

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3433/2006

ATAS/640/2008

**ARRET**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**Chambre 3**

**du 29 mai 2008**

En la cause

Madame S\_\_\_\_\_, domiciliée à CAROUGE, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître MEYER Daniel

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Karine STECK, Présidente; Violaine LANDRY-ORSAT et Christine  
KOEPPPEL, Juges assesseurs**

---

## **EN FAIT**

1. Madame S\_\_\_\_\_, née en 1955, responsable du service comptabilité d'une banque privée de la place de Genève (pce 26 OCAI), a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité le 8 octobre 2003 (pce 2 OCAI). Elle y déclarait être en dans l'incapacité totale de travailler depuis le 26 mai 2003 en raison d'une part, d'un état dépressif réactionnel à une situation de mobbing sur son lieu de travail et, d'autre part, de douleurs dorsales suite à une chute intervenue en août 2003.
2. Procédant à l'instruction de la demande, l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ (ci-après : OCAI) a requis le dossier médical constitué par la NATIONALE SUISSE ASSURANCES (ci-après : la Nationale), assureur perte de gain de l'assurée (pce 11 OCAI).

Ce dossier comportait notamment les documents suivants :

- Un rapport médical initial LAA faisant état d'une chute sur le dos le 4 août 2003 qui avait engendré une contracture musculaire et des douleurs au niveau de la colonne cervicale et lombaire (rapport rédigé le 29 août 2003 par un médecin de l'Hôpital de la Tour).
- Un certificat médical pour l'assurance-maladie du 20 août 2003 (signature illisible) attestant d'une incapacité de travail totale dès le 23 mai 2003 en raison d'un état dépressif majeur sévère.
- Un certificat médical du 18 août 2003 du docteur A\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie, selon lequel l'assurée présentait un épisode dépressif (CIM-10 F32.1) traité par pharmacothérapie et psychothérapie et motivant un arrêt de travail complet.
- Un rapport du même médecin daté du 9 octobre 2003 dans lequel ont été posés les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen - sévère, avec somatisation (CIM-10 F33.11), de syndrome cervico-dorso-vertébral (M54.2 et M54.5) et de céphalées et tension (R51). L'examen clinique avait permis au psychiatre de constater une dysthymie, une dysphorie, une anxiété quasi constante, des difficultés de concentration, une aprosexie et un apantatisme.
- Une lettre datée du 22 octobre 2003 et émanant du docteur B\_\_\_\_\_, médecin-chef de la Clinique genevoise de Montana dans laquelle l'assurée a été hospitalisée du 1<sup>er</sup> au 22 septembre 2003 en vue d'améliorer son état dépressif, considéré comme très sévère, afin de permettre un traitement ambulatoire. Le médecin a constaté que si l'amélioration de la thymie était incontestable, le discours restait centré

sur la douleur, ce qui permettait de faire état d'un trouble somatoforme douloureux associé en première ligne.

3. Le docteur C\_\_\_\_\_, médecin traitant de l'assurée, a rendu un rapport médical en date du 19 avril 2004 (pce 28 OCAI). Il a posé les diagnostics d'état dépressif depuis avril 2003, de fibromyalgie depuis décembre 2003 et de syndrome vertébro-lombaire post-traumatique depuis août 2003. Il a également mentionné, en précisant qu'ils étaient sans répercussion sur la capacité de travail : un antécédent de fracture du bassin gauche en 1962, une opération du ménisque externe du genou droit et status post annexectomie droite et une colporraphie antérieure en mars 2004. Le docteur C\_\_\_\_\_ a évalué l'incapacité de travail à 100 % depuis le 23 mai 2003 dans l'activité de responsable comptable. Il a préconisé l'octroi de mesures d'ordre professionnel pour une activité à 50 % (de préférence permettant l'alternance des positions assise et debout, p. ex. dans le domaine social ou l'enseignement). Le médecin a précisé que l'état de santé de sa patiente restait néanmoins stationnaire (avec céphalées et perte pondérale de 10 kg en 6 mois notamment), malgré la prise en charge multidisciplinaire, raison pour laquelle il a réservé son pronostic.

Le docteur C\_\_\_\_\_ a joint à son rapport divers documents médicaux :

- Un rapport du 13 février 2004 du docteur D\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, qui a estimé que le diagnostic le plus probable était celui de fibromyalgie, mais que des investigations complémentaires étaient nécessaires pour le confirmer.
- Une lettre des docteurs B\_\_\_\_\_ et E\_\_\_\_\_ de la Clinique genevoise de Montana faisait état du diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen à sévère avec somatisation, avec pour comorbidités un syndrome cervico-lombo-vertébral et des céphalées de tension. Selon ces médecins, l'assurée - dont il a été rappelé qu'elle avait séjourné à la Clinique du 1<sup>er</sup> au 20 septembre 2003 dans le but de s'éloigner des facteurs de stress et de bénéficier d'un soutien psychologique - présentait, lors de l'examen clinique d'entrée, des douleurs diffuses (abdomen et rachis), une thymie triste, une aboulie, une anhédonie, un sentiment de culpabilité et de dévalorisation, une perturbation du sommeil et des idées suicidaires sans projet concret. A la sortie, une amélioration de sa thymie avait été constatée, ainsi qu'une diminution du stress. Toutefois, les médecins ont pu constater une perte de poids de plus de 2 kg durant le séjour.
- Un avis du 1<sup>er</sup> avril 2004 du docteur A\_\_\_\_\_ qui a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen à sévère avec somatisation, syndrome cervico-lombo-vertébral et céphalées de tension.

