

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/393/2012

ATAS/1405/2012

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 21 novembre 2012

5^{ème} Chambre

En la cause

Madame M_____, domiciliée à Onex, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître GABUS Pierre

recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE
GENEVE, sis rue des Gares 12, 1201 Genève

intimé

**Siégeant : Maya CRAMER, Présidente; Monique STOLLER FÜLLEMANN et
Christine BULLIARD MANGILI, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame M_____, née en 1963, est originaire du Portugal. Elle est mère de deux enfants nés en 1991 et en 1997. Sans formation professionnelle, elle travaille comment agent de propreté et hygiène chez X_____ (X_____) depuis le 30 novembre 1992.
2. Selon le rapport médical du Dr A_____, cardiologue, du 3 octobre 2000, l'intéressée présente des douleurs thoraciques. Le bilan cardiologique ne révèle cependant pas de problème cardiaque.
3. Le 2 avril 2001, la Dresse B_____, rhumatologue, écrit au Dr C_____, médecin traitant, qu'elle a vu la patiente le 27 mars 2001 pour dorsalgies chroniques. Le traitement de physiothérapie avec approche classique (massages et mobilisation) avait bien amélioré la situation. Par la suite, elle a cependant mal supporté le traitement de rééducation posturale. Après entretien, il apparait que le problème principal réside dans une surcharge de travail familial et professionnel, avec un mari à la charge de l'assurance-invalidité qui ne peut guère l'aider.
4. Dans son rapport du 20 avril 2002 à la Dresse B_____, le Dr C_____ relève que la patiente souffre de douleurs se chronicisant et touchant principalement la nuque, la région des trapèzes et le thorax. Plus récemment, elle présente une extension douloureuse à tout le rachis dorsal. Il y a une résistance à tous les traitements tentés (antalgiques, infiltrations, myorelaxants). Les antidépresseurs tricycliques à visées antalgiques sont inefficaces ou mal tolérés (sommolence). Le traitement d'acupuncture a également été sans effet. Selon ce médecin, il y a indéniablement un état anxio-dépressif latent multifactoriel, à savoir un travail d'aide soignante impliquant le port de charges, une surcharge d'occupation à domicile avec les enfants, le ménage et un mari à la charge de l'assurance-invalidité pour un syndrome douloureux chronique difficile à gérer. La patiente a très peu d'espaces de loisir.
5. Dans son rapport du 12 juin 2002, la Dresse B_____ confirme que la patiente présente un syndrome douloureux chronique diffus avec probablement un état dépressif sous-jacent dans un contexte de surcharge familiale et professionnelle. Une échographie des épaules met en évidence une petite rupture partielle intra-tendineuse du sus-épineux à droite. Ce médecin a conseillé à la patiente des traitements de Dafalgan, une physiothérapie et des cours d'aquagym.
6. En janvier 2004, l'intéressée requiert des prestations de l'assurance-invalidité.
7. Dans son rapport du 11 juillet 2004, le Dr C_____ diagnostique un syndrome douloureux chronique avec importante contracture, tension musculaire

cervicale et dorsale, irradiant aux deux bras, ainsi qu'un état anxio-dépressif latent réactionnel depuis 2001. A titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, il mentionne une hypertension artérielle et une surcharge pondérale. La capacité de travail était de 50 % du 1^{er} septembre au 9 novembre 2003, puis nulle jusqu'au 28 mars 2004. Dès cette date, elle est de 50 % pour une durée indéterminée. L'état s'aggrave.

8. Le 1^{er} mars 2006, l'assurée est examinée par les Dr D _____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, et la Dresse E _____, psychiatre, médecins au Service médical régional pour la Suisse romande de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR). Dans leur rapport du 12 juin 2006, ces médecins ne retiennent aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail. Les diagnostics de syndrome douloureux généralisé sans substrat organique, de dorsalgies et cervicobrachialgies bilatérales dans le cadre de troubles statiques modérés et de discrets troubles dégénératifs du rachis avec séquelles de la maladie de Scheuermann, ainsi que d'obésité sont sans répercussion sur la capacité de travail. Partant, les médecins retiennent une capacité de travail totale dans l'activité actuelle et dans toute autre activité. Les mobilités cervicales et lombaires sont un peu diminuées, mais celles des articulations périphériques sont conservées. Il y a des douleurs à la palpation non seulement des divers points typiques de la fibromyalgie mais également de la masse musculaire des quatre membres (points de contrôle). Le diagnostic de fibromyalgie ne peut dès lors être retenu. En absence de véritable détresse, les médecins ne retiennent pas non plus le diagnostic de syndrome somatoforme persistant. Par ailleurs, de ce fait, les douleurs généralisées sans substrat organique ne peuvent conduire à une incapacité de travail. Les troubles statiques, les troubles dégénératifs et les séquelles de la maladie de Scheuermann sont trop modérés pour conduire à une incapacité de travail. Du point de vue psychiatrique, il est relevé que la collaboration est, par moments, discutable. L'assurée ne présente pas de traits prémorbides de la personnalité ni une autre comorbidité psychiatrique. Il n'y a pas de perte d'intégration sociale et l'éventuel profit tiré de la maladie peut être situé dans un contexte d'un mari rentier à 100 % pour des douleurs chroniques et possiblement un choix personnel de bénéficier de plus de temps libre. Les traitements conformes aux règles sont décrits comme soulageant momentanément les douleurs. Par ailleurs, les douleurs alléguées sont décrites comme intenses aux caractéristiques vagues et il n'y a pas de demande de soins. Du status psychiatrique, il ressort notamment que la thymie est triste, mais que l'image de soi est bonne sans anhédonie, sentiment de culpabilité, d'idée suicidaire et de fatigabilité objectivable. Selon l'anamnèse, l'enfance était sans particularité et l'assurée s'entend bien avec toute la famille. Après un accident, son mari est au bénéfice d'une rente entière d'invalidité depuis 1983 (recte 1993?), en raison de dorsalgies. L'entente du couple est bonne. L'assurée doit parfois s'occuper de son mari lorsqu'il est pris de blocages douloureux du dos. La famille se rend annuellement en vacances au Portugal en avion. L'assurée travaille toujours

à 50 % chez X_____ (après-midi). Elle assume seule les tâches du ménage. Elle apprécie les programmes de télévision et aime lire des romans portugais. Elle se rend en ville pour faire du « lèche-vitrines », mais sort relativement peu. Elle est entourée de nombreux amis et d'une partie de sa famille en Suisse. Le couple se promène également en voiture.

9. Le 18 juillet 2006, l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE (ci-après : OAI) informe l'assurée qu'il a l'intention de lui refuser le droit à une rente, sur la base de l'examen du SMR.
10. Par décision du 14 novembre 2006, l'OAI confirme ce projet de décision. Cette décision est adressée à l'assurée et non pas au mandataire qui s'était constitué pour la défense de ses intérêts le 31 août 2006.
11. Le 5 décembre 2006, le Dr C_____ demande une prolongation du délai de recours, estimant utile de procéder à une évaluation psychologique et rhumatologique. Le 11 décembre 2006, l'OAI lui fait savoir que le mandataire de l'assurée ne lui a pas apporté d'éléments permettant de revoir son projet de décision et qu'il ne lui appartient pas d'accorder un nouveau délai à l'assurée pour apporter de nouvelles informations, la procédure étant au stade du recours. L'OAI lui rappelle que l'assurée peut déposer directement son recours auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales (depuis le 1^{er} janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice).
12. Par courrier du 9 décembre 2006 à l'OAI, l'assurée lui communique que sa santé s'empire, ce qui a été confirmé par son médecin traitant, qui doit faire des examens complémentaires. Elle demande dès lors également de lui accorder un délai plus long pour faire recours.
13. Le 12 décembre 2006, l'OAI lui répond qu'elle ne peut pas lui accorder un délai supplémentaire pour demander une contre-expertise pluridisciplinaire. Toutefois, il était loisible à son mandataire de déposer un recours devant la juridiction compétente dans le délai légal.
14. Dans un rapport du 26 mars 2007, la Dresse F_____ du Service de rhumatologie des HUG diagnostique un syndrome douloureux chronique diffus de type fibromyalgie. La symptomatologie douloureuse est de caractère mécanique et exacerbée par l'activité professionnelle. Il n'y a aucun argument pour un rhumatisme inflammatoire hormis une sensation d'œdème des doigts matinale. Dans l'anamnèse, ce médecin relève une prise pondérale régulière, de fréquentes oppressions thoraciques atypiques, des douleurs abdominales quotidiennes, de fréquentes céphalées associées à des vertiges et des paresthésies des extrémités. Il y a aussi des troubles du sommeil. La mobilisation de toutes les articulations est indolore, sans limitation fonctionnelle ni déformation. La palpation des 18 points sur 18 de fibromyalgie est douloureuse. Les douleurs de la patiente s'inscrivent

dans le contexte d'un probable état dépressif caractérisé par des troubles du sommeil, une perte de l'élan vital, un sentiment de dévalorisation et une thymie triste. L'état dépressif semble actuellement s'aggraver malgré un suivi psychiatrique régulier et un traitement antidépresseurs depuis deux ans.

15. Le 21 mai 2007, la Dresse G _____, psychiatre, certifie avoir avec l'assurée un traitement psychothérapeutique régulier une fois par semaine depuis le 14 décembre 2006. La patiente présente un état dépressif majeur sévère avec aboulie, fatigue, troubles du sommeil dans un contexte de douleurs somatiques.
16. Le 3 juin 2007, le Dr C _____ demande à l'OAI s'il est possible de réévaluer la situation. Il relève que la patiente dit vivre intensément un état anxio-dépressif à composante notamment réactionnelle. Cet état et les troubles somatiques deviennent interdépendants. Elle a vécu la décision de refus de l'assurance-invalidité comme une disqualification de sa crédibilité, ce qui est délétère à tous les niveaux de fonctionnement et engendre une crainte pour l'avenir. Néanmoins, elle continue à travailler à 50 %. A l'appui de sa demande de réévaluation, le Dr C _____ joint le certificat du 21 mai 2007 de la Dresse G _____ et de la Dresse F _____ des HUG.
17. Par courrier du 18 juin 2008, le Dr C _____ demande à l'OAI de réévaluer la capacité de travail de sa patiente. Il relève qu'elle souffre de douleurs ostéoarticulaires très marquées, limitant sa capacité de travail à 50 % dans sa profession d'aide hospitalière. Néanmoins, elle tient à poursuivre son travail. Par ailleurs, la persistance de son état algique et les efforts continus générés par sa volonté de ne pas manquer son travail impliquent une sollicitation morale importante et engendrent une dysthymie marquée.
18. Par courrier du 30 juin 2008, l'OAI fait savoir au nouveau mandataire de l'assurée, en faisant référence à une demande de prestations du 23 juin 2008 qui ne figure pas dans le dossier, que l'assurée doit établir de manière plausible que l'invalidité ou l'impotence s'est modifiée de manière à influencer ses droits. Il lui impartit un délai pour faire parvenir les documents médicaux l'attestant.
19. Par courrier du 22 juillet 2008, l'assurée fait valoir, par l'intermédiaire de son conseil, que son état de santé s'est sensiblement aggravé, en se référant au courrier du 18 juin 2008 du Dr C _____. Elle joint par ailleurs un nouveau certificat médical du 10 juillet 2008 de la Dresse G _____.
20. Selon ce certificat médical précité de cette psychiatre, l'assurée présente un trouble dépressif récurrent sévère avec syndrome somatique, qui a une influence indéniable sur sa capacité de travail.

21. Dans un avis médical du 21 août 2008, le Dr H_____ du SMR estime qu'il n'y a pas d'éléments suffisants pour modifier les conclusions du rapport du 20 juin 2006 du SMR.
22. Le 26 août 2008, l'OAI fait savoir à l'assurée qu'il a l'intention de refuser d'entrer en matière sur sa nouvelle demande.
23. Par courrier du 1^{er} septembre 2008, l'assurée s'oppose à ce projet, par l'intermédiaire de son conseil. Elle l'invite à procéder à l'instruction de sa nouvelle demande en faisant valoir qu'un épisode dépressif majeur peut constituer une comorbidité importante au trouble somatoforme douloureux, de sorte que celui-ci revêt un caractère invalidant.
24. Par courrier du 3 septembre 2008, l'OAI fait savoir à l'assurée que son courrier n'apporte pas d'objection fondée.
25. Une IRM du pied gauche réalisée le 9 septembre 2008 met en évidence une tuméfaction et un signal hyper-intense hétérogène de l'aponévrose plantaire superficielle évoquant le diagnostic d'aponévrosite plantaire superficielle, et une tuméfaction ovalaire au niveau des espaces inter-capito-métatarsiens du deuxième et troisième évoquant le diagnostic de névrome de Morton. Par ailleurs, l'aspect remanié du ligament « en haie » peut être en relation avec une ancienne entorse de la sous-astragaliennne.
26. Par courrier du 23 septembre 2008 à l'OAI, l'assurée fait valoir que les médecins du SMR n'ont diagnostiqué aucun trouble psychiatrique, alors que la Dresse G_____ constate maintenant un trouble dépressif récurrent sévère avec syndrome somatique. Elle invite dès lors l'OAI à instruire sa nouvelle requête d'octroi de prestations.
27. Par décision du 6 octobre 2008, l'OAI confirme son projet de décision précité. Dans le cadre de la procédure de recours contre cette décision, l'OAI l'annule et accepte d'entrer en matière sur la demande, par décision du 4 décembre 2008. Partant, le Tribunal cantonal des assurances sociales constate (dès le 1^{er} décembre 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice), par arrêt du 14 janvier 2009, que la cause est devenue sans objet, et la raye du rôle.
28. Dans son rapport du 16 octobre 2008, la Dresse G_____ confirme son précédent diagnostic et relève ce qui suit :

« L'état dépressif se manifeste chez [l'assurée] par une fatigue et une fatigabilité, un désintérêt pour les activités auparavant bien investies, une inhibition généralisée, des sentiments de perte de l'estime de soi, d'un manque de confiance, de perte d'espoir, prise qu'elle est dans les douleurs physiques et qui limitent les mouvements au quotidien. Cette situation qui dure entraîne des angoisses précises

de ne pas ou de ne plus y arriver. [L'assurée] qui se décrit comme une femme auparavant dynamique, combative et active ne se reconnaît pas dans son état actuel, ce qui lui est douloureux. Elle présente également des troubles du sommeil sous forme de troubles de l'endormissement. Cet état a des répercussions sur la vie sociale qui se réduit de même que sur la capacité de travail qui est fortement diminuée, ce dont la patiente souffre beaucoup car elle aime son activité, source également de contacts avec d'autres.

