



### **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\_\_\_\_\_ 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 problème principal semble résider 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, le thorax et tout le rachis dorsal. Il y a une résistance à tous les traitements tentés (antalgiques, infiltrations, myorelaxants, acupuncture). Les antidépresseurs tricycliques à visées antalgiques sont inefficaces ou mal tolérés (sommolence). Il y a indéniablement un état anxio-dépressif latent multifactoriel dû 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.
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 intratendineuse du sus-épineux à droite.
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. La capacité de travail était de 50 % du 1<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> 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. Le diagnostic de fibromyalgie ne peut être retenu. En absence de véritable détresse, les médecins n'émettent pas non plus le diagnostic de syndrome somatoforme persistant. Par ailleurs, les douleurs généralisées sans substrat organique ne peuvent 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 soulagent 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. La thymie est triste, mais l'image de soi est bonne sans anhédonie, sentiment de culpabilité, idée suicidaire et 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.
11. 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.

12. Le 21 mai 2007, la Dresse G \_\_\_\_\_, psychiatre, certifie suivre l'assurée 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.
13. 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. Néanmoins, elle continue à travailler à 50 %.
14. 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.
15. Selon le certificat médical du 10 juillet 2008 de la Dresse G \_\_\_\_\_, l'assurée souffre d'un trouble dépressif récurrent sévère avec syndrome somatique, qui a une influence indéniable sur sa capacité de travail.
16. 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.
17. Après avoir refusé dans un premier temps d'entrer en matière sur la demande, l'OAI l'accepte, par décision du 4 décembre 2008.

18. 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. »

19. Le 20 octobre 2008, le Dr C \_\_\_\_\_ fait savoir à l'OAI que les douleurs ostéo-articulaires se péjorent constamment, mais 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.
20. Selon le rapport du 11 avril 2009 du Dr H \_\_\_\_\_ du Service des urgences des HUG, l'assurée a fait appel à une ambulance le 10 avril 2009. 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.
21. 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.

22. Le 24 septembre 2009, l'assurée est soumise à une expertise bidisciplinaire rhumatologique et psychiatrique par les Dr I\_\_\_\_\_, rhumatologue et interniste, et la Dresse J\_\_\_\_\_, 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.
23. Dans son avis médical du 12 avril 2010, le Dr K\_\_\_\_\_ du SMR estime que l'affection psychiatrique doit pouvoir s'améliorer par un traitement psychotrope suffisant.
24. 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 ne 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.
25. 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.

26. 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.
27. 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.
28. 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. 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. Par ailleurs, la patiente ne 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.
29. Le 20 mai 2011, l'assurée est soumise à une expertise psychiatrique par la Dresse J\_\_\_\_\_. 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. Selon l'experte, « 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.

30. A la demande de l'OAI, Dresse J\_\_\_\_\_ 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.
31. Le 31 août 2011, la Dresse G\_\_\_\_\_ adresse à l'OAI quelques commentaires concernant l'expertise psychiatrique. Elle relève qu'elle a diagnostiqué depuis 2007 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 à 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.

32. 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 (40 minutes). 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. 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.

33. 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, son rapport n'avait pas valeur probante, ne répondant pas à tous les critères établis par la jurisprudence. L'assurée ne présente ainsi aucune affection justifiant une incapacité de travail durable.
34. Par décision du 6 janvier 2012, l'OAI refuse les prestations d'invalidité.
35. 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.
36. 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.

37. 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 P\_\_\_\_\_ 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 P\_\_\_\_\_ 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 J\_\_\_\_\_ 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."

38. 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."

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

40. 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 J\_\_\_\_\_, 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. Concernant les 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 aux HUG. 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.

41. Le 22 octobre 2012, le Dr R\_\_\_\_\_ 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 J\_\_\_\_\_, 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 R\_\_\_\_\_ 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 les HUG 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 J\_\_\_\_\_ en mai 2011, le Dr R\_\_\_\_\_ 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.

42. 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 J\_\_\_\_\_, 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. Cela étant, l'intimé persiste dans ses conclusions.
43. 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 J\_\_\_\_\_ 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.
44. Par arrêt du 21 novembre 2012, la Cour rejette le recours, considérant que l'état dépressif est réactionnel au trouble somatoforme douloureux et ne peut de ce fait constituer une comorbidité psychiatrique suffisamment importante pour engendrer une incapacité de travail. Par ailleurs, les autres critères jurisprudentiels permettant de reconnaître un caractère invalidant au trouble somatoforme douloureux ne sont en grande partie pas réalisés.
45. Par arrêt du 2 juillet 2013, le Tribunal fédéral annule le jugement de la Cour et lui renvoie la cause pour nouvelle décision dans le sens des considérants. Ce faisant, il retient que la recourante présente des troubles de l'humeur revêtant un degré plus ou moins important de gravité depuis 2002 au moins, même s'il n'y a pas unanimité au sein du corps médical au sujet de la gravité réelle des symptômes dépressifs. Par

ailleurs, selon notre Haute Cour, il n'est pas établi que la symptomatologie dépressive soit réactionnelle au trouble somatoforme douloureux. Le jugement de la Cour repose en outre sur des constatations de faits insuffisants quant au caractère invalidant de la symptomatologie dépressive et douloureuse.

46. Dans ses écritures du 7 octobre 2013, la recourante persiste à réclamer une demi-rente d'invalidité dès le 26 juin 2008, sous suite de dépens, se fondant en particulier sur l'expertise judiciaire, selon laquelle le trouble dépressif est indépendant du trouble somatoforme douloureux, conclusion confirmée par la Dresse J\_\_\_\_\_ dans sa première expertise, où elle a relevé que les plaintes n'étaient pas du registre algique mais du registre dépressif. Ce point de vue est aussi confirmé par la Dresse G\_\_\_\_\_. Quant à la gravité de cette symptomatologie, il s'agit d'un trouble dépressif moyen récurrent limitant la capacité de travail à 50 %. Associé à un trouble somatoforme douloureux, il conviendrait également d'admettre qu'il constitue une comorbidité psychiatrique suffisamment sévère au regard des critères dégagés par la jurisprudence. La recourante estime enfin que bon nombre des autres critères jurisprudentiels sont réunis.
47. Par écriture du 8 octobre 2013, l'intimé se réfère à ses précédentes écritures et maintient ses conclusions.
48. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

### **EN DROIT**

1. Au sujet de la législation applicable et la jurisprudence rendue, la Cour se réfère à son arrêt du 21 novembre 2012 rendu dans la présente cause, ainsi que celui du 2 juillet 2013 de notre haute cour.
2. En l'occurrence, le Tribunal fédéral a critiqué l'arrêt rendu par la Cour dans la présente cause, considérant, d'une part, que l'état dépressif était présent depuis 2002 et que, selon sa gravité, il pouvait constituer une comorbidité importante au trouble somatoforme douloureux constaté. Il a aussi jugé que le caractère purement réactionnel de la symptomatologie dépressive constatée par la Cour était en contradiction avec les faits ressortant du dossier.

La Cour en conclut que le Tribunal fédéral a admis une symptomatologie dépressive indépendante du trouble somatoforme douloureux, de sorte qu'il n'y a pas lieu de revenir sur cette question.

3. Quant à la gravité du trouble dépressif, la Cour n'avait pas examiné cette question précédemment, du fait qu'elle avait jugé qu'il était réactionnel à la symptomatologie douloureuse et ne pouvait, de ce seul fait, être considéré comme une comorbidité psychiatrique importante, engendrant une invalidité.

Du dossier médical résulte que la Dresse G\_\_\_\_\_ a diagnostiqué le 21 mai 2007 un état dépressif majeur sévère. Dans son rapport du 3 juin 2007, le Dr P\_\_\_\_\_ a relevé que la patiente disait vivre intensément un état anxio-dépressif. En juillet et octobre 2008, la Dresse G\_\_\_\_\_ a confirmé que sa patiente présentait un trouble dépressif récurrent sévère avec symptôme somatique, influençant indéniablement sa capacité de travail. Le Dr P\_\_\_\_\_ a déclaré le 20 octobre 2008 que le problème dépressif prévalait désormais pour moduler négativement les douleurs. En avril 2009, la recourante a présenté un trouble panique et a été transportée à l'hôpital. Le 17 mai 2009, le Dr P\_\_\_\_\_ a certifié une importante dysthymie anxio-dépressif avec problèmes somatiques marqués. Dans l'expertise bidisciplinaire du 3 décembre 2009, la Dresse J\_\_\_\_\_ a constaté un épisode dépressif moyen sans syndrome somatique engendrant une incapacité de travail de 50 %. En janvier 2011, la Dresse G\_\_\_\_\_ a confirmé le précédent diagnostic et une incapacité de travail à 50 %. Le Dr P\_\_\_\_\_ a attesté en février 2011 que l'état était stationnaire. Toutefois en mai 2011, la Dresse J\_\_\_\_\_ ne retient qu'un épisode dépressif léger sans symptôme somatique et indique que les douleurs diffuses étaient au premier plan. La capacité de travail était de 100 %. Dans son complément d'expertise d'août 2011, elle a par ailleurs estimé que l'épisode dépressif moyen constaté en septembre 2009 ne constituait pas une comorbidité psychiatrique grave, s'agissant d'un trouble réactionnel. La Dresse G\_\_\_\_\_ a contesté le 31 août 2011 l'expertise de la Dresse J\_\_\_\_\_ pour avoir constaté que l'assurée souffrait d'un trouble dépressif récurrent sévère. Depuis août 2012, elle avait observé des fluctuations de l'intensité de l'état dépressif. Ces diagnostics correspondaient également aux symptômes relevés par la Dresse J\_\_\_\_\_. La psychiatre traitante a en outre critiqué l'expertise de ce dernier médecin, celle-ci ne s'étant pas renseignée auprès d'elle au sujet de la recourante. Elle ne comprenait par ailleurs pas comment elle avait pu arriver, dans sa seconde expertise, à la conclusion qu'il n'y avait qu'un trouble dépressif d'intensité légère, alors qu'il était au moins d'une intensité moyenne. Selon la Dresse G\_\_\_\_\_, l'état de sa patiente n'avait pas changé entre la première et la seconde expertise, même s'il y avait des fluctuations. Enfin, l'expert judiciaire a considéré que la recourante souffrait d'un trouble dépressif récurrent indépendant du trouble somatoforme douloureux, même si ces deux troubles restaient très liés. Ce trouble était caractérisé par la survenue répétée d'épisodes dépressifs moyens à sévères avec de courts moments de rémission partielle. L'expert judiciaire a considéré également que les constatations cliