente; Anne REISER et Eugen MAGYARI, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Née en 1963, Madame S _____ (ci-après l'assurée ou la recourante) exerçait, à plein temps, l'activité d'aide-soignante au service des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG ; ci-après également l'employeur) depuis le 1^{er} septembre 1988.
2. En 2004, l'assurée s'est trouvée à plusieurs reprises en incapacité totale ou partielle de travail pour cause de maladie. Dès le 24 février 2005, une incapacité de travail, au taux de 50%, a été attestée par le docteur A _____, spécialiste en rhumatologie et médecin traitant de l'assurée depuis octobre 2000.
3. Par demande du 31 mai 2005 adressée à l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OCAI ou l'intimé), l'assurée a sollicité des prestations de cette assurance sous forme d'une rente.
4. Selon le rapport médical qu'il a établi le 13 juin 2005, le docteur A _____ a diagnostiqué une fibromyalgie et un état dépressif qui limitaient la capacité de travail de sa patiente à 50% dans une activité d'ores et déjà adaptée à ses troubles par l'employeur.
5. Mandaté par l'OCAI, le docteur B _____, du Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), a dressé, le 16 janvier 2007, le rapport de l'examen psychiatrique de l'assurée, auquel il avait procédé le 23 novembre précédent.

De ce document, il ressort notamment que l'assurée, qui se plaignait d'« avoir la maladie de la fibromyalgie », décrivait des douleurs, surtout dans les jambes, de gravité changeante. La plupart du temps, ces douleurs étaient supportables, mais il y avait des « crises », avec le sentiment d'avoir les jambes et les mains engourdis et ankylosée, ainsi que l'hypo-sensibilité d'un hémicorps (sept à huit fois par mois) et des douleurs dans le dos. Il n'y avait cependant pas une souffrance issue directement des douleurs et qui fût présente pendant presque toute la journée et presque tous les jours. D'autre part, l'expertisée ne décrivait pas une humeur dépressive pendant une partie de la journée ou toute la journée, et elle avait conservé la capacité d'éprouver du plaisir pour des activités habituellement agréables, telles que le travail ou, en particulier, la communication avec ses collaborateurs. La libido semblait légèrement diminuée, mais le couple n'avait que rarement des relations sexuelles parce qu'à chaque tentative, l'assurée avait des douleurs « un peu partout dans l'organisme ». D'autre part encore, l'assurée présentait un trouble du sommeil à l'endormissement, qui était corrigé avec un traitement consistant en de grandes doses (surdoses) d'hypnotique, et un trouble du maintien du sommeil avec plusieurs réveils nocturnes, le plus souvent avec un rendormissement facile mais un sommeil de mauvaise qualité et un sentiment de ne jamais être bien reposée pendant la journée ; le trouble du maintien du sommeil n'était pas traité *lege artis* (dans les règles de l'art médical) et pouvait donc être amélioré.

S'agissant du status psychiatrique, l'expert a notamment exposé que la pensée de l'assurée était très rapide et fluide, différenciée, diversifiée, jamais digressive et toujours très bien structurée. Le raisonnement était normal, le discours diversifié, intelligent, informatif bien que légèrement prolix en détails. S'il était question de son histoire de maladie, le discours devenait nettement prolix en détails, moins informatif, parfois flou mais, par périodes, de nouveau précis sur des détails des diverses investigations médicales. L'humeur était normale, bien modulée, et la réactivité affective était vive et diversifiée. On n'observait pas de ralentissement de la pensée, ni psychomoteur. On sentait un tempérament tonique, énergique et orienté vers l'action. D'autre part, on constatait un vécu surinvesti important pour tout ce qui concernait les relations interpersonnelles, surtout au travail, « sa maladie », son propre vécu intrapsychique et les investigations médicales.

Pendant tout l'examen, qui avait duré une heure et dix minutes, l'assurée n'avait pas montré de fatigabilité accrue, ni la moindre diminution du rendement mental ou de l'attention, la mémoire ancienne et récente était précise et on n'observait pas de trouble de la mémoire de la fixation. Au cours de l'examen, l'assurée s'était levée à plusieurs reprises de la chaise pour continuer la discussion debout, avant de se rasseoir. Elle disait que ce comportement soulageait des sensations désagréables « un peu partout dans le corps » ; elle n'avait cependant jamais transmis de vécu douloureux, ni par sa mimique ni par ses gestes, lesquels ne montraient aucun signes d'empêchement. Aussi, la présentation de sa souffrance douloureuse apparaissait-elle peu authentique, et ne parvenait pas à éveiller la compassion de l'examineur ; en revanche, l'assurée indiquait précisément et authentiquement deux points douloureux dans les deux plis inguinaux ; de même, les plaintes qui concernaient l'impatience des jambes étaient proférées d'une façon authentique et parvenaient à évoquer la compassion de l'investigateur.

Au terme de son examen, le docteur B_____ a posé, comme étant sans répercussions sur la capacité de travail de l'assurée, les diagnostics de fibromyalgie (selon le docteur A_____ ; M79 selon la Classification internationale des maladies [CIM-10]), de trouble dissociatif (de conversion) mixte (F44.7), d'accentuation de certains traits de la personnalité (Z73.1) et d'utilisation nocive de benzodiazépine (F13.1).

Au chapitre de l'appréciation du cas, l'expert précisait en outre qu'il n'avait pas constaté de comorbidité incapacitante. Il avait observé certains traits d'une personnalité accentuée qui, cependant, ne correspondait pas à un trouble de la personnalité dans le sens d'un diagnostic psychiatrique. Selon l'assurée, le docteur A_____ avait posé le diagnostic du syndrome de l'impatience des jambes, lequel ne relevait pas de la psychiatrie ; il avait introduit un traitement qui avait montré une assez bonne efficacité depuis deux ans, de sorte qu'il n'était pas possible non plus de parler d'une comorbidité somatique chronique. On ne pouvait pas davantage parler d'un processus maladif, somatique ou psychique, s'étendant sur plu-

sieurs années sans rémission durable. En été 2006, il y avait en effet eu une rémission de plusieurs mois, après quoi le tableau s'était installé ; mais, de manière générale, on observait une amélioration depuis 2004 suite à une adaptation du traitement. L'assurée avait su conserver son intégration sociale dans toutes les manifestations de sa vie, ce qui militait également en défaveur d'une affection invalidante ; elle ne pratiquait pas la « fuite » dans la maladie dans le sens psychologique. Pour le reste, il s'agissait d'un tableau complexe où une partie des symptômes avaient une base somatique qui avait déjà été partiellement traitée ; on ne pouvait dès lors pas parler d'un état psychique « cristallisé ».

En conclusion, la capacité de travail de l'assurée était, sur le plan psychiatrique, entière.

6. Selon le rapport d'expertise qu'il a établi le 18 avril 2007, le docteur C_____, spécialiste en rhumatologie, a diagnostiqué, comme ayant des répercussions sur la capacité de travail de l'assurée, des rachialgies chroniques sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire. Sans répercussions sur ladite capacité, il a en outre posé le diagnostic de polyinsertionite avec diminution du seuil de tolérance à la douleur (fibromyalgie).

L'assurée présentait, depuis l'âge de dix ans, des symptômes d'impatience des membres inférieurs qui, suite à un traitement introduit en 2006, s'étaient nettement améliorés. Depuis 2001, elle présentait en outre des douleurs poly-articulaires diffuses pour lesquelles un diagnostic de fibromyalgie avait été posé ; en 2003 et 2006, elle avait bénéficié de manière transitoire d'un traitement de psychothérapie de soutien, et l'évolution était caractérisée par la persistance de la même symptomatologie.

Du point de vue purement rhumatologique, la capacité de travail de l'assurée était de 80% dans l'activité d'aide-soignante telle qu'allégée par l'employeur depuis 2006. Moyennant une prise en charge en physiothérapie avec mobilisation douce, cette capacité pouvait raisonnablement être augmentée. Dans une activité adaptée (réception, accueil), en diminuant les ports de charges à moins de cinq kilogrammes de manière répétée, les mouvements d'antéversion avec long bras de levier et en porte-à-faux, en lui procurant une activité avec alternance de positions assises et debout, la capacité de travail était totale.

7. Consultée par l'assurée, le docteur Anne D_____, spécialiste en rhumatologie, a établi un rapport le 20 février 2008, aux termes duquel l'examen clinique avait mis en évidence de discrets troubles statiques, sans raideur segmentaire, au niveau du rachis. La palpation et la mobilisation de toutes les articulations était douloureuse, sans limitation fonctionnelle ni signe inflammatoire. De même, la palpation de toutes les loges musculaires et de tous les points de fibromyalgie étaient

douloureux. L'examen neurologique et le bilan immunologique étaient dans les limites de la norme, et on notait également l'absence de syndrome inflammatoire.

En conclusion, le tableau tant clinique qu'anamnestique restait celui d'une fibromyalgie sans argument pour un rhumatisme inflammatoire. L'assurée était en outre encouragée à reprendre une physiothérapie active, avec pour objectif un reconditionnement musculaire global. L'introduction d'un antidépresseur de la famille des tricycliques dans le but d'élever le seuil de perception de la douleur pouvait être discutée chez une patiente connue pour un état dépressif chronique alors traité par Cipralex.