[L'assurée] bénéficie d'un traitement médicamenteux antidépresseurs prescrit par son médecin traitant.

Le traitement qui se poursuit a permis de limiter la gravité de l'état dépressif et de le rendre moins uniformément sévère. »

29. Le 20 octobre 2008, le Dr C_____ fait savoir à l'OAI que les douleurs ostéo-articulaires se péjorent constamment. Il devient de plus en plus évident que le problème dépressif prévaut pour moduler négativement les douleurs. Il y a un cercle vicieux entre dépression et douleurs. A cela s'ajoute une hypertension artérielle nécessitant un traitement continu et une surcharge pondérale résistante, une épicondylite et des douleurs plantaires sur névrome de Morton.
30. Selon le rapport du 11 avril 2009 du Dr I_____ du Service des urgences des HUG, l'assurée a fait appel à une ambulance le 10 avril 2009. Elle était en train de préparer le repas, lorsqu'elle a senti la tête tourner, puis a eu un sentiment d'oppression thoracique avec dyspnée et des paresthésies dans les deux mains. A l'arrivée des ambulanciers, elle présente une tachypnée importante avec tétanie des mains. A l'examen clinique, une anxiété importante avec larmes aux yeux est constatée. Le diagnostic retenu est un trouble panique.
31. Dans son rapport du 17 mai 2009, le Dr C_____ certifie que l'état de santé de sa patiente s'est aggravé et qu'elle présente une importante dysthymie anxio-dépressive avec problème somatique marqué, en plus d'une épicondylite à gauche durable et de douleurs à la marche. L'état de santé s'est modifié progressivement, mais notablement les 6 à 8 derniers mois. Actuellement, elle est en arrêt de travail depuis le 7 mai 2009 pour l'épicondylite et le problème du morton du pied droit jusqu'au 25 mai 2009. A cela s'ajoute des douleurs thoraciques récemment investiguées. Le Dr C_____ estime que cette patiente courageuse est réellement et objectivement invalide en raison d'une problématique médicale complexe multifactorielle.
32. Le 24 septembre 2009, l'assurée est soumise à une expertise bidisciplinaire rhumatologique et psychiatrique par les Dr J_____, rhumatologue et interniste, et la Dresse K_____, psychiatre. Dans leur rapport du 3 décembre 2009, les experts retiennent le diagnostic, avec répercussion sur la capacité de travail, d'épisode dépressif moyen sans syndrome somatique, présent depuis fin

2006. Les diagnostics suivants n'ont pas de répercussion sur celle-ci : fibromyalgie présente depuis 2001, obésité morbide et hypertension artérielle essentielle. La capacité de travail est limitée à 50 % pour des raisons psychiques. Les limitations à ce niveau sont une anhédonie, la difficulté de se projeter dans le futur, la fatigabilité, la diminution des ressources psychiques, un certain retrait social et l'abaissement de la thymie. Sur le plan somatique, il est notamment relevé que l'assurée travaille toujours à 50 % comme nettoyeuse, se déplace sans problème et bouge lentement, mais sans difficulté. Du point de vue rhumatologique, la capacité de travail est entière, en tenant compte d'une baisse de rendement de 30 % liée à l'obésité morbide. Sur le plan psychiatrique, l'assurée présente une humeur dépressive à l'examen clinique, ainsi qu'une perte de l'intérêt ou du plaisir des activités habituellement agréables, une diminution du thymus vital et de la confiance en soi, un sentiment de culpabilité et des troubles du sommeil. Au vu du taux sérique bas et non thérapeutique de l'antidépresseur, ce médicament devrait être augmenté et son taux sérique contrôlé quinze jours plus tard. Cela peut traduire soit un métabolisme rapide, soit une compliance partielle. L'expert psychiatre ne retient pas le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant, la plainte essentielle de l'assurée n'étant pas du registre algique mais du registre dépressif. De l'anamnèse, il ressort notamment que son époux a subi un accident professionnel en 1991. Elle fait son ménage, aidée un peu par sa fille et, pour le repas, par son époux. Elle ne sort presque plus.

33. Dans son avis médical du 12 avril 2010, le Dr H _____ du SMR estime que la baisse de rendement de 30 % en lien avec l'obésité ne peut être retenue, cette affection n'ayant pas une répercussion durable sur la capacité de travail. Quant à l'affection psychiatrique, elle doit pouvoir s'améliorer par l'application d'un traitement psychotrope suffisant.
34. A la demande de l'OAI, le Dr C _____ invite la patiente à augmenter le dosage du médicament antidépresseur. Le 5 décembre 2010, le Dr C _____ informe l'OAI que, malgré que le fait que la patiente prend régulièrement le médicament, son taux sérique reste inférieur à la norme. Elle avait pris en 2008 un autre antidépresseur, puis a changé de médicament courant 2009, sans que l'état clinique se soit amélioré. Il en va de même avec le dernier médicament. De ce fait, le Dr C _____ estime que le traitement antidépresseur médicamenteux n'influence pas significativement les troubles dépressifs.
35. Dans son rapport du 11 janvier 2011, la Dresse G _____ atteste que l'état est resté stationnaire et que la capacité de travail de la patiente est de 50 %. La compliance est optimale et le traitement est bien investi. Il y a également une bonne concordance entre les plaintes et l'examen clinique.
36. Par courrier du 15 février 2011, l'assurée invite l'OAI à se prononcer sur le droit à une rente et à lui accorder au minimum un trois-quarts de rente.

37. Selon la note d'entretien du 21 février 2011 entre le Dr L_____ du SMR et le Dr C_____, il n'y a pas de doute, selon ce dernier médecin, sur la compliance de l'assurée. L'augmentation du dosage de l'antidépresseur n'a pas été suivie d'amélioration des taux sanguins. Selon un spécialiste en psychopharmacologie, il s'agit d'un problème de métabolisme rapide. En raison d'effets secondaires, le dosage du médicament a dû être réduit. Le Dr C_____ n'envisage pas de changer de médicament, les traitements antérieurs n'ayant pas eu plus d'effet que le traitement actuel.
38. Dans un rapport du 20 février 2011, le Dr C_____ atteste que l'état est stationnaire. Ses limitations sont les suivantes : importantes douleurs du rachis, notamment cervical et dans les épaules lors des efforts, avec signes de tendinopathies contractuelles musculaires, associées à des douleurs thoraciques itératives. Il y a aussi des récurrences d'épicondylites et des paresthésies des mains, très probablement secondaires à une récurrence de tunnel carpien. Persistance de douleurs intenses du pied gauche exacerbées à la marche, secondairement à un nodule de Morton. L'assurée souffre d'un état dépressif réactionnel durable en raison des atteintes somatiques et de l'inquiétude notable au sujet de son mari qui est malade. L'augmentation de la dose du traitement antidépresseur n'a pas changé la thymie ni normalisé le test sanguin, mais a eu de nombreux effets secondaires tels qu'une exacerbation de l'asthénie et des nausées. La compliance a toujours été bonne. L'hypothèse la plus probable est celle d'une patiente « fast metabolizer », soit qui métabolise le médicament plus rapidement que la norme, selon le pharmacologue du laboratoire. Une erreur technique a été écartée et il se peut aussi qu'il n'y ait simplement pas d'explication à cet état de fait. La surcharge pondérale est aussi un élément déterminant et aggravant les troubles ostéo-articulaires, notamment l'atteinte du pied gauche. La patiente souffre aussi de gonalgies occasionnelles, mais pas très gênantes. Diverses approches ont été discutées pour le problème de poids, mais il est difficile à résoudre tant que le cercle vicieux de la dépression est présent. Il pourrait être certainement amoindri par une reconnaissance officielle des troubles et de son incapacité de travail à 50 %. Par ailleurs, la patiente peut bénéficier actuellement d'aucune protection en cas de perte de gain, ce qui l'empêche d'investiguer et de traiter la récurrence de tunnel carpien et de se faire opérer au pied gauche.
39. Le 20 mai 2011, l'assurée est soumise à une expertise psychiatrique par la Dresse K_____. Dans son rapport du 28 mai 2011, l'experte ne retient sur le plan psychique aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail. Les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme et d'épisode dépressif léger sans syndrome somatique, dès l'été 2010, sont sans répercussion sur la capacité de travail. Celle-ci est par conséquent totale. A l'examen clinique, l'assurée présente toutefois une humeur dépressive, une perte de l'intérêt et du plaisir dans des activités habituellement agréables, une réduction de l'énergie vitale et une difficulté à se projeter dans l'avenir. Par rapport à l'examen effectué en septembre 2009,