4. Dans un rapport du 6 mai 2004, le docteur A\_\_\_\_\_ a repris les diagnostics préalablement posés et indiqué que sa patiente, très amaigrie, s'exprimait avec une lenteur psychomotrice, qu'elle était fortement dysthymique, vivait avec beaucoup d'effort et que sa vie mentale était très désorganisée avec une grave insomnie rebelle et des cauchemars. Son incapacité de travail était totale (pce 29 OCAI).
5. La NATIONALE a soumis l'assurée à une expertise médicale confiée au docteur D\_\_\_\_\_ qui a rendu son rapport en date du 31 juillet 2004 (pce 35 OCAI). Il a retenu les diagnostics de fibromyalgie et état dépressif chez une patiente triste et amaigrie. Les conséquences de l'accident d'août 2003 étaient à considérer comme guéries au 31 septembre 2003.
6. La NATIONALE a également transmis à l'OCAI un rapport d'expertise psychiatrique rédigé par le docteur F\_\_\_\_\_ le 13 décembre 2004 (pce 37 OCAI). L'expert, après avoir reçu l'assurée à deux reprises (en juillet et août 2004) et pris des renseignements auprès de ses médecins traitants, a fait état d'un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11). Selon ses dires, l'expertisée était bien orientée, avec des capacités d'attention de concentration et de mémoire dans la norme; la thymie était modérément abaissée, mais sans mise en évidence d'un état dépressif sévère (pas d'abattement, pas de sentiment d'inutilité, de dévalorisation ou de culpabilité). Il a par ailleurs déclaré que l'assurée, qui avait déposé plainte pour harcèlement psychologique et déclaré qu'une issue favorable de ce litige lui permettrait de reprendre un travail dans un autre domaine d'activité, se positionnait dans un statut de malade immuable et définitif ayant droit à la reconnaissance et au dédommagement. La symptomatologie dépressive faisant suite à l'effondrement narcissique vécu par l'assurée régressait progressivement, grâce à la psychothérapie et au traitement antidépresseur. Les constatations de l'expert lui permettaient de dire que l'état dépressif était, au jour de l'expertise, léger et en voie de résolution. Par contre, il a estimé que le mode de fonctionnement de l'intéressée confinait à la névrose de compensation et que le diagnostic de trouble somatoforme douloureux devait être écarté en l'absence de conflits émotionnels et de stress psychosociaux suffisants, d'autant plus que la comorbidité psychiatrique était faible. Le docteur F\_\_\_\_\_ a finalement conclu à la possibilité d'une reprise de l'activité professionnelle à 50 % dès le 1<sup>er</sup> janvier 2005 et à 100 % dès le 1<sup>er</sup> février suivant.
7. Le Département de psychiatrie des Hôpitaux Universitaires de Genève (ci-après : HUG) a transmis un rapport à l'OCAI en date du 31 janvier 2005 (pce 38 OCAI). Les docteurs G\_\_\_\_\_ et H\_\_\_\_\_ y rapportaient que l'assurée était suivie au Centre de thérapie brève (Ci-après : CTB) de la Jonction depuis 18 janvier 2005. Elle y avait été envoyée par la Clinique de Belle-Idée où elle avait été hospitalisée suite à une tentative de suicide intervenue dans des circonstances peu claires, mais après réception, par l'intéressée, du rapport d'expertise du docteur F\_\_\_\_\_. Les médecins du CTB ont mis en évidence une thymie quotidienne triste, avec des pleurs très importants, des cauchemars liés à des troubles du sommeil importants.

Ils ont également pu constater une perte pondérale de 23 kg en deux ans. Selon ces spécialistes, le contexte dépressif sévère (idées suicidaires fréquentes avec passage à l'acte et persistance après deux semaines de suivi au CTB) rendait non seulement une reprise du travail irréaliste, mais la demande faite à l'assurance-invalidité devrait être considérée comme une demande de rente entière.

8. Dans un rapport du 18 mai 2005 (pce 47 OCAI), la doctoresse I\_\_\_\_\_, nouveau psychiatre traitant de l'assurée, a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F.33.2) et de fibromyalgie. Elle a conclu à une incapacité de travail totale sur la base de ses constatations : tristesse, ralentissement psychomoteur, irritabilité, trouble de la concentration et de l'attention, asthénie, douleurs somatiques exacerbées, troubles du sommeil avec réveils fréquents et cauchemars, amaigrissement, humeur dépressive sévère (cotation au test BDI : 47), idées de mort, isolement social et perte de repère professionnel induisant une perte de confiance en soi, une perte d'espoir et de vision d'avenir. En raison de l'inefficacité du traitement médicamenteux antérieur, la doctoresse I\_\_\_\_\_ a introduit de nouveaux médicaments associés à une psychothérapie. Ce médecin a également produit un rapport d'intervention du CTB Jonction qui relate notamment que l'assurée a été envoyée une nouvelle fois à la Clinique genevoise de Montana dès le 7 février 2005.
9. Le rapport médical relatif à ce séjour (du 7 au 26 février 2005) a été rédigé par les docteurs B\_\_\_\_\_ et J\_\_\_\_\_ en date du 15 mars 2005 (pce 69 OCAI). Ces médecins ont posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec somatisation (F33.11) avec, comme comorbidité, un syndrome douloureux chronique (R52.2). Il a été relevé que la patiente présentait, à son arrivée à la Clinique, des douleurs diffuses sans limitation fonctionnelle, une thymie triste, une alexithymie, une asthénie, une diminution de la concentration, un sentiment de dévalorisation et de culpabilité, des idées noires et une perturbation du sommeil. Les médecins ont mentionné que le tableau clinique (douloureux) était en aggravation par rapport au précédant séjour, dans un contexte de demande de prestations de l'assurance-invalidité en cours et de conflit sur le lieu de travail. Ce tableau évoquait avant tout un trouble somatoforme douloureux. Les médecins ont exposé que la souffrance était essentiellement psychosociale et que, vu le contexte (conflit professionnel et d'assurance), ils voyaient mal comment l'assurée pourrait se sentir mieux. Ils ont tout de même observé, au cours du séjour, moins de tristesse et une baisse du niveau de stress. Le traitement par neuroleptiques (somnifères) a été modifié et a permis une amélioration nette des troubles du sommeil. Enfin, les docteurs B\_\_\_\_\_ et J\_\_\_\_\_ ont exposé que l'assurée avait pu bénéficier d'entretiens avec la diététicienne lors desquels elle avait pu s'exprimer autour d'un conflit interne par rapport à la nourriture et à son image corporelle.
10. Un document d'origine inconnue décrivant le déroulement des journées, l'évolution des douleurs et la qualité du sommeil de l'assurée durant presque 5 mois (du 1er

janvier au 20 mai 2005) figure également au dossier (pce 50 OCAI). On peut y constater que les douleurs de l'assurée ont toujours été qualifiées d'intenses ou très intenses et qu'elle fait des cauchemars presque toutes les nuits, le sommeil apparaissant de façon générale très perturbé.