8. Selon l'attestation établie le 16 juin 2008 par le docteur D_____ à l'attention de l'OCAI, l'assurée souffrait depuis une dizaine d'années d'une fibromyalgie très invalidante. Les différentes mesures thérapeutiques entreprises ne l'avaient que peu soulagée. Malgré ses douleurs chroniques, elle poursuivait, à mi-temps, une activité d'aide-soignante dans le Service de pédiatrie des HUG. Il allait de soi que, dans ce contexte de douleurs chroniques, on ne pouvait exiger de l'assurée qu'elle augmentât son activité professionnelle, et l'attribution d'une rente partielle d'invalidité devait être réévaluée.
9. Par décision du 23 juillet 2008, l'OCAI a nié le droit de l'assurée au versement d'une rente d'invalidité, au motif que les expertises réalisées avaient permis d'établir que sa capacité de travail était de 80% dans son activité d'aide-soignante et de 100% dans une activité adaptée à l'atteinte à sa santé.
10. Par acte de recours déposé à l'office postal le 15 septembre 2008, l'assurée a déféré cette décision au Tribunal de céans. Elle concluait, avec suite de dépens, à ce que la comparution personnelle des parties et l'audition des docteurs A_____ et E_____ en qualité de témoins ou, subsidiairement, une expertise bi-disciplinaire soient ordonnées, à l'annulation de la décision querellée et à ce que son droit au versement d'une demi-rente d'invalidité au moins à compter du 1^{er} juin 2005 soit constaté.

À l'appui de ses conclusions, la recourante fait en substance valoir que, réalisée au mois de novembre 2006, l'expertise psychiatrique n'avait pas pu tenir compte de l'aggravation, survenue depuis lors, de l'état de sa santé psychique. En outre, les docteurs A_____ et D_____ avaient émis de sérieux doutes quant à la pertinence des déductions de l'expert. D'autre part, de l'avis des médecins traitants, le syndrome de fibromyalgie dont elle est affligée, et dont l'existence n'est pas contestée, était beaucoup plus invalidant que ne le disait l'expertise rhumatologique, comme l'illustraient les efforts non négligeables dont elle faisait preuve pour maintenir une activité adaptée à son état de santé, de sorte que les résultats des examens psychiatriques et rhumatologiques sur la base desquels l'intimé avait rendu sa décision n'étaient pas convaincants.

11. Par lettre du 14 octobre 2008, l'OCAI a déclaré conclure au rejet du recours, motif pris de l'absence d'arguments permettant de faire une appréciation différente du cas. Renvoyant pour le surplus aux motifs déjà invoqués, l'intimé a fait valoir que les expertises, qui respectaient toutes les exigences jurisprudentielles posées en la matière, devaient se voir reconnaître pleine valeur probante. Une nouvelle expertise médicale ne se justifiait donc pas.
12. Par ordonnance du 30 octobre 2008, le Tribunal de céans a requis de la recourante qu'elle produise un rapport médical circonstancié de son psychiatre traitant, le docteur E_____.

Selon le rapport qu'il a établi le 17 novembre 2008, ce praticien a notamment exposé avoir été consulté par la recourante à cinq reprises. Le 10 septembre 2008, celle-ci, envahie depuis deux semaines environ par des idées noires et des idées suicidaires relativement inquiétantes, avait présenté un score MADRS (échelle d'évaluation de la dépression, reconnue pour être sensible au changement thérapeutique) de 31/60, auquel le traitement médicamenteux avait été adapté. La thymie de la recourante avait alors connu une lente amélioration (score MADRS le 11 novembre 2008 : 22).

À cette dernière date, la recourante se plaignait d'asthénie psychique et physique, d'anxiété importante, dans un contexte d'algies diffuses, de difficultés de mémoire et de concentration, d'irritabilité, d'un sentiment de vulnérabilité, d'insomnie, de culpabilité et d'un sentiment de « mal se débrouiller ». Comme ayant des répercussions sur la capacité de travail de sa patiente, le docteur E_____ a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, d'évolution chronique (F33.2 [sic]). Sans répercussions sur la capacité de travail, il a posé les diagnostics de syndrome des jambes sans repos [G25.8], d'accentuation de certains traits de la personnalité (Z73.1) et de fibromyalgie (M79).

Le praticien exposait en outre que le trouble dépressif diagnostiqué avait débuté cinq ou six ans plus tôt. Il s'était d'emblée avéré difficile à traiter malgré un traitement médicamenteux bien conduit et un travail psychothérapeutique chez une psychologue. Une association de deux antidépresseurs devait être tentée, et un travail de psychoéducation centré sur les symptômes dépressifs, les troubles du sommeil et leurs intrications avec les symptômes douloureux semblait nécessaire. Cela étant, un processus maladif s'étendant sur plusieurs années, sans rémission durable, la symptomatologie restant relativement stable, de même qu'une perte d'intégration sociale étaient constatés. Pour le surplus, le récent épisode dépressif avec idées suicidaires, visiblement plus intense que les précédents, était défavorable en termes de pronostic.

13. Par lettre du 13 novembre 2008, le docteur F_____, spécialiste en médecine interne et médecin-conseil de l'employeur, a attesté que l'évolution de la sympto-

matologie de la recourante avait, depuis l'expertise du 18 avril 2007, été défavorable malgré tous les traitements ambulatoires entrepris, ce qui infirmait les pronostics optimistes du docteur C_____. La péjoration des symptômes entraînait une impossibilité pour la recourante d'accomplir une grande partie de ses travaux ménagers et une baisse de rendement à son poste de travail. Celui-ci avait été aménagé en fonction des limitations de l'intéressée, tant sur le plan qualitatif que sur le plan quantitatif, ainsi qu'au niveau des horaires qui étaient extrêmement flexibles. L'employeur avait adapté et allégé le cahier des charges de la recourante au maximum des possibilités et, malgré les dispositions prises, celle-ci était « strictement incapable de travailler à plus de 50% dans ce poste ».