l'experte ne constate plus de diminution de la confiance en soi, ni de sentiment de culpabilité. En 2009, les éléments dépressifs étaient au premier plan, alors que, lors du nouvel examen, l'assurée se plaint essentiellement de douleurs diffuses. L'évocation de douleurs diffuses et persistantes associées à un état de détresse émotionnelle et à des conflits psychosociaux amènent l'experte à retenir le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant, lequel n'est cependant pas accompagné d'une comorbidité psychiatrique d'acuité intense. La sociabilité est conservée avec la famille proche et les collègues professionnels. L'expertisée se rend annuellement en avion dans son pays d'origine pour les vacances et dit se sentir mieux dans son pays. Chaque dimanche, elle se rend avec ses enfants à la messe. Par ailleurs, selon l'experte, l'assurée était nettement plus tonique qu'en septembre 2009 et montre une certaine revendication à l'encontre de l'assurance-invalidité. Au vu de l'évolution et des plaintes, l'experte estime en outre qu'il y a un état psychique cristallisé. Les divers traitements ont permis de passer d'un épisode dépressif moyen à épisode dépressif léger. Le fonctionnement au quotidien lui fait dire que l'assurée dispose de certaines ressources lui permettant de surmonter les algies. Elle estime ainsi que « Le syndrome douloureux somatoforme persistant et l'épisode dépressif léger n'entraînent pas de limitation et ne sont par conséquent pas incapacitants ». Son pronostic est toutefois sombre quant à la reprise d'une activité professionnelle à 100 %, pour les raisons extra-médicales.

40. Le 30 juin 2011, l'assurée demande à l'OAI, par l'intermédiaire de son mandataire, de lui faire parvenir le rapport d'expertise, tout en précisant que la consultation n'a pas duré plus de 40 minutes.
41. A la demande de l'OAI, Dresse K_____ complète son expertise le 9 août 2011. Elle précise que l'épisode dépressif moyen, sans syndrome somatique, constaté en septembre 2009, doit être assimilé à un état psychique accompagnant la fibromyalgie et non pas à une comorbidité psychiatrique grave. L'assurée ne souffre pas d'un autre trouble psychique. Il n'y a pas de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie. L'état psychique n'est pas cristallisé, puisque l'épisode dépressif moyen a évolué vers un épisode dépressif léger sans syndrome somatique. Il n'y a donc pas d'échec des traitements. Par ailleurs, le taux sérique de Duloxétine était en septembre 2009 de 3,88 ng/ml et en mai 2011 de 15 ng/ml avec la même dose de Duloxétine, ce qui traduit une meilleure compliance et peut expliquer l'amélioration de la thymie. L'experte explique par ailleurs pourquoi elle a retenu en mai 2011 seulement un épisode dépressif léger sans syndrome somatique. Elle situe cette amélioration à juillet 2010, l'assurée indiquant s'être rendue en vacances auprès de sa famille au Portugal, ce qui lui a été bénéfique. Elle s'intéresse en outre à ce qui se passe dans le monde (téléjournal) et lit plusieurs fois par semaine le journal « 20 Minutes ». Ces éléments n'étaient pas signalés en septembre 2009.

-
42. Le 31 août 2011, la Dresse G _____ adresse à l'OAI quelques commentaires concernant l'expertise psychiatrique. Elle relève qu'elle a diagnostiqué depuis 2008 un trouble dépressif récurrent sévère et, depuis août 2010, des fluctuations de l'intensité de l'état dépressif. Ces diagnostics correspondent aux symptômes relevés par l'experte, à savoir dépression, tristesse, découragement, perte de l'intérêt ou du plaisir à des activités habituellement agréables, absence de libido, diminution de l'énergie vitale avec ponctuellement des idées noires et idées passives de mort, anxiété avec un seuil anxiogène en partie abaissé, une vision négative des perspectives d'avenir, des troubles du sommeil et une sociabilité réduite. L'experte a également mis en avant un appauvrissement affectif, une pauvre capacité de mentalisation, des mécanismes de défense de l'ordre du clivage, du déni et de la répression. La Dresse G _____ constate par ailleurs un ralentissement psychomoteur en début de traitement, la diminution très marquée de la libido, un manque de réactivité émotionnelle à des événements habituellement agréables, de diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi par moments. L'anxiété avec un seuil anxiogène en partie abaissé est en lien avec l'oppression thoracique. La dépression se manifeste en l'occurrence par beaucoup de symptômes négatifs, soit des effacements sournois de fonctionnements antérieurs. Certes, l'assurée a du plaisir d'aller au Portugal, mais là-bas elle garde le même rythme, comme l'experte l'a également relevé. Quant à la fréquentation de l'église, elle est rare depuis plus d'une année. Il semble s'agir de l'aggravation d'une dépression latente, masquée, évoluant à bas bruit, mais préexistant probablement, selon les éléments d'anamnèse. Quant à la différence de son évaluation avec celle de l'experte, elle semble tenir au « besoin d'étayage extérieur nécessaire » à l'assurée. Par ailleurs, la plainte centrale de celle-ci ne semble pas être la douleur physique. Passé la première minute d'entretien, celle-ci n'est plus vraiment une préoccupation dans la relation. Elle pourrait correspondre à une entrée en matière avec un médecin. La Dresse G _____ maintient ainsi que sa patiente souffre d'une affection psychiatrique impliquant une atteinte durablement incapacitante.
43. Par courrier du 7 septembre 2011, l'assurée, par l'intermédiaire de son mandataire, met en cause la valeur probante de l'expertise psychiatrique, lui reprochant la courte durée de l'entretien. Celui-ci a par ailleurs débuté à 9 heures et non pas à 8 heures 25 comme cela est indiqué sur une formule pré-imprimée. Durant ce bref entretien, il était impossible de procéder à une étude circonstanciée du cas et de prendre connaissance de l'anamnèse complète. Le rapport d'expertise comporte en outre de nombreuses erreurs et omissions. En premier lieu, l'assurée relève que son taux d'activité aux HUG est de 100 %, mais qu'elle ne travaille qu'à 50 % du fait de son incapacité de travail dûment constatée. Elle n'a jamais assisté aux matchs de football de son fils ni à ses entraînements, comme relevé dans l'expertise. Elle est certes catholique, mais n'est plus pratiquante depuis de nombreuses années, de sorte qu'il est totalement erroné d'indiquer qu'elle se rend à la messe chaque dimanche. Le traitement médicamenteux prescrit est également mal rapporté dans l'expertise.