11. Le 23 mai 2005, l'assurée a été examinée par les docteurs K\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, et L\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie, du Service médical régional AI (ci-après SMR). Dans leur rapport du 1<sup>er</sup> juin 2005 (pce 52 OCAI), ils ont posé les diagnostics de status après épisode dépressif, fibromyalgie, rachialgies sur troubles statiques et dégénératifs du rachis, arthrose nodulaire des doigts, limitation de la mobilité de la hanche droite dans le cadre d'un status après fracture de hanche gauche en 1962, amnésie dissociative (F44.0) et trouble de la personnalité avec traits pervers (F60.8). Les experts ont constaté que la psychomotricité n'était pas ralentie, la thymie devenait souriante, l'appétit dépendait de la présence du mari et le sommeil était excessif. Le contenu des cauchemars décrits par l'assurée traduisait un sentiment d'impuissance et de ridicule. La vision de l'avenir était très bien structurée, l'attention et la concentration étaient excellentes et il n'y avait ni anhédonie, ni sentiment de culpabilité, ni fatigabilité. L'image de soi était très bonne, tout en évoquant une perte de confiance en soi et les idées suicidaires, selon les experts relevaient clairement du chantage au suicide (l'assurée déclarait craindre pour sa vie en cas de refus de rente). Des troubles de la distance interpersonnels avaient également été constatés, notamment par le fait que l'assurée était fière que ses enfants appellent également "maman" et "papa" les parents de la famille d'accueil dans laquelle ils passaient leurs journées (malgré la présence de l'assurée au foyer familial). Dans leur appréciation consensuelle du cas, les experts ont retenu que l'assurée sollicitait des défenses perverses : menaces de suicide en cas de refus de rente et indifférence concernant l'abandon affectif envers ses enfants. L'absence de satisfaction des désirs et la confrontation à un obstacle insurmontable pouvaient déboucher sur des symptômes d'amnésie dissociative, tels que l'absence de réaction de l'intéressée lorsqu'elle était confrontée, en relation avec son tentamen médicamenteux, à l'absence de découverte d'emballages de médicaments vides à son domicile, de trace de médicaments dans les dosages sanguins et d'inquiétude du mari qui ne lui a pas rendu visite à l'hôpital. Les autres troubles mnésiques avancés par l'assurée étaient considérés, par les médecins du SMR, non pas comme des problèmes liés à la concentration, mais à inclure dans les troubles de l'amnésie dissociative et en permanence grevés de bénéfices secondaires. Dès lors, ils ne pouvaient pas être considérés comme une maladie invalidante. L'examen psychiatrique n'avait pas permis de mettre en évidence un quelconque symptôme de la lignée dépressive, mais les experts faisaient état de mécanismes de défense projectifs envers l'entourage, par exemple l'obligation faite au mari de rentrer au domicile à midi sous menace d'anorexie. Ce mode de fonctionnement était considéré comme constitutionnel; il n'avait pas empêché l'assurée d'assumer son intense parcours professionnel. Du point de vue

---

ostéoarticulaire, outre les douleurs dont se plaignait l'assurée, les experts ont relevé diverses pathologies qui ne limitaient pas la capacité de travail dans la profession de cheffe comptable, une telle activité tenant compte des limitations fonctionnelles requises par les pathologies reconnues. En ce qui concerne la fibromyalgie, les experts ont par ailleurs estimé qu'en l'absence de pathologie psychiatrique, elle ne constituait pas un motif d'arrêt de travail. Les limitations fonctionnelles retenus par les médecins examinateurs étaient les suivantes : nécessité de pouvoir alterner 2 fois par heure la position assise et la position debout, pas de soulèvement de charges d'un poids excédant 8 kg, pas de port régulier de charges d'un poids excédant 15 kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc, pas de marche supérieure à 30 minutes, ni de travail imposant la montée régulière d'escaliers, échelles ou escaliers. Dans leur appréciation de l'évolution de l'incapacité de travail, les docteurs K\_\_\_\_\_ et L\_\_\_\_\_ ont considéré qu'il apparaissait crédible et vraisemblable que l'assurée avait fait un épisode dépressif consécutif à son arrêt de travail le 23 mai 2003; l'examen au SMR n'ayant mis en évidence aucun élément de la lignée dépressive, ils considéraient que les symptômes dépressifs avaient disparu depuis lors ce qui leur permettait de conclure à une capacité de travail entière. Pour le surplus, ils se référaient aux conclusions du docteur F\_\_\_\_\_, qui avait retenu une capacité de travail de 50 % dès le 1<sup>er</sup> janvier 2005 et de 100 % depuis le 1<sup>er</sup> février 2005.

12. Le 20 octobre 2005, l'assurée a fait parvenir à l'OCAI le résumé de séjour à la Clinique de Belle-Idée (pce 66 OCAI). Les docteurs M\_\_\_\_\_ et N\_\_\_\_\_ y font état d'une première hospitalisation volontaire le 3 janvier 2005 sur certificat du psychiatre de garde extrahospitalière en raison d'un risque auto-agressif. L'assurée n'aurait pas supporté la lecture de l'expertise rédigée par le docteur F\_\_\_\_\_, qui l'estimait capable de travailler, et des idées noires seraient apparues. Très anxieuse, l'assurée aurait alors consulté le médecin de la garde extrahospitalière qui l'a adressée à la Clinique de Belle-Idée. A l'entrée, les médecins ont pu constater une patiente calme, ralentie, désorientée dans l'espace et dans le temps, avec une thymie triste, une anhédonie, une humeur dépressive, une anxiété, une perte de l'élan vital, des idées suicidaires avec projet précis (tentamen médicamenteux), une inappétence, une fatigue et des troubles du sommeil (insomnie). Les examens complémentaires effectués (analyses sanguines et électrocardiogramme) étaient dans la norme. Le 6 janvier 2005, la patiente a demandé une sortie définitive aux médecins qui la lui ont accordée, considérant qu'elle ne présentait plus de critère de dangerosité immédiate vu la disparition des idées suicidaires. L'assurée a également produit un rapport de son médecin traitant, le docteur C\_\_\_\_\_, du 8 mars 2005, (pce 70 OCAI), dans lequel ce médecin estime que l'état de sa patiente est plutôt en aggravation du point de vue psychiatrique, une reprise du travail n'étant absolument pas envisageable. Il a par ailleurs mentionné que le rapport d'expertise du docteur F\_\_\_\_\_ avait été particulièrement délétère pour sa patiente et qu'il ne comprenait pas comment l'expert avait pu

conclure à une reprise du travail en février 2005 à 100 % en n'ayant vu l'intéressée qu'en juillet et août 2004, à une époque où le docteur B. D\_\_\_\_\_, également mandaté en qualité d'expert (rhumatologue), avait constaté un état dépressif.