14. Au vu de ce qui précède, le SMR a, par lettre du 19 décembre 2008, notamment observé que le docteur E_____ avait été consulté par la recourante suite à la décision de refus de prestations du 23 juillet 2008. Après cinq consultations, ce praticien retenait que l'assurée présentait une thymie dépressive depuis environ sept ans et qu'elle était sous antidépresseurs depuis 2003 avec une accentuation de la symptomatologie dépressive périodique. À cet égard, le docteur E_____ se basait uniquement sur des éléments anamnestiques. Pour le reste, ce médecin se basait sur des tests qui ont une valeur indicative pour le dépistage et le suivi, mais qui ne sont pas conçus pour poser un diagnostic clair. La décompensation thymique réactionnelle au refus de prestations avait également entraîné une péjoration somatique, puisque la recourante présentait alors des algies diffuses plus importantes, et elle avait montré une évolution favorable suite à l'adaptation du traitement. Enfin, le docteur E_____ évoquait une perte de l'intégration sociale de sa patiente en méconnaissant les critères jurisprudentiels applicables en la matière. Il ne s'agissait donc pas d'une aggravation durable ni d'une nouvelle atteinte à la santé de la recourante, mais simplement de l'expression d'une détresse qui, au sens médical, ne constituait pas une maladie.

S'agissant du rapport du docteur F_____, le SMR observait qu'en mentionnant que l'évolution de la symptomatologie avait été défavorable malgré tous les traitements ambulatoires entrepris, sans préciser desquels il s'agissait ni leur application, ce praticien s'exprimait sur l'aspect subjectif et non pas sur l'aspect fonctionnel, de sorte qu'un status précis qui permît d'objectiver une péjoration de l'état de santé de la recourante faisait défaut.

En conclusion, il se justifiait de compléter le dossier par une nouvelle appréciation médicale détaillée sur le plan somatique.

15. Entendu en qualité de témoin à l'audience d'enquêtes du 17 mars 2009, le docteur E_____ a notamment déclaré qu'il avait effectivement diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, sur la base des différents entretiens qu'il avait eus avec sa patiente, d'une enquête anamnestique et de l'échelle d'hétéroévaluation MADRS. Le diagnostic avait été posé sur la base de questions

ciblées permettant d'établir l'existence des différents critères diagnostiques de ce trouble, tels la tristesse, les pleurs, les troubles de l'appétit et de l'attention par exemple. C'était également sur la base de ces questions qu'avait été défini le degré de sévérité du trouble.

À la question de savoir si c'était le trouble dépressif récurrent qui limitait la capacité de travail à 50%, la réponse était clairement affirmative. Le diagnostic de trouble somatomorphe douloureux était en effet exclu, les critères n'en étant pas remplis au vu du diagnostic de fibromyalgie posé par le rhumatologue et la présence de troubles de la thymie et du sommeil. Il ne s'agissait donc pas d'un état dépressif réactionnel à la fibromyalgie ; l'assurée avait vécu des événements de vie très difficiles en été 2008, notamment conjugaux. À cet égard, l'avis du SMR, selon lequel le refus de rente avait déclenché le pur phénomène réactionnel constaté en septembre était le fruit d'une analyse sommaire ; la décision de refus avait été évoquée avec la recourante, mais son état était beaucoup plus lié aux autres événements de vie qui l'avaient affectée durant l'été qu'à cette seule question. Pour le surplus, il était inexact de prétendre que le trouble du sommeil n'avait pas été traité *lege artis* ; les stratégies thérapeutiques appliquées s'étaient heurtées au fait que ce trouble est lié au diagnostic de syndrome des jambes sans repos, bien connu pour entraîner de la fatigue, des troubles du sommeil et de l'humeur ; dans ce contexte, le trouble de l'humeur répond moins bien aux traitements antidépresseur et psychothérapeutique.