L'assurée conteste aussi avoir indiqué que son moral, sur une échelle de 0 à 10, serait entre 4 et 5. Elle doit faire souvent face à des attaques de panique, alors que cela est expressément nié dans le rapport d'expertise. Elle n'a jamais non plus indiqué que l'intensité de ses douleurs serait de 2 à 3 sur une échelle de 10. Celles-ci sont bien plus importantes, entre 5 et 7. Elle ne s'est en outre pas présentée à l'avance à l'expertise. On ignore sur quoi se base l'experte lorsqu'elle prétend que l'assurée ne présenterait plus de diminution de confiance en soi ni de sentiment de culpabilité. Cela étant, l'assurée invite l'OAI à lui reconnaître une incapacité de travail.

44. Dans son avis médical du 18 octobre 2011, le SMR relève que le syndrome douloureux généralisé sans substrat organique a débuté de nombreuses années avant l'apparition de tout élément dépressif et qu'il n'y a aucun antécédent psychiatrique. Le médecin traitant lui-même a précisé qu'il s'agissait d'un état anxio-dépressif réactionnel. Cela est également objectivé dans le cadre de l'expertise. Quant à la psychiatre traitante, elle n'a pas mentionné dans son rapport le descriptif objectif clinique, après application du traitement adéquat exigible. Elle n'a pas non plus indiqué le syndrome douloureux généralisé sans substrat organique, ni le traitement adéquat réduisant le dommage de l'affection, ni les éléments permettant d'apprécier les critères de sévérité de la jurisprudence en vigueur. Le médecin du SMR conclut que l'assurée ne présente aucune affection qui justifie une incapacité de travail durable.
45. Le 15 novembre 2011, l'OAI informe l'assurée qu'il a l'intention de lui refuser les prestations d'invalidité.
46. Le 7 décembre 2011, l'assurée s'oppose à ce projet, par l'intermédiaire de son mandataire. Elle reproche au médecin du SMR d'avoir omis d'expliquer en quoi l'avis circonstancié de la Dresse G_____ ne peut pas être retenu. L'assurée conclut dès lors à ce qu'une incapacité de gain d'au moins 50 % soit constatée.
47. Par décision du 6 janvier 2012, l'OAI confirme le projet de décision précité.
48. Par acte posté le 5 février 2012, l'assurée recourt contre cette décision, par l'intermédiaire de son conseil, en concluant à son annulation et à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité dès le 26 juin 2008 sous suite de dépens. Elle répète que l'expertise psychiatrique de 2011 n'a pas de valeur probante. En 2009, les experts avaient relevé un épisode dépressif moyen sans syndrome somatique engendrant une incapacité de travail de 50 %. Par ailleurs, le trouble dépressif doit être considéré comme une comorbidité importante, de sorte qu'il y a lieu de reconnaître un trouble somatoforme douloureux à caractère invalidant.
49. Dans sa détermination du 6 mars 2012, l'OAI conclut au rejet du recours. Il estime que les expertises mises en œuvre remplissent toutes les conditions pour leur reconnaître une pleine valeur probante. La durée de l'examen clinique ne saurait

remettre en question la valeur du travail de l'expert dont le rôle consiste notamment à se faire une idée sur l'état de santé d'un assuré dans un délai relativement bref. Par ailleurs, le syndrome douloureux somatoforme persistant ne remplit en l'espèce pas les critères jurisprudentiels pour lui reconnaître un caractère invalidant. Il n'y a notamment pas une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée suffisamment importante pour admettre qu'un effort de volonté en vue de surmonter la douleur et de réintégrer un processus de travail n'est pas exigible. S'agissant des troubles dépressifs, ils ne constituent en principe pas une comorbidité psychiatrique grave et durable à un trouble somatoforme douloureux, dans la mesure où ils ne sont en général qu'une manifestation réactive ne devant pas faire l'objet d'un diagnostic séparé. En l'occurrence, les éléments concordants au dossier font apparaître que le trouble dépressif est apparu après le syndrome douloureux chronique. A cela s'ajoute que la recourante ne subit pas de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie. Elle ne présente pas d'affections corporelles chroniques. S'agissant de l'épisode dépressif, les traitements n'ont pas tous échoué, dès lors qu'il y a une évolution positive entre septembre 2009 et juillet 2010. Au vu du fonctionnement quotidien de la recourante, relevé par l'experte, cette première dispose aussi de certaines ressources lui permettant de surmonter les algies.

50. Entendue le 16 mai 2012 en tant que témoin, la Dresse G_____ déclare ce qui suit:

"Je suis Mme M_____ depuis fin 2006 et la vois une fois par semaine depuis 2007.

Concernant l'expertise psychiatrique, je m'étonne que l'experte n'ait pas jugé utile de prendre des renseignements au sujet de ma patiente auprès de moi. Par ailleurs, je confirme mon rapport du 31 août 2011 concernant mes commentaires au sujet de cette expertise.

Je suis Mme M_____ pour la psychothérapie et le Dr AA_____ s'occupe du traitement médicamenteux.

Quant aux causes de l'état dépressif, je relève une sensibilité à la séparation importante et, à titre de circonstances adverses de la vie, la fermeture de l'hôtel où elle travaillait après son arrivée en Suisse. Il s'agissait de son premier emploi et la perte de celui-ci a représenté un petit choc. Il y a aussi l'accident de son mari qui a modifié la vie de couple et engendré un surcroît de travail, dans la mesure où son mari ne peut pas beaucoup l'aider. Or, Mme M_____ aime le ménage bien fait. Ses enfants semblent toutefois se débrouiller bien.

Je suppose que Mme M_____ a dû souffrir déjà précédemment d'états dépressifs qui sont passés inaperçus. Par ailleurs, le Dr AA_____ lui a prescrit rapidement en 2001 des antidépresseurs.

Je relève par ailleurs que Mme M_____ a essayé plusieurs antidépresseurs différents, également à des dosages différents. Suite à l'expertise, le dosage de Cymbalta a été augmenté à 90 mg, ce qui a eu pour conséquence une augmentation des effets secondaires. Je relève par ailleurs que les valeurs du médicament au laboratoire avaient été mal interprétées par l'experte, car le dosage se situait à un taux thérapeutique. En raison des effets secondaires, le médicament a été baissé à 30 mg. Aujourd'hui, Mme M_____ prend 60 mg, ce qui correspond à un trouble dépressif majeur.

Je souligne également que ce ne sont pas les douleurs qui sont au premier plan, dans nos séances de psychothérapie, mais les troubles dépressifs.

Je ne comprends pas comment la Dresse K_____ a pu arriver, dans sa seconde expertise, à la conclusion que Mme M_____ ne souffrait que d'un trouble dépressif d'intensité légère. Je partage ses constatations cliniques. Cependant, celles-ci correspondent à mon avis aux critères d'un épisode dépressif d'une intensité au moins moyenne. Je n'ai pas non plus compris en quoi l'état psychique de Mme M_____ aurait changé entre la première et la seconde expertise. Certes, l'experte relève une absence de culpabilité et de perte d'estime de soi, ainsi qu'une attitude revendicatrice à l'égard de l'AI. Cependant, cela me paraît insuffisant pour conclure à une dépression d'intensité légère.

Depuis 2009, je ne constate aucune amélioration significative. Certes, il y a des fluctuations de l'état dépressif, mais elles restent dans une fourchette d'une intensité moyenne. Il n'y a pas un jour où Mme M_____ va bien. Par ailleurs, après son travail, elle est physiquement et psychiquement épuisée.