13. Le 12 décembre 2005, l'assurée a informé l'OCAI qu'elle avait déposé plainte contre le docteur F\_\_\_\_\_ auprès de la Commission de surveillance des professions de la santé, vu les conclusions émises par ce médecin dans son rapport d'expertise et les conséquences de celles-ci (pce 74 OCAI). La Commission a décidé d'ouvrir une enquête administrative à l'encontre du médecin incriminé aux fins de vérifier s'il avait commis un agissement professionnel incorrect dans sa fonction d'expert (pce 79 OCAI).
14. Se prononçant sur l'ensemble des documents médicaux transmis à l'administration, le docteur O\_\_\_\_\_, médecin du SMR spécialisé en chirurgie, a fait savoir que ceux-ci étaient tous antérieurs à l'examen pratiqué au SMR le 23 mai 2005 et que l'anamnèse rédigée par les médecins examinateurs en tenait compte. Quant à la divergence d'appréciation de la capacité de travail, il l'expliquait par le fait que les médecins traitants étaient enclins à plus d'empathie que des experts neutres (pce 77 OCAI).
15. L'assurée a fait parvenir à l'OCAI un rapport de la doctoresse P\_\_\_\_\_, responsable du Centre multidisciplinaire et de traitement de la douleur, du 7 mars 2006. Ce médecin y exposait que l'intéressée présentait un phénotype de type ultra-métaboliseur, pouvant expliquer les taux bas de venlafaxine par rapport à la posologie administrée. Elle conseillait soit d'augmenter encore la posologie de l'antidépresseur concerné, soit d'introduire un antidépresseur dont la voie métabolique était différente.
16. Le 28 mars 2006, l'assurée a fait savoir à l'OCAI qu'elle s'était annoncée à l'assurance-chômage en indiquant qu'elle était capable de travailler à 100 %, comme cela avait été retenu par l'assurance-invalidité.
17. Par décisions du 24 mai 2006, l'OCAI a octroyé à l'assurée une rente d'invalidité entière du 23 mai 2004 au 31 décembre 2004, puis une demi-rente du 1<sup>er</sup> au 31 janvier 2005, date à laquelle il a supprimé toute prestation en se fondant sur les conclusions des experts du SMR (pces 89 et 90 OCAI).
18. L'assurée a formé opposition contre ces décisions (pce 92). En résumé, elle a fait grief à l'OCAI d'avoir méconnu son véritable état de santé et contesté les conclusions auxquelles étaient parvenus tant le docteur F\_\_\_\_\_ que les docteurs K\_\_\_\_\_ et L\_\_\_\_\_. Elle a invoqué les avis unanimes de tous les médecins qu'elle a consultés qui lui reconnaissent une incapacité de travail totale et les analyses effectuées par le Service de pharmacologie et toxicologie cliniques des HUG qui démontrent l'existence d'un phénotype ultra-métaboliseur expliquant

l'absence d'effet bénéfique des traitements médicamenteux suivis jusqu'alors. L'assurée a conclu à ce qu'une rente entière continue à lui être versée.

En annexe à son opposition, elle a produit un certificat médical de la doctoresse Q\_\_\_\_\_, établissant qu'elle a une fois encore été hospitalisée à la Clinique genevoise de Montana du 15 au 28 mai 2006, ainsi qu'un rapport du 20 décembre 2005 de la doctoresse P\_\_\_\_\_, responsable du Centre multidisciplinaire d'étude et de traitement de la douleur qui a posé les diagnostics de fibromyalgie et trouble dépressif moyen à sévère.

19. Appelé à se prononcer dans le cadre de la procédure d'opposition, le docteur O\_\_\_\_\_, du SMR, a exposé que le diagnostic de trouble dépressif moyen à sévère posé par la doctoresse P\_\_\_\_\_ semblait ne reposer que sur un index de Beck élevé. Or, il était universellement admis qu'un diagnostic était avant tout la résultante d'un status psychiatrique, le résultat des tests ne pouvant servir que de confirmation à des constatations médicales dans le dialogue singulier. Il a ajouté qu'il n'était pas indifférent que l'état dépressif soit moyen ou sévère, chacun de ces qualificatifs correspondant à des critères précis répertoriés dans la CIM-10, et que si la doctoresse P\_\_\_\_\_ ne pouvait pas se déterminer avec plus de précision, c'était la preuve de l'insuffisance de son status. Enfin, le docteur O\_\_\_\_\_ a rappelé que le trouble dépressif moyen faisait partie intégrante de la fibromyalgie et ne pouvait en être séparé (pce 99 OCAI).
20. Le 21 août 2006, l'OCAI a rejeté l'opposition de l'assurée. En substance, il a considéré que le rapport d'expertise des docteurs K\_\_\_\_\_ et L\_\_\_\_\_ du SMR avait pleine valeur probante et que les conclusions de ces médecins concordaient au demeurant avec celles du docteur F\_\_\_\_\_, qui avait examiné l'assurée dans le cadre d'une expertise pour l'assureur perte de gain. Se référant pour le surplus aux avis du docteur O\_\_\_\_\_, médecin du SMR, l'OCAI a nié que les documents médicaux produits par l'intéressée puissent remettre en cause les conclusions auxquelles étaient parvenues les experts. Enfin, il s'est prononcé sur le caractère invalidant de la fibromyalgie, qu'il a nié, considérant l'absence de pathologie psychiatrique associée et la non-réalisation des autres critères déterminés par la jurisprudence à cet égard.
21. L'assurée a interjeté recours contre cette décision dont elle requiert l'annulation, concluant à l'octroi d'une rente entière d'invalidité non limitée dans le temps. En résumé, elle reproche à l'intimé d'avoir fondé son appréciation médicale sur le rapport des docteurs K\_\_\_\_\_ et L\_\_\_\_\_, qui reprennent, en ce qui concerne la capacité de travail, les conclusions contestées du docteur F\_\_\_\_\_. Elle fait valoir que depuis décembre 2004, date à laquelle l'administration a diminué sa rente de moitié pour la supprimer un mois plus tard, son état de santé n'a cessé de se péjorer, nécessitant même une nouvelle hospitalisation à la Clinique de Montana, avec suivi post-hospitalier intensif, au mois de mai 2006. Elle a

développé à l'époque des symptômes psychotiques. Elle estime qu'il convient de se reporter, pour déterminer son état de santé et donc son incapacité de travail, aux avis concordants de son psychiatre traitant et des multiples médecins qui l'ont prise en charge à la Clinique de Belle-Idée, à la Clinique genevoise de Montana et au CTB. Ceux-ci démontrent la persistance des troubles graves d'ordre psychiatrique et donc l'incapacité totale à exercer une quelconque activité. Enfin, elle considère que la fibromyalgie dont elle est atteinte est également invalidante, dans la mesure où tous les critères pour admettre cette qualification sont remplis.