16. À l'audience de comparution personnelle des parties du même jour, la recourante a notamment déclaré souffrir du syndrome des jambes sans repos depuis l'âge de dix ans, qui affectait déjà son sommeil ; le diagnostic n'en avait cependant été posé qu'en 2000 par le docteur A_____. Le traitement était lourd ; il apportait quelque soulagement, mais n'empêchait pas les réveils nocturnes et la prise d'un médicament qui l'empêchait d'être alerte le matin. Le docteur E_____ l'avait adressée à un spécialiste qui avait constaté que ce diagnostic ne faisait aucun doute et renoncé à faire l'examen pour des raisons de coût. Pour le surplus, la recourante a confirmé qu'elle avait réduit son temps de travail de 100% à 50% en 2004 pour raisons médicales uniquement.
17. Au terme du rapport de polysomnographie qu'il a établi le 23 avril 2009, le docteur G_____, du Centre d'analyse et d'investigation du sommeil, a conclu que la macrostructure du sommeil de nuit de la recourante était globalement préservée. Celle-ci présentait en revanche un trouble de la continuité du sommeil en rapport avec un syndrome de mouvements périodiques des jambes en cours de sommeil, relativement sévère (index de 28 mouvements périodiques des jambes par heure de sommeil). Étaient dès lors proposés un bilan biologique à la recherche de facteurs pouvant aggraver le syndrome de mouvements périodiques, ainsi qu'un traitement pharmacologique à adapter selon la réponse clinique.

18. Entendu en qualité de témoin à l'audience d'enquêtes du 28 avril 2009, le docteur A_____ a notamment déclaré avoir diagnostiqué la fibromyalgie de la recourante le 20 février 2001, sur laquelle la thérapie psychiatrique semblait avoir les meilleurs effets ; à cet égard, il y avait bon espoir d'améliorer sa santé à moyen terme.

Le docteur A_____ a en outre confirmé le diagnostic de syndrome des jambes sans repos, communément appelé impatience, lui-même confirmé par le Centre d'analyse et d'investigation du sommeil. Il a notamment exposé que les personnes atteintes de ce syndrome bougent toute la nuit et, par conséquent, s'épuisent, et qu'elles n'ont pas de repos musculaire ; ce syndrome est fréquemment constaté chez les fibromyalgiques, mais on en ignore la cause. Les troubles du sommeil se soignent difficilement en raison du fait qu'ils s'installent petit à petit, parfois sur plusieurs décennies. Il est d'autre part difficile de déterminer la capacité résiduelle des personnes fibromyalgiques, qui dépend avant tout du type d'emploi exercé ; en cas de travail peu pénible physiquement, sans trop de tension nerveuse, ou si la personne a des possibilités de se reposer, une capacité de travail peut être sauvegardée comme pour la recourante à l'hôpital.

À cet égard, exiger une activité lucrative de plus de 50%, selon l'expertise du docteur C_____, était illusoire. L'employeur avait pu créer un poste adapté aux problèmes de santé de la recourante, à 50%, ce qui constituait un maximum ; celle-ci devait d'ailleurs être mise à l'arrêt total pendant certaines périodes. De manière générale, on négligeait beaucoup les conséquences de la fatigue dans le cas des fibromyalgiques ; ceux-ci veulent souvent en faire plus, voire trop, et c'est au médecin de définir les limites, s'agissant en particulier du taux d'activité ; un patient fibromyalgique qui tient à travailler à plein temps se retrouve régulièrement en total arrêt de travail, parfois pour plusieurs mois, en raison d'un épuisement.

Pour le reste, les troubles du sommeil génèrent à eux seuls une incapacité partielle de travail, non seulement en raison de la fatigue qu'ils génèrent, mais également de la douleur. Les troubles du sommeil perturbent en effet le fonctionnement du cerveau et, en particulier, le centre de la douleur ne fonctionne plus correctement. Or, il est établi que le cerveau peut supprimer une douleur ou augmenter une douleur selon les cas ; une personne que l'on empêche régulièrement de dormir ressent, au bout d'une dizaine de jours, des douleurs semblables à celles des fibromyalgiques. Dans le cas de la recourante, les troubles du sommeil, en tant qu'ils généraient fatigue et douleurs, limitaient sa capacité de travail à 50%.

19. De l'avis du SMR, rédigé le 25 mai 2009, il ressort notamment qu'au vu du procès-verbal des déclarations du docteur E_____ à l'audience du 17 mars précédent, ce praticien avait retenu le diagnostic de trouble récurrent, épisode actuel moyen, sur la base de l'anamnèse et de l'échelle d'hétéroévaluation MADRS ; ce diagnostic était donc fondé sur des aspects subjectifs uniquement, et non pas sur des

éléments objectifs constatés sur le plan médical. En outre, le docteur E_____ confirmait que la recourante présentait un état dépressif réactionnel à la fibromyalgie puisqu'il considérait que cet état accompagnait la fibromyalgie, avec aggravation suite à la décision de refus des prestations et en raison de problèmes conjugués. Il ne s'agissait donc pas d'une maladie psychiatrique incapacitante.

D'autre part, le docteur A_____ avait confirmé qu'il y avait de bons espoirs d'améliorer l'état de santé de la recourante à moyen terme. S'agissant de son appréciation, selon laquelle une personne fibromyalgique ne saurait travailler à plein temps, elle était contraire aux décisions du Tribunal fédéral sur ce point. Il était donc possible de dire que les arguments du docteur A_____, émanant du médecin traitant, étaient empathiques ; ils ne remettent cependant pas en cause les conclusions de l'expertise du docteur C_____, qui étaient parfaitement objectives et tenaient compte des éléments objectifs et des limitations fonctionnelles objectives retenues en présence d'une fibromyalgie non incapacitante.