Quant aux causes de la dépression, j'ajouterai que Mme M_____ est très exigeante avec elle-même sur le plan du travail, de la famille et du ménage. Le fait d'être diminuée, notamment en raison de son épuisement, augmente l'état dépressif et ses sentiments de culpabilité."

51. Quant à la recourante, elle fait la déclaration suivante à cette audience:

"En 1991, mon mari s'est blessé au dos, en tombant dans les escaliers. Par la suite, il a été par moments passablement handicapé, de sorte que j'ai dû l'aider pour s'habiller et pour marcher, tout en travaillant à plein temps avec un enfant, puis deux enfants, à charge. Mon mari n'arrive pas beaucoup à m'aider, car il ne peut se baisser que difficilement et doit faire très attention à ses mouvements.

Déjà avant 2000, j'étais par moments triste depuis l'accident de mon mari. L'état dépressif s'est ensuite de plus en plus aggravé."

52. Par ordonnance du 28 juin 2012, la Cour de céans met en œuvre une expertise médicale judiciaire et la confie au Dr AB_____, psychiatre.

53. Dans son rapport du 5 octobre 2012, l'expert diagnostique un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique et un trouble somatoforme indifférencié. A la question de savoir si le trouble dépressif est réactionnel au trouble somatoforme douloureux persistant, l'expert répond ce qui suit :

"Les épisodes dépressifs quel que soit leur degré de sévérité, sont souvent déclenchés par des évènements stressants. Le faible équipement intellectuel et le fond de personnalité narcissique de l'expertisée peuvent être considérés comme facteurs prédisposant. Comme facteurs déclenchant on peut citer la douleur chronique, l'accident de travail du mari avec ses conséquences socio-économiques et les conséquences de l'immigration. Le trouble dépressif de [la recourante] a évolué vers un trouble dépressif récurrent actuellement indépendant du trouble somatoforme douloureux. Les deux troubles restent toutefois très liés et s'influencent mutuellement."

Quant aux limitations, l'anxiété, la fatigabilité, les douleurs et la perte de perspectives dans l'avenir réduisent considérablement la capacité de travail, selon l'expert. Sur le plan social, la longue période d'inoccupation professionnelle du mari et la désintégration sociale de ce dernier influencent aussi la capacité de travail. Celle-ci est de 50% dans une activité adaptée depuis 2009. Quant à l'évolution de l'état de santé psychique depuis l'expertise de la Dresse K_____, l'expert expose que la recourante souffre d'un trouble dépressif récurrent qui évolue en dents de scie. Ce trouble est donc caractérisé par la survenue répétée d'épisodes dépressifs moyens à sévères avec de courts moments de remissions partielles. Il estime par ailleurs que les constatations cliniques de cette experte sont compatibles avec un état dépressif moyen selon les critères de la classification internationale ICD-10. Quant aux occupations quotidiennes de la recourante, l'expert indique qu'elle se lève entre 10h30 et 11h30, toujours fatiguée. Elle prépare le repas de midi et s'occupe de la lessive et de la vaisselle, quand elle va mieux. Entre 13h30 et 17h30, elle travaille chez X_____. A son retour, elle ne sort plus. La recourante se dit en outre compliant, ce qui est confirmé par ses médecins et les analyses. L'expert considère toutefois que le plus important est la compliance au suivi psychothérapeutique que la recourante a bien investie à raison d'une fois par semaine depuis des années.

54. Le 22 octobre 2012, le Dr N. AC_____ du SMR se détermine sur l'expertise judiciaire. Concernant le diagnostic de trouble dépressif récurrent de l'expert judiciaire, il relève qu'il n'a pas été décrit de guérison du trouble dépressif entre les divers épisodes présumés. Quant à la Dresse K_____, elle ne retenait pas ce diagnostic, mais un seul épisode dépressif évoluant depuis 2006. De l'avis du médecin du SMR, l'expert judiciaire n'amène ainsi aucun argument en faveur du diagnostic de trouble dépressif récurrent. Concernant la question de savoir si le trouble dépressif constitue une comorbidité indépendante du trouble somatoforme

douloureux, le Dr AC_____ met en exergue que, selon l'anamnèse, les troubles dépressifs incapacitants sont survenus en 2006, à la suite du refus des prestations de l'assurance-invalidité. Or, des plaintes douloureuses sont décrites progressivement depuis 2000. Par conséquent, l'épisode dépressif est survenu dans les suites du syndrome douloureux, principalement dès 2006. Le médecin du SMR rappelle par ailleurs que le mari de la recourante n'a plus d'activité professionnelle depuis 1991, que les enfants sont nés en 1991 et 1997, et que la recourante travaille pour X_____ depuis 1992. Il estime que les troubles dont la recourante est affectée sont ainsi probablement provoqués par une surcharge de travail de celle-ci. Concernant l'évaluation de l'intensité de l'épisode dépressif par la Dresse K_____ en mai 2011, le Dr AC_____ constate qu'il n'y a effectivement qu'un seul symptôme de différence par rapport à la précédente évaluation. S'agissant du fonctionnement quotidien de la recourante, il juge la description des activités quotidiennes par l'expert judiciaire trop peu détaillée. Il met en outre en cause la compliance de la recourante.

55. Dans son écriture du 30 octobre 2012, l'intimé dénie à l'expertise judiciaire une valeur probante, estimant que celle-ci comporte des lacunes et contradictions, s'agissant tant des diagnostics retenus que les des conclusions relatives à la capacité de travail. Elle ne contient en outre aucun résumé du dossier, en particulier un historique du dossier médical. L'intimé juge contradictoire que l'expert judiciaire qualifie, d'une part, le trouble dépressif récurrent actuellement indépendant du trouble somatoforme douloureux et, d'autre part, indique que les deux troubles restent très liés et s'influencent mutuellement. Ainsi, selon l'intimé, il n'y a pas de comorbidité indépendante au trouble somatoforme douloureux. Le trouble dépressif est en outre postérieur aux douleurs et étroitement lié à celles-ci. En ce que l'expert judiciaire a motivé les limitations fonctionnelles, entre autres, par des douleurs et la perte de perspectives de l'avenir, il ne s'agit pas de limitations fonctionnelles. Pour justifier l'incapacité de travail, l'expert se réfère également à des motifs ne relevant pas de l'assurance-invalidité, comme la longue période d'inoccupation du mari et la désintégration sociale de ce dernier. Concernant l'évolution de l'état de santé de la recourante depuis l'expertise de la Dresse K_____, l'expert judiciaire s'est contenté d'indiquer : "50 % depuis 2009", ce qui est insuffisant pour mettre en évidence une modification de l'état de santé par rapport à l'expertise précitée. Cela étant, l'intimé persiste dans ses conclusions.

56. Dans sa détermination du 30 octobre 2012, la recourante maintient également ses conclusions. Elle relève que la Dresse G_____ diagnostiquait en décembre 2010 un trouble dépressif récurrent sévère, entraînant un taux d'incapacité de travail de 50 %. Dans son second rapport, rendu en avril 2011, ses conclusions divergeaient largement de sa première expertise. Or, selon la Dresse G_____, il n'y a eu aucune amélioration significative depuis 2009 et ce dernier médecin ne comprenait pas comment la Dresse K_____ a pu conclure que sa patiente ne souffrait que d'un trouble dépressif d'intensité légère.