A l'appui de ses conclusions, la recourante produit notamment les documents suivants :

- Un rapport d'intervention CTB du 9 mai 2006 (pce 22 recourante): les docteurs M\_\_\_\_\_ et R\_\_\_\_\_ y posent les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques (F33.2) et fibromyalgie. La patiente leur a été adressée par la doctoresse I\_\_\_\_\_ en raison d'une recrudescence de la symptomatologie dépressive. Au status psychiatrique, ils ont constaté une patiente triste et désespérée, très tendue, en pleurs à l'évocation de ses difficultés, orientée dans le temps et l'espace, qui présentait un sentiment d'humiliation majeure, une inappétence avec perte pondérale de 2-3 kg en un mois, une démotivation marquée, une anhédonie, un repli social, des idées hétéro-agressives et suicidaires, ainsi que des idées délirantes de persécution. En raison de l'hypermétabolisme, ils ont augmenté les doses d'antidépresseur de façon conséquente, jusqu'à atteindre une concentration sanguine dans les normes. Les idées de persécution et hétéro-agressives envahissaient toute discussion durant le séjour, empêchant le contact thérapeutique. Les médecins ont alors introduit un traitement de Risperdal. Ils ont pu constater une légère amélioration de l'état de leur patiente, mais au vu de son épuisement général important, ils l'ont adressée à la Clinique genevoise de Montana pour adaptation du traitement médicamenteux, continuation de la prise en charge et retrait des obligations quotidiennes.

- Un rapport de sortie de la Clinique genevoise de Montana du 9 juin 2006 (pce 23 recourante): les diagnostics posés par les médecins du CTB ont été repris par les rédacteurs de ce rapport. Les constatations cliniques sont par ailleurs superposables à celles des médecins du CTB lors de l'arrivée de la patiente à la Clinique. Concernant l'évolution, les praticiens de Montana ont relaté que l'assurée avait bénéficié d'un soutien médico-infirmier et d'entretiens spécialisés avec une psychothérapeute, lors desquels elle avait pu verbaliser ses émotions. Le travail avait été centré sur son envie de meurtre et les conséquences sociales et affectives d'un tel acte pour lui permettre de prendre de la distance par rapport à cette obsession. Toutefois, lorsqu'elle avait pu abandonner cette idée, elle était partie vers l'auto-agression et sa difficulté à se contrôler. Le soutien ultérieur avait porté sur ses rôles de mère et d'épouse avec

un centrage permanent pour lui permettre d'évacuer cette autre obsession. Les médecins estimaient qu'elle restait cependant extrêmement fragile avec la persistance d'idées suicidaires. En ce qui concernait le syndrome douloureux chronique, ni le soutien psychologique régulier ni les thérapies à médiation corporelle n'avaient apporté de résultat significatif chez une patiente qui s'était investie dans son traitement de physiothérapie, mais qui ne réclamait pas d'antalgique supplémentaire lors des crises paroxystiques. Un suivi psychologique auprès du CTB a été proposé dès la sortie de la clinique.

- Un résumé d'intervention CTB du 26 juin 2006 est également joint au mémoire de recours (pce 24 recourante): les docteurs M\_\_\_\_\_ et T\_\_\_\_\_ y mentionnent que l'assurée a été suivie dans leur centre dans le cadre d'une prise en charge intensive post-hospitalière du 29 mai 2006 au 26 juin 2006, veille de la poursuite du traitement par le psychiatre traitant. Selon ces médecins, l'intéressée, qui présentait un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques (F33.2) et une fibromyalgie, n'avait plus d'envies hétéro-agressives et les éléments de la lignée psychotique faisaient désormais défaut. En conséquence, ils avaient commencé à diminuer le traitement de Risperdal et n'avaient pas constaté de recrudescence des idées délirantes hétéro-agressives. La patiente demeurait toutefois triste avec une tension interne; des troubles de la concentration étaient également constatés, ainsi qu'une diminution de l'appétit, mais les troubles du sommeil étaient améliorés sous traitement.

22. Dans sa réponse, l'OCAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de sa décision attaquée.

Il produit un avis du docteur O\_\_\_\_\_, médecin du SMR, du 12 octobre 2006. Ce médecin relève que l'examen SMR du 23 mai 2005 est le reflet de l'état de santé de l'assurée tel qu'il se présentait alors et qu'un tel document n'a pas la prétention d'être prédictif. Cela étant, les examinateurs du SMR avaient en quelque sorte prévu les conséquences d'un refus en relatant que des idées suicidaires étaient avancées en cas de refus de rente. Pour le docteur O\_\_\_\_\_ l'imminence des symptômes dissociatifs était donc annoncé et il est très probable que les symptômes qui ont succédé à l'examen au SMR appartiennent au trouble de conversion (F44), autrefois appelé hystérie, classé dans la même catégorie que les troubles somatoformes (F45). Enfin, il estime que l'effet d'un médicament se juge sur la clinique et non sur une mesure plasmatique. L'observation que l'assurée métabolise son antidépresseur plus rapidement que la moyenne est certes intéressante, puisqu'elle permet d'ajuster la dose ou de changer de molécule, mais elle ne préjuge en rien de l'effet de ladite molécule sur la thymie de l'assurée. Le médecin SMR conclut dès lors à un trouble somatoforme persistant, sans comorbidité psychiatrique grave ni perturbation de l'environnement psychosocial dans tous les domaines de la vie.

23. Dans leurs mémoires de réplique, respectivement de duplique, les parties s'en sont tenues à leurs conclusions.
24. Par courrier du 27 mars 2007, la recourante a sollicité l'audition des docteurs N\_\_\_\_\_, médecin interne auprès du Département de psychiatrie des HUG , et U\_\_\_\_\_, médecin-conseil de l'Office cantonal de l'emploi. Ce dernier médecin lui avait reconnu une incapacité de travail définitive qui a eu pour conséquence la suppression des prestations par le Service des mesures cantonales de l'Office cantonal de l'emploi à compter du 16 mars 2007 (cf. avis du médecin-conseil de l'Office cantonal de l'emploi du 16 mars 2007).
25. Entendu en qualité de témoin lors de l'audience d'enquêtes du 26 avril 2007, le docteur U\_\_\_\_\_ a déclaré avoir vu une première fois l'assurée en octobre 2006. Elle était alors manifestement très malade et incapable de travailler. Comme elle était suivie par un psychiatre et par de bons médecins, il avait espéré une amélioration de la situation, mais lorsqu'il l'avait revue en mars 2007, il avait dû constater que son état était strictement identique. Sur le plan psychique, elle souffrait de dépression sévère et, sur le plan somatique, de douleurs diffuses. Le diagnostic était certain. S'y ajoutait celui d'état dépressif sévère à tout le moins et il n'était pas exclu que d'autres affections psychiques soient également présentes. Vu l'absence d'évolution en un laps de temps de six mois, le docteur U\_\_\_\_\_ a estimé que l'assurée ne recouvrerait pas sa capacité de travail durant la période où elle relèverait encore de la compétence de l'OCE. C'est la raison pour laquelle il a conclu à une incapacité totale et définitive. Il a fait remonter le début cette incapacité au 26 juin 2006, car c'est la date que lui a communiquée l'OCE, sans se prononcer sur la capacité à travailler auparavant.
26. Lors de la même audience, la juridiction de céans a également procédé à l'audition de la doctoresse N\_\_\_\_\_. Celle-ci a exposé avoir vu une première fois la patiente au CTB juste avant son hospitalisation du 3 au 6 janvier 2005 à Belle-Idée. Elle l'avait revue à cette occasion. Elle était alors instable, très difficile à contenir et "agissante" (elle avait absorbé des substances). Elle avait posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode sévère, sans symptôme psychotique car la patiente ne souffrait ni de délire ni d'hallucination. Elle avait prescrit du Zoloft. Se prononçant sur la médication prise actuellement par la recourante, la doctoresse N\_\_\_\_\_ a indiqué que l'Efexor était un antidépresseur beaucoup plus fort que le Zoloft, ce qui semblait démontrer la persistance d'un état dépressif sévère. Quant au Risperdal, il s'agissait d'un neuroleptique, ce qui semblait indiquer que des symptômes psychotiques étaient apparus. En outre, l'assurée continuant à prendre des médicaments contre les troubles du sommeil, le témoin en a déduit que son état s'était péjoré depuis qu'elle l'avait vue. Elle a encore précisé que la recourante avait perdu énormément de poids au point qu'elle ne l'avait pas reconnue. Enfin, en concernant le fait que la patiente avait été réadressée au CTB après son séjour à la Clinique de Montana, elle a expliqué que, pour une patiente suivie à titre privé,