D'autre part encore, la recourante avait déclaré souffrir d'un syndrome des jambes sans repos depuis l'âge de dix ans, qui affectait son sommeil, avec un diagnostic qui n'avait été posé qu'en 2000 ; ce syndrome ne l'avait pourtant pas empêchée de travailler pendant de nombreuses années.

Enfin, le rapport de polysomnographie du 23 avril 2009 proposait la recherche des facteurs susceptibles d'aggraver le syndrome de mouvements périodiques et une adaptation du traitement ; s'agissant des troubles du sommeil, la situation n'était pas stabilisée et il convenait de recueillir des éléments supplémentaires.

20. Fort de cet avis, l'OCAI a, par lettre parvenue au greffe du Tribunal le 4 juin 2009, déclaré persister dans les termes de ses précédentes écritures.
21. Par lettre du 29 juin 2009, la recourante a notamment fait valoir que, contrairement à ce qui figurait dans le dernier avis du SMR, le docteur E_____ n'avait jamais confirmé que son état dépressif était réactionnel à la fibromyalgie. Au contraire, ce médecin précisait qu'il ne s'agissait pas d'un état dépressif réactionnel à la fibromyalgie, tout en soulignant qu'en été 2008, elle avait vécu des événements très difficiles qui n'avaient pas été sans incidence sur le trouble dépressif. Aussi, l'affirmation du SMR, qui soutenait que l'état dépressif était réactionnel à la fibromyalgie et que son aggravation était consécutive au refus des prestations d'invalidité, était-elle en parfaite contradiction avec les constatations du docteur E_____.

Sur le plan rhumatologique, la lecture du témoignage du docteur A_____ montrait que celui-ci avait exposé de manière générale et totalement objective les problèmes et les conséquences de la fibromyalgie et des troubles du sommeil, de sorte que l'on ne pouvait qualifier d'empathiques les arguments qu'il avait exposés, au motif qu'ils émanaient d'un médecin traitant.

S'agissant en particulier du syndrome des jambes sans repos qui génèrait des troubles du sommeil, la recourante faisait valoir qu'indépendamment du fait qu'on les attribuât ou non à la fibromyalgie, ils avaient une influence directe sur sa capacité de travail. Pour le surplus, il ne fallait pas perdre de vue que, même si l'espoir d'une amélioration de son état de santé à moyen terme était envisagée par le docteur A_____, ce médecin précisait que la poursuite de l'activité lucrative à 50% constituait un maximum, la cause du syndrome étant inconnue.

22. Interpellé par le Tribunal, le docteur C_____ a, par lettre du 7 juillet 2009, déclaré que les éléments recueillis depuis lors ne modifiaient pas l'appréciation du cas qu'il avait faite dans le cadre de l'expertise d'avril 2007. L'impotence fonctionnelle alléguée par la recourante était essentiellement imputable à des douleurs poly-articulaires diffuses, mises sur le compte d'une diminution du seuil de déclenchement de la douleur en présence de tous les points de fibromyalgie. C'étaient essentiellement les douleurs, phénomènes subjectifs et non mesurables propres à chaque individu, qui limitaient ses activités physiques. Sa capacité de travail était donc totale dans une activité adaptée.
23. Au terme des enquêtes, les parties ont, par lettres des 7 et 22 septembre 2009 respectivement, confirmé leurs conclusions. Leur contenu sera repris plus avant dans la mesure utile, étant précisé que la recourante y a fait valoir qu'au vu des appréciations contradictoires sur le plan rhumatologique, il se justifiait encore de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire (rhumatologique, neurologique et psychiatrique).
24. Sur quoi, le Tribunal renonçant à cette mesure, la cause a été gardée à juger, ce dont les parties ont été informées par lettres du 28 septembre 2009.

EN DROIT

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

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

2. La LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, est applicable à la présente procédure.

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 230 consid. 1.1).

3. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi (art. 38 et 56 ss LPGA), le recours déposé à l'office postal le 15 septembre 2008 conformément à l'art. 39 al. 1^{er} LPGA est recevable.
4. Le litige porte sur le droit de la recourante au versement d'une demi-rente d'invalidité au moins à compter du 1^{er} juin 2005 et, singulièrement, sur sa capacité de gain résiduelle.
5. Selon l'art. 28 al. 1^{er} LAI, dans sa teneur en vigueur du 1^{er} janvier 2004 au 31 décembre 2007, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 134 consid. 2).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il convient que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3).

Ainsi, le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses

connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale.

S'agissant en outre 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 lui.

Enfin, si le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles il doit procéder d'office, est convaincu que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. demeurant applicable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d).

En l'espèce, les avis médicaux des docteurs A_____, B_____, C_____, D_____, E_____ et F_____ diffèrent quant aux conclusions auxquelles ils aboutissent, de sorte qu'il convient d'en examiner les mérites respectifs.