L'expert judiciaire a à cet égard constaté que l'état dépressif récurrent est actuellement indépendant du trouble somatoforme douloureux et que, de ce fait, sa capacité de travail n'est que de 50 % dans une activité légère depuis 2009.

57. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20).

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

2. Interjeté dans les délai et forme prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 LPGA).

3. Est litigieuse en l'occurrence la question de savoir si la recourante présente, au sens de la loi et de la jurisprudence, un taux d'invalidité lui ouvrant le droit à une rente.

4. L'art. 17 al. 1er LPGA dispose que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Il convient ici de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le 1^{er} janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5).

Quant au point de départ temporel pour l'examen des modifications du degré d'invalidité lors d'une révision de la rente, le Tribunal fédéral des assurances a jugé, en changeant sa jurisprudence antérieure, qu'il convient de comparer l'état de santé avec celui tel qu'il se présentait lors de la dernière décision entrée en force, pour autant que celle-ci repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus (ATF 133 V 108 page 110 ss consid. 5).

5. Aux termes de l'art. 8 al. 1^{er} LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 7 LPGA, 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 ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation

exigibles (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI).

6. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un 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.
7. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165; ATFA non publié I 786/04 du 19 janvier 2006, consid. 3.1).

Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. A cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. 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 127 V 294, consid. 4c, ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen), l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références; ATFA non publié I 237/04 du 30 novembre 2004, consid. 4.2)

8. 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 *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396, consid. 5.3). 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 (ATF 131 V 49, consid. 1.2). Une expertise psychiatrique est, en principe, nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que les troubles somatoformes douloureux sont susceptibles d'entraîner (ATF 130 V 352, consid. 2.2.2 et 5.3.2). Une telle appréciation psychiatrique n'est toutefois pas indispensable lorsque le dossier médical comprend suffisamment de renseignements pour exclure l'existence d'une composante psychique aux douleurs qui revêtirait une importance déterminante au regard de la limitation de la capacité de travail.

Les principes jurisprudentiels développés en matière de troubles somatoformes douloureux sont également applicables à la fibromyalgie (ATF 132 V 65, consid. 4.1).

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. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée (ATFA non publié I 1093/06 du 3 décembre 2007, consid. 3.2). Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur (ATF 132 V 65, consid. 4.2.2; ATFA non publié 9C_267/2009). Notre Haute Cour a cependant également jugé que 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 (ATFA non publié I 497/04 du 12 septembre 2005, consid. 5.1).

Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents, un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée. En présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé 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) (ATF 130 V 352, consid. 2.2.3). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les

constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (ATFA non publié I 590/05 du 27 février 2007, consid. 3.1).

A l'inverse, 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 (ATF 131 V 49, consid. 1.2).

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 Tribunal fédéral, 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 352 consid. 3.3.1 p. 358; ATFA non publié I 497/04 du 12 septembre 2005, consid. 5.1).

9. a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement 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, à ce motif, 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 et les références).

b) 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. A cet égard, il importe 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 (ATF 125 V 351, consid. 3).

c) Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351, consid. 3b/bb).

Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, 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, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise 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 351, consid. 3b/aa et les références).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351, consid. cc).

d) Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353, consid. 5b, ATF 125 V 193, consid. 2). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319, consid. 5a).

10. En l'espèce, l'expert judiciaire a posé le diagnostic d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique, et de troubles somatoformes

indifférenciés. Toutefois, comme relevé ci-dessus, le trouble dépressif ne peut en principe constituer un diagnostic séparé du trouble somatoforme douloureux, s'agissant d'une manifestation réactive à ce dernier trouble. Les états dépressifs ne constituent donc généralement pas une comorbidité psychiatrique grave et durable à ce trouble, selon la jurisprudence. Ainsi, il convient en premier lieu de déterminer s'il se justifie néanmoins d'admettre que l'état dépressif diagnostiqué est indépendant du trouble somatoforme douloureux.

En l'occurrence, en tant que facteur de stress, il ressort du dossier que le mari de la recourante a subi un accident invalidant en 1991. Dans la même année, est né en décembre son premier enfant. En 1997, elle a accouché du second enfant. Par ailleurs, elle travaillait depuis novembre 1992 aux HUG à 100 %. En octobre 2000, le Dr A_____ relève que la recourante présente des douleurs thoraciques, alors même que le bilan cardiologique ne révèle pas de problème cardiaque. La Dresse B_____ fait état, en avril 2001, de dorsalgies chroniques, tout en précisant que le problème principal semble résider dans une surcharge de travail familiale et professionnelle, avec un mari à la charge de l'assurance-invalidité qui ne peut l'aider. Le 20 avril 2002, le Dr C_____ constate que la recourante souffre de douleurs se chronicisant et touchant principalement la nuque, la région des trapèzes et le thorax, ainsi que tout le rachis dorsal. Ces douleurs sont résistantes à tous les traitements tentés. Les antidépresseurs tricycliques à visées antalgiques sont inefficaces ou mal tolérés. Selon ce médecin, il y a un état anxio-dépressif latent dû à un travail d'aide-soignante impliquant le port de charges, une surcharge d'occupation à domicile avec des enfants, le ménage et un mari à la charge de l'assurance-invalidité. Le 12 juin 2002, la Dresse B_____ émet le diagnostic de syndrome douloureux chronique diffus avec probablement un état dépressif sous-jacent dans un contexte de surcharge familiale et professionnelle. Elle met également en évidence une petite rupture partielle intra-tendineuse du sus-épineux de l'épaule droite. Le diagnostic de syndrome douloureux chronique est confirmé par le Dr C_____ dans son rapport du 11 juillet 2004. En mars 2006, les médecins du SMR retiennent, après examen bidisciplinaire, un diagnostic de syndrome douloureux généralisé sans substrat organique, de dorsalgies et cervico-brachialgies bilatérales dans le cadre de troubles statiques modérés et de discrets troubles dégénératifs du rachis avec séquelles de la maladie de Scheuermann, ainsi que d'obésité. Ces diagnostics sont sans répercussion sur la capacité de travail. En l'absence de véritable détresse, le diagnostic de syndrome somatoforme douloureux persistant n'est pas retenu. Les médecins du SMR constatent en outre que les critères jurisprudentiels pour reconnaître un caractère invalidant au trouble somatoforme douloureux ne sont pas réalisés. En mars 2007, la Dresse F_____ diagnostique un trouble douloureux chronique diffus de type fibromyalgie, exacerbé par l'activité professionnelle. Les douleurs de la patiente s'inscrivent dans le contexte d'un probable état dépressif. L'état dépressif semble s'aggraver malgré un suivi psychiatrique régulier et un traitement