c'était probablement dans le cadre d'un programme de soutien soutenu ou programme de crise, le psychiatre traitant n'ayant pas la disponibilité pour recevoir son patient tous les 2-3 jours comme peut le faire le CTB. Enfin, elle a certifié que lorsqu'elle avait vu la recourante, elle n'était pas apte au travail.

27. La recourante a précisé, lors de son audition le 26 avril 2007, avoir été suivie par le docteur A\_\_\_\_\_ depuis juillet 2003 à raison d'une fois par mois, puis par la doctoresse I\_\_\_\_\_ dès mars 2005 à raison d'une fois par semaine, puis de deux fois par mois. S'y ajoutait une consultation hebdomadaire chez une psychologue (Madame SS\_\_\_\_\_).
28. Les parties se sont prononcées en dates du 23, respectivement 25 mai 2007 et ont persisté dans leurs conclusions.
29. Le 26 novembre 2007, le Tribunal a informé les parties de ce qu'il entendait ordonner une expertise psychiatrique et confier celle-ci au docteur V\_\_\_\_\_. Il leur a imparti un délai pour se prononcer sur le projet de mission d'expertise et faire valoir un éventuel motif de récusation.
30. L'OCAI a souhaité qu'une question complémentaire soit inscrite dans la mission d'expertise, à savoir "quel est le status spécifique détaillé de cette assurée ?" (lettre du 11 décembre 2007). Pour le surplus, il a indiqué n'avoir aucun motif de récusation à invoquer à l'encontre de l'expert.
31. Quant à l'assurée, elle a indiqué n'avoir ni motif de récusation ni question supplémentaire à poser. Elle a au surplus produit un courrier que lui a adressé le Conseiller d'État P.-F. UNGER pour l'informer que l'enquête diligentée par la Commission de surveillance des professions de la santé avait permis de retenir des agissements professionnels incorrects à l'encontre du docteur F\_\_\_\_\_ dans le cadre de l'expertise qu'il avait menée la concernant (courrier du 20 novembre 2007). La recourante a demandé qu'en conséquence, ladite expertise soit écartée du dossier.
32. En date du 11 mars 2008, le docteur V\_\_\_\_\_ a rendu son rapport d'expertise. Ce dernier, fondé sur deux entretiens avec la recourante - dont un en présence de son conjoint-, deux entretiens téléphoniques avec les docteurs I\_\_\_\_\_ et C\_\_\_\_\_, ainsi que les pièces du dossier transmis par le Tribunal, aboutit à la conclusion que l'assurée souffre d'un épisode dépressif sévère, sans symptômes psychotiques (F32.2) et d'une probable modification durable de la personnalité après une maladie psychiatrique (F62.1). L'expert a estimé qu'il y avait incapacité totale de travail depuis mai 2003 et pour une durée probable de plusieurs années, vu la gravité de l'atteinte et la nécessité de reconstruire un sentiment d'identité permettant à l'intéressée de faire face aux atteintes narcissiques courantes sur le plan social. Il a encore précisé qu'il n'y avait pas lieu de poser un diagnostic de trouble somatoforme douloureux, ce diagnostic ne devant pas être retenu, selon la CIM-10, en cas de douleurs psychogènes survenant dans le cadre d'un épisode

---

dépressif, celui-ci étant par ailleurs l'affection première et non un phénomène d'accompagnement de la fibromyalgie diagnostiquée sur le plan rhumatologique.

33. Invité à se prononcer, l'OCAI a estimé que plusieurs points devaient être élucidés avant qu'il ne puisse se prononcer sur la valeur probante à accorder à l'expertise du docteur V\_\_\_\_\_. En particulier, des doutes étaient émis sur la personne qui avait effectué l'expertise. Il se rapportait pour le surplus à un avis de la doctoresse W\_\_\_\_\_, du SMR, du 14 avril 2008.

Cette dernière exposait en sus de considérations relatives à la personne de l'expert, que le second entretien avait eu lieu en présence du conjoint de l'expertisée et qu'au vu de l'état d'extrême nervosité de celle-ci, les conditions n'étaient pas réunies pour que l'on puisse parler de bonne expertise. L'expert n'avait pas critiqué la véhémence de l'assurée à l'encontre de l'AI ni le fait qu'elle avait écrit, avec sa fille, au domicile de la doctoresse L\_\_\_\_\_, attitude absolument inadmissible selon la doctoresse W\_\_\_\_\_. Ces circonstances, ainsi que l'absence d'explications concernant les diagnostics posés et les nombreuses contradictions au dossier, ne permettaient pas au SMR de se prononcer sur le caractère convainquant du rapport d'expertise. La doctoresse W\_\_\_\_\_ a estimé nécessaire de questionner « l'expert ou les pseudo-experts ».

34. La recourante a quant à elle transmis ses déterminations par lettre du 25 avril 2008. Elle a déclaré que dans la mesure où l'expertise du docteur V\_\_\_\_\_ répondait en tous points aux critères dégagés par la jurisprudence, que de surcroît l'expertise confirmait les nombreux autres avis médicaux, au demeurant unanimes, figurant au dossier (à l'exception de l'avis du SMR et de celui du docteur F\_\_\_\_\_), force était de considérer qu'elle revêtait une pleine valeur probante. En conséquence, la recourante persistait intégralement dans ses conclusions.
35. Suite au délai octroyé par le Tribunal de céans, l'OCAI a fait parvenir une liste de questions que le SMR, sous la plume de la doctoresse W\_\_\_\_\_, entendait faire poser à l'expert. Ladite liste était libellée comme suit :

"-Dans votre rapport d'expertise du 11.03.2008 que j'ai lu avec attention, nous ne savons pas qui du candidat médecin V\_\_\_\_\_ ou du docteur V\_\_\_\_\_ a réalisé l'expertise. Merci de préciser quand l'assurée a été vue, par qui et qui a posé les questions à l'assurée ?