Au vu des principes qui viennent d'être rappelés, force est de constater que seul le docteur C_____ a rendu un rapport d'expertise, le 18 avril 2007, confirmé le 7 juillet 2009, qui présente les qualités formelles exigées par la jurisprudence pour se voir reconnaître pleine valeur probante. L'expert rhumatologue a procédé à un examen complet, sur la base de ses propres observations et du dossier médical notamment, il a pris en considération les plaintes exprimées par la recourante et il a établi son rapport en pleine connaissance de l'anamnèse. Enfin, ses conclusions sont claires et motivées à satisfaction de droit.

Tel n'est pas tout à fait le cas du rapport d'examen psychiatrique établi le 16 janvier 2007 par le docteur B_____ du SMR. Il apparaît en effet que ce praticien a outrepassé les limites de la tâche et du mandat qui lui étaient confiés en ne se bornant pas à porter un jugement sur l'état de santé de la recourante, mais en procédant d'emblée à une appréciation juridique des constatations qu'il avait faites, appréciation qui n'était pas de sa compétence et qui a pour conséquence de nuire à la pertinence de ses conclusions.

Les rapports médicaux établis par les docteurs A _____ et E _____, respectivement rhumatologue et psychiatre traitants de la recourante, n'offrent pas non plus toutes les garanties souhaitables. En particulier, les conclusions de ces praticiens sont, sinon sommairement motivées, du moins essentiellement basées sur l'anamnèse de leur patiente et sur des appréciations que la complexité du tableau clinique et les caractéristiques mêmes des troubles allégués expliquent en grande partie. Toutefois, ils ont été complétés l'un et l'autre par l'audition de leur auteur par devant le Tribunal de céans. En tout état, les principes rappelés plus haut imposent d'accorder une moindre valeur probante à leurs conclusions en raison de la relation de confiance nécessaire qui les unit à la recourante.

Un raisonnement comparable ne saurait en revanche être appliqué à l'avis du docteur F _____, dès lors que cet avis émane du médecin-conseil de l'employeur, lequel n'a en principe aucune raison de justifier les absences de ses employés. Il sied en outre d'observer que si le rapport médical du docteur F _____ n'offre pas les mêmes garanties formelles que l'expertise citée plus haut, il est le seul à offrir des éléments utiles pour déterminer quels travaux sont, concrètement, encore raisonnablement exigibles de la part de la recourante.

Enfin, les rapports médicaux du docteur D _____, établis les 20 février et 16 juin 2008, présentent pour leur part un caractère contradictoire marqué, que l'écoulement du temps, relativement bref, qui les sépare ne saurait vraisemblablement justifier de manière convaincante, de sorte que les conclusions de cette praticienne, elles-mêmes contradictoires, ne sont d'aucun secours.

Pour le surplus, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves recueillies au terme des enquêtes, le Tribunal de céans s'est déclaré convaincu que certains faits présentaient un degré de vraisemblance prépondérante, et que d'autres mesures probatoires ne pouvaient plus modifier cette appréciation. Partant, il a renoncé à ordonner de nouveaux actes d'instruction. Seront suivies, par conséquent, les appréciations des docteurs C _____, A _____, E _____ et F _____.

6. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1^{er} LPGA et 4 al. 1^{er} LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007).

La notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est donc une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de

l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (voir ATF 110 V 275 consid. 4a, 105 V 207 consid. 2).

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1^{er} LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère cependant 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. Il n'y a en effet incapacité de gain que si l'atteinte à la santé n'est pas objectivement surmontable (ATF 102 V 165 ; voir aussi ATF 127 V 294 consid. 4c *in fine*).

Dans un arrêt récent, le Tribunal fédéral des assurances a jugé que la fibromyalgie et le trouble somatoforme douloureux présentaient des points communs, en ce que leurs manifestations cliniques étaient pour l'essentiel similaires et qu'il n'existait pas de pathogenèse claire et fiable pouvant expliquer l'origine des douleurs exprimées. Cela rendait la limitation de la capacité de travail difficilement mesurable car l'on ne pouvait pas déduire l'existence d'une incapacité de travail du simple diagnostic posé. En particulier, un diagnostic de fibromyalgie ou de trouble somatoforme douloureux ne renseignait pas encore sur l'intensité des douleurs ressenties par la personne concernée, ni sur leur évolution, ou le pronostic qu'on pouvait poser dans un cas concret. La Cour de céans a déduit de ces caractéristiques communes qu'en l'état actuel des connaissances, il se justifiait, sous l'angle juridique, d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux lorsqu'il s'agissait d'apprécier le caractère invalidant d'une fibromyalgie (ATFA non publié du 8 février 2006, I 336/04, consid. 4.1).

Selon la doctrine médicale (cf. notamment DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 4^e édition, p. 191) sur laquelle s'appuie le Tribunal fédéral des assurances, les états dépressifs constituent généralement des manifestations (réactives) d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux, de sorte qu'ils ne sauraient faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATF 130 V 356 consid. 3.3.1 *in fine*), sauf à présenter les caractères de sévérité susceptibles de les distinguer sans conteste d'un tel trouble (ATFA non publié du 20 avril 2006, I 805/04, consid. 5.2).