antidépresseur depuis deux ans. La Dresse G_____ diagnostique le 21 mai un état dépressif majeur sévère dans un contexte de douleurs somatiques. Elle suit la patiente depuis le 14 décembre 2006, à raison d'une fois par semaine. Le Dr C_____ fait état, le 3 juin 2007, d'un état anxio-dépressif à composante notamment réactionnelle. Cet état et les troubles somatiques sont interdépendants. Le 18 juin 2008, ce médecin relève des douleurs ostéo-articulaires très marquées limitant la capacité de travail à 50 % et engendrant une dysthymie marquée. Dans un rapport du 16 octobre 2008, la Dresse G_____ mentionne que la recourante est prise dans les douleurs physiques qui limitent les mouvements au quotidien. Cette situation entraîne l'anxiété de ne pas ou de ne plus y arriver et un état dépressif. Le 20 octobre 2008, le Dr C_____ indique que les douleurs ostéo-articulaires se péjorent constamment et qu'il y a un cercle vicieux entre dépression et douleurs. Le problème dépressif prévaut pour moduler négativement les douleurs. Le 11 avril 2009, la recourante présente un épisode de trouble panique. Lors de l'expertise du 24 septembre 2009, les médecins diagnostiquent notamment, avec répercussion sur la capacité de travail, un épisode dépressif moyen sans syndrome somatique présent depuis fin 2006. Le diagnostic de fibromyalgie, présente depuis 2001, n'a pas de répercussion de la capacité de travail. La capacité de travail est limitée à 50% pour des raisons psychiques. Par ailleurs, l'experte psychiatre ne retient pas le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant, la plainte essentielle de l'assurée n'étant pas du registre algique, mais du registre dépressif. D'un point de vue rhumatologique, le rendement est diminué de 30% en raison d'une obésité morbide. Dans une seconde expertise psychiatrique en mai 2011, la Dresse K_____ n'émet plus qu'un trouble dépressif léger qui n'entraîne pas de limitations et n'est pas incapacitant. En 2009, les éléments dépressifs étaient au premier plan. Lors du nouvel examen, la recourante se plaint essentiellement de douleurs diffuses. Cette experte retient par ailleurs le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant, en raison de l'évocation de douleurs diffuses et persistantes associées à un état de détresse émotionnelle et à des conflits psychosociaux. Toutefois, les critères jurisprudentiels ne sont pas réalisés pour reconnaître un caractère invalidant à cette atteinte. Le 9 août 2011, la Dresse K_____ précise que l'épisode dépressif moyen retenu en septembre 2009 doit être assimilé à un état psychique accompagnant la fibromyalgie et non pas une comorbidité psychiatrique grave. L'état psychique n'est par ailleurs pas cristallisé, l'épisode dépressif moyen ayant évolué d'un épisode dépressif léger sans syndrome somatique. La Dresse G_____ relève le 31 août 2012 notamment que le problème central n'est plus la douleur physique. Elle conteste en outre une amélioration du trouble dépressif. Elle confirme pour l'essentiel son rapport lors de son audition du 16 mai 2012. Quant à l'expert judiciaire, interrogé sur la question de savoir si le trouble dépressif est réactionnel au trouble somatoforme douloureux persistant, il cite en premier lieu la douleur chronique à titre de facteur déclenchant un épisode dépressif, puis l'accident de travail du mari de la recourante avec ses conséquences socio-économiques, et les

conséquences de l'immigration. Néanmoins, sans donner d'autres explications, il estime que le trouble dépressif est actuellement indépendant du trouble somatoforme douloureux, même si ces deux troubles restent toujours très liés et s'influencent mutuellement.

Sur la base de l'anamnèse, il ressort très clairement que la recourante était en premier lieu affectée d'une symptomatologie douloureuse sans substrat organique qui a été par la suite qualifiée de fibromyalgie. Ce n'est qu'à partir de 2006 qu'un trouble dépressif s'est greffé sur la symptomatologie douloureuse. A part les douleurs, il n'y avait par ailleurs aucun facteur qui aurait pu expliquer que la recourante développe un état dépressif à ce moment, si ce n'est que la décision négative du 14 novembre 2006 de l'intimé qui était précédée par son projet de décision du 18 juillet 2006. Il n'y a pas non plus de données médicales concernant des états dépressifs antérieurs à 2000, année dans laquelle, pour la première fois, la recourante s'était plainte de douleurs thoraciques sans substrat organique. Certes, la Dresse G_____, il ne s'agit que d'une possibilité, ce qui est insuffisant pour pouvoir retenir un fait au degré de la vraisemblance prépondérante. Il est à relever aussi que l'anamnèse ne révèle aucun traumatisme ou autre événement de la vie adverse pouvant expliquer le développement d'un état dépressif de la recourante, si ce n'est la surcharge qu'elle a rencontrée en 1991, lorsque son mari a subi un accident invalidant, peu avant la naissance de son premier enfant. Par ailleurs, dans un premier temps, les médecins ont tous fait état d'une surcharge de travail familiale et professionnelle.

Au vu de ce qui précède, il ne peut être retenu, au degré de la vraisemblance prépondérante, que le trouble dépressif dont est affecté la recourante est indépendant du trouble somatoforme douloureux.

11. En ce qui concerne les critères jurisprudentiels pour reconnaître un caractère invalidant à ce dernier trouble, ils ne sont pas tous réalisés. En effet, à part l'état dépressif, il n'y a aucune autre comorbidité psychiatrique. Il est à relever également que, selon l'avis de la Dresse K_____, dans son complément d'expertise du 9 août 2011, l'état dépressif de gravité moyenne constaté en septembre 2009 ne constitue pas une comorbidité grave au trouble somatoforme douloureux. Même si les rapports de cette experte paraissent contradictoires, dans la mesure où elle retient d'abord un épisode dépressif moyen invalidant à 50%, sans trouble somatoforme douloureux, tout en diagnostiquant par la suite un tel trouble et en considérant l'épisode dépressif n'est qu'une comorbidité psychiatrique légère, alors que l'état de santé de la recourante n'a guère changé entre ces deux évaluations, si ce n'est qu'éventuellement l'intensité du trouble dépressif. Toutefois des fluctuations de l'état dépressif sont admises aussi bien par l'expert judiciaire que la psychiatre traitante, comme cette dernière l'a notamment mentionné dans son rapport du 31 août 2011. Aussi, il ne peut être retenu qu'il s'agit d'un épisode dépressif d'une durée et d'une acuité suffisante. Il sied de constater par ailleurs que des affections

corporelles chroniques invalidantes, indépendantes du trouble somatoforme douloureux, font défaut. Un processus maladif de telles affections, s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, ne peut de ce fait pas non plus être retenu. Il n'y a pas non plus de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, la recourante étant bien entourée par sa famille, comme cela ressort des rapports antérieurs à l'expertise judiciaire, laquelle est muette sur ce point. En effet, selon le rapport d'expertise du 3 décembre 2011 de la Dresse K_____, la sociabilité est conservée avec la famille proche et les collègues professionnels, ce qui n'est pas contesté par la recourante. Il n'y a pas d'éléments indiquant le contraire. L'échec des traitements ambulatoires, conformes aux règles de l'art, peut par contre être admis, la symptomatologie douloureuse étant inchangée depuis des années. Cependant, un état psychique cristallisé, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, ne semble pas être réalisé, en l'absence de traumatismes et d'autres événements de la vie adverse ressortant de l'anamnèse, qui pourraient expliquer l'installation d'un tel état. La Dresse K_____ l'a aussi exclu, l'état dépressif moyen constaté en 2009 ayant évolué vers un état dépressif léger en 2011.

En fonction de ces critères jurisprudentiels, il doit donc être retenu, sur le plan juridique, que la recourante dispose de ressources psychiques suffisantes pour surmonter les douleurs. Aucune invalidité au sens de la loi et de la jurisprudence ne peut ainsi être admise. Par conséquent, une aggravation ouvrant le droit à une rente ne peut être admise, de sorte que l'intimé a nié à raison ce droit.

12. Le recours sera ainsi rejeté.
13. Dans la mesure où la recourante succombe, elle sera condamnée à un émolument de justice de 200 fr.

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Met un émolument de justice de 200 fr. à la charge de la recourante.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Diana ZIERI

Maya CRAMER

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