-Pourquoi avez-vous jugé nécessaire de garder le mari lors du deuxième entretien, alors que l'assurée était très nerveuse ? Que vous a appris cet entretien ?

-Comment expliquez-vous l'agressivité et les propos tenus par l'assurée et sa fille envers l'AI et notamment envers le docteur L\_\_\_\_\_ qui a vu l'assurée au SMR ?

-Dans vos diagnostics, vous reprenez le diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques et le diagnostic de probable modification durable de la

personnalité après une maladie psychiatrique. Sur quels arguments et sur quels critères de la CIM-10 posez-vous ces diagnostics ?

-Selon vous, comment peut-on expliquer que, depuis 2003, cette assurée présenterait un épisode dépressif sévère, sans aucun changement malgré les traitements et le suivi ?

-Pouvez-vous nous expliquer pourquoi vous vous écarterez de l'appréciation du docteur L\_\_\_\_\_, expliquant cela uniquement par le fait que, selon vous, « il n'est pas compréhensible que la doctoresse L\_\_\_\_\_ fournisse de l'expertise un aperçu qui ne corresponde aucunement au fonctionnement de cette dernière » ? Lors de l'examen que la psychiatre a effectué au SMR, vous n'étiez pas présent et rien ne porte à croire que la description faite par la doctoresse L\_\_\_\_\_ lors de l'examen du 23.05.2005 ne soit pas exacte. Merci donc de nous expliquer de manière objective et non projective les raisons de vos divergences ?

-Quelles sont les mesures thérapeutiques et quel est le pronostic ?"

36. A la demande du Tribunal, le docteur V\_\_\_\_\_ a confirmé avoir examiné personnellement l'expertisée, à deux reprises, et avoir rédigé lui-même le rapport d'expertise (courrier du 16 mai 2008 transmis aux parties pour information).

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.
2. Le recours interjeté respectant les forme et délai prévus par la loi (art. 56 à 60 LPGA), il y a lieu de le déclarer recevable.
3. 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. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 1 consid. 1, 127 V 467 consid. 1 et les références). C'est ainsi que lorsqu'on examine le droit éventuel à une rente d'invalidité pour une période précédant l'entrée en vigueur de la LPGA, il y a lieu d'appliquer l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et la nouvelle réglementation légale après cette date (ATF 130 V 433 consid. 1 et les références).

---

En l'espèce, la décision litigieuse, du 21 août 2006, est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA ainsi qu'à l'entrée en vigueur, le 1<sup>er</sup> janvier 2004, des modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4<sup>ème</sup> révision). Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à une rente d'invalidité doit être examiné au regard des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 4<sup>ème</sup> révision de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329), sans tenir compte des modifications intervenues dans le cadre de la 5<sup>ème</sup> révision de la LAI entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2008.

Par ailleurs, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la LAI est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 2006 (RO 2006 2003), apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). Le présent cas est soumis au nouveau droit, dès lors que le recours de droit administratif a été formé après le 1<sup>er</sup> juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).

4. a) 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 LPGA et 4 al. 1 LAI). Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un diagnostic médical pertinent soit posé par un spécialiste et que soit mise en évidence une diminution importante de la capacité de travail (et de gain) (ATF 127 V 299). Ainsi, 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 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1).

b) Selon la jurisprudence et la doctrine, l'autorité administrative ou le juge ne doit considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (KUMMER, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4<sup>ème</sup> édition Berne 1984, p. 136 ; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2<sup>ème</sup> édition, p. 278 ch. 5). Dans le domaine des assurances sociales, le juge 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. 5 let. b 125 V 195 consid. ch. 2 et les références).

---

En principe, le juge ne s'écarter pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, a fortiori judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice ou de l'administration afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise (judiciaire) le fait que celle-ci contienne des contradictions, ou qu'une sur expertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, 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 (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références).

En effet, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, l'administration est tenue d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure. En particulier, elle doit mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 K 646 p. 240 consid. 4). En revanche, si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus 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; KIESER, *Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung*, p. 212, n° 450; KÖLZ/HÄNER, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, 2e éd., p. 39, n° 111 et p. 117, n° 320; GYGI, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2e éd., p. 274; cf. aussi ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence). 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. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d et l'arrêt cité).

5. a) En l'espèce, il est constant que les troubles de santé principaux présentés par la recourante sont d'ordre psychiatrique : l'ensemble des médecins qui se sont prononcé sur son cas ont pu constater un trouble dépressif récurrent (dont la qualification en intensité varie selon les praticiens concernés) ainsi qu'une fibromyalgie ou trouble somatoforme douloureux chronique. D'autres affections (trouble de conversion, amnésie dissociative par exemple) ont également été relatées.
- b) Parmi les atteintes à la santé psychique, qui peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA, on doit mentionner - à part les maladies mentales proprement dites - les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies. 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. Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son infirmité mentale, exercer une activité que le marché du travail lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Le point déterminant est ici de savoir quelle activité peut raisonnablement être exigée dans son cas. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).

La reconnaissance de l'existence de troubles somatoformes douloureux persistants suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant légitimement sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 398 ss consid. 5.3 et consid. 6). Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. En outre, dans un arrêt récent (ATFA non publié du 8 février 2006, I 336/04, prévu pour la publication dans le Recueil officiel), le Tribunal fédéral des assurances (ci-après le TFA) 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. Ces deux atteintes à la santé présentent en effet des caractéristiques communes, en tant que leurs manifestations cliniques - plaintes douloureuses diffuses - sont pour l'essentiel similaires et qu'il n'existe pas de pathogenèse claire et fiable pouvant en expliquer l'origine. Cela rend dans les deux cas la limitation de la capacité de travail difficilement mesurable, car l'on ne peut pas déduire l'existence d'une incapacité de travail du simple diagnostic posé, dès lors que celui-ci ne renseigne pas encore sur l'intensité des douleurs ressenties par la personne concernée, ni sur leur évolution ou sur le pronostic qu'on peut poser dans un cas concret. Aussi convient-il 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 50).

Au nombre des critères dégagés par jurisprudence permettant de juger du caractère invalidant d'un trouble somatoforme douloureux, figure au premier plan la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques, d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, 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), de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitements), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 352). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté. En outre, il est admis que la reconnaissance du caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux chez de jeunes assurés doit rester exceptionnelle en l'absence de comorbidité psychiatrique (cf. notamment ATFA non publié du 28 juin 2005, I 524/04).

Si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la 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, les 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 (voir sur l'ensemble du sujet ATF 131 V 49 et les références citées).

Par ailleurs, s'agissant des troubles dépressifs, il y a lieu d'observer que selon la doctrine médicale (cf. notamment DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 4ème édition, p. 191) sur laquelle s'appuie le TFA, les états dépressifs ne constituent en principe pas une comorbidité psychiatrique grave et durable à un trouble somatoforme douloureux, dans la mesure où ils ne sont en règle générale qu'une manifestation réactive ne devant pas faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATF 130 V 356 consid. 3.3.1 in fine et les références citées).

6. Suite au complément d'instruction diligenté par la Juridiction de céans, le dossier de la recourante recèle désormais trois expertises psychiatriques.

---

La première, rédigée par le docteur F\_\_\_\_\_, doit être écartée du dossier pour les motifs exposés dans l'ordonnance d'expertise du 17 décembre 2007 (cf. consid. 7).

La seconde, émanant de la doctoresse L\_\_\_\_\_, du SMR (rapport d'expertise bi-disciplinaire réalisée conjointement avec le docteur ST\_\_\_\_\_, rhumatologue), ne saurait être suivie non plus, comme cela sera démontré ci-après.

La troisième expertise, judiciaire, a été confiée au docteur V\_\_\_\_\_. Quoiqu'en dise l'intimé, le rapport rédigé par ce médecin, spécialiste reconnu, remplit à l'évidence l'ensemble des critères jurisprudentiels (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a). Le docteur V\_\_\_\_\_, qui a confirmé avoir personnellement exécuté le mandat qui lui avait été confié, a établi ses conclusions sur la base d'une anamnèse complète, fondée tant sur le dossier de la cause que sur les dires de l'expertisée et de son mari. Il a tenu compte des plaintes de l'intéressée et a relaté de façon circonstanciée ses propres constatations. Ses diagnostics sont clairement expliqués, notamment en référence aux critères internationalement reconnus figurant dans la CIM-10 (Classification internationale des maladies de l'OMS) et sont également le fruit d'une discussion cohérente et complète des autres avis médicaux à sa disposition. En particulier, il a abondamment exposé les motifs qui l'ont incité à retenir une appréciation divergente de la doctoresse L\_\_\_\_\_, dont les conclusions lui sont finalement peu compréhensibles au regard de l'ensemble des faits à disposition. A ce propos, les critiques émises par la doctoresse W\_\_\_\_\_ et reprises à son compte par l'intimé ne sont pas pertinentes. Le Tribunal de céans considère à cet égard que la liste des questions formulées par ledit médecin n'avait pour seul but que de remettre en cause l'ensemble de l'expertise rédigée par le docteur V\_\_\_\_\_, dès lors que les réponses recherchées figuraient déjà dans le rapport mis à sa disposition pour se prononcer (voir par exemple : p. 11, deux derniers §, et p. 20, 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> §, en relation avec les diagnostics retenus par la doctoresse L\_\_\_\_\_ ; p. 20 pour une critique du rapport d'expertise de la doctoresse L\_\_\_\_\_ ; p. 16, 2<sup>ème</sup> §, pour l'avis du mari concernant la manipulation dont il serait l'objet ; p. 17-18, 21 quant à l'attitude projective, hétéro-agressive, paranoïde de l'assurée expliquant sa « véhémence » vis-à-vis de certaines institutions et/ou personnes), raison première pour laquelle elles n'ont pas été communiquées à l'expert pour nouvel avis. Par ailleurs, une appréciation des preuves consciencieuse permet en l'espèce de se prononcer sans qu'il soit besoin de faire procéder (ce que requièrent implicitement l'intimé et la doctoresse W\_\_\_\_\_) à une nouvelle expertise psychiatrique (cf. ATF 119 V 344 cité plus haut notamment).

Par conséquent, la Juridiction de céans retiendra que la recourante est atteinte d'un épisode dépressif de gravité sévère, l'empêchant d'exercer quelque activité que ce soit depuis 2003. Ladite affection est indépendante et antérieure à l'apparition de la fibromyalgie diagnostiquée par les médecins rhumatologues, de sorte que, même sans tenir compte de celle-ci, la capacité de travail de l'intéressée est nulle. Ces

conclusions, qui sont celles du docteur V\_\_\_\_\_, sont au demeurant corroborées par l'intégralité des médecins qui ont eu à connaître du cas de la recourante, à l'exception de la doctresse L\_\_\_\_\_ dont le seul avis isolé ne saurait emporter la conviction.

Aux fins d'être complet, on ajoutera que si l'on devait s'en tenir à la seule jurisprudence relative aux troubles somatoformes douloureux, applicable par analogie à la fibromyalgie, il y aurait lieu de conclure à l'existence d'une comorbidité psychiatrique grave, d'une acuité et d'une durée importantes, de sorte que les conclusions sur la capacité de travail seraient identiques. La recourante, qui n'a plus que, pour tout environnement social, une cellule familiale qualifiée de bancale par l'expert, dont la personnalité est en voie de modification en raison de la gravité et de la durée de la maladie psychiatrique, qui est soumise à un traitement médicamenteux et psychothérapeutique très important (à ce sujet, l'expert expose de manière convaincante les raisons qui ont rendu les traitements longtemps improductifs : problème de métabolisation des molécules chimiques prescrites) n'est de toute évidence plus en mesure de fournir un quelconque effort de volonté pour réintégrer le monde du travail.

7. Il suit de ce qui précède que la recourante a droit à une rente entière de l'assurance-invalidité, fondée sur un taux de 100 %, à compter du 1<sup>er</sup> mai 2004, échéance du délai de carence (art. 29 al. 1 let. b LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007).
8. L'intimée, qui succombe, supportera les frais de justice fixés à 1'000 fr. et versera à la recourante la somme de 2'500 fr. à titre de participation à ses dépens.

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

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet.
3. Annule la décision de l'intimé du 21 août 2006.
4. Dit que la recourante a droit à une rente d'invalidité entière à compter du 1<sup>er</sup> mai 2004.
5. Condamne l'intimé à verser à la recourante la somme de 2'500 fr. à titre de participation à ses dépens.
6. Met un émolument de 1'000 fr. à la charge de l'intimé.
7. 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); 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

Brigitte LUSCHER

Karine STECK

La secrétaire-juriste : Laurence SCHMID-PIQUEREZ

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