7. En l'espèce, les enquêtes ont permis d'établir que, sur le plan somatique, la recourante présentait des rachialgies chroniques dont l'origine demeure obscure et qui, de l'avis du docteur C_____, entraînaient quelques limitations fonctionnelles peu invalidantes, ainsi qu'un syndrome d'impatience des jambes. Les avis recueillis sur ce point auprès des médecins rhumatologues diffèrent : pour le docteur C_____, le syndrome d'impatience des jambes s'était nettement amélioré depuis l'introduction d'un traitement approprié en 2006 et il n'était pas invalidant ;

pour le docteur A_____ en revanche, ce syndrome provoquait à lui seul, depuis 2006, une incapacité de travail de 50% en raison des troubles du sommeil qu'il induisait. Force est de constater qu'en avril 2009, le docteur G_____ a confirmé ce dernier point de vue en attestant la présence d'un syndrome d'impatience des jambes relativement sévère et qui avait pour conséquence des troubles de la continuité du sommeil. Par conséquent, il doit être retenu que la recourante souffre d'impatiences des jambes objectivées, responsable d'une détérioration du sommeil et par conséquent d'une fatigabilité qui limite la capacité de travail de la recourante. Peu importe que cesimpatiences soient considérées par le rhumatologue comme une conséquence de la fibromyalgie, car ils constituent en soi une pathologie.

Sur le plan psychiatrique, il apparaît que la recourante présentait un trouble dépressif récurrent d'évolution chronique et d'intensité épisodique moyenne qui, selon les avis, constituait une manifestation réactive à des événements de vie contraires ou s'expliquait par les troubles du sommeil qui viennent d'être évoqués. En toute hypothèse, de l'avis du docteur E_____, le trouble dépressif récurrent justifiait à lui seul l'incapacité de la recourante de travailler à plus de 50%.

À cet égard, il convient de ne pas perdre de vue que, de l'avis du médecin-conseil de l'employeur, dont il a été dit qu'on ne pouvait vraisemblablement pas le soupçonner de partialité en faveur de son employée, la capacité de travail de la recourante dans l'activité allégée qui lui a été confiée n'est absolument pas exigible au-delà de 50%. Il y a donc lieu de retenir que si l'origine des troubles qui affectent l'état de santé de la recourante ne fait pas l'unanimité parmi les spécialistes, leurs conséquences concrètes sont en revanche reconnues par ceux d'entre eux qui sont le mieux à même d'en faire le constat « sur le terrain ». Au degré de la vraisemblance prépondérante exigible en matière d'assurances sociales, il apparaît donc que l'on ne saurait exiger de la recourante un effort de volonté plus important que celui dont elle fait preuve depuis le 24 février 2005, avec l'aide de son employeur, de sorte qu'il s'impose de retenir qu'elle est incapable, au taux de 50%, d'exercer une activité adaptée à ses limitations depuis lors.

Par ailleurs, il convient de relever que l'existence d'un trouble somatoforme douloureux a été expressément exclue par le psychiatre, entendu en qualité de témoin, qui en a expliqué de façon convaincante les raisons. Il n'est donc pas nécessaire d'examiner dans quelle mesure ce trouble est invalidant ou non, au vu de la jurisprudence susmentionnée. La recourante souffre, en effet, d'un trouble psychique autonome, responsable d'une incapacité de travail de 50%, et à laquelle contribue la fatigabilité due aux troubles physiques susmentionnés.

Partant, c'est à tort que l'OCAI a estimé entière la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée à son état de santé. Il se justifie par conséquent de lui renvoyer la présente cause pour qu'il statue sur le droit de la recourante aux prestations de l'assurance-invalidité sur cette base.

8. L'art. 69 al. 1^{bis} LAI, entré en vigueur le 1^{er} juillet 2006, prévoit qu'en dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. Le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr.

L'émolument, arrêté à 500 fr., sera mis à la charge de l'intimé, qui succombe.

Par ailleurs, la recourante, qui obtient gain de cause, a droit au remboursement de ses frais et dépens dans la mesure fixée par le tribunal, leur montant étant déterminé sans égard à la valeur litigieuse d'après l'importance et la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA). Il sera, en l'espèce, arrêté à 2'600 fr.

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet et annule la décision rendue par l'intimé le 23 juillet 2008.
3. Renvoie la cause à l'intimé pour qu'il rende une nouvelle décision au sens des considérants.
4. Condamne l'intimé à verser à la recourante une indemnité de 2'600 fr. à titre de dépens.
5. Met un émolument de 500 fr. à la charge de l'intimé.
6. Informe les parties 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 du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral, (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

Maryse BRIAND

Isabelle DUBOIS

Le secrétaire-juriste : Olivier TSCHERRIG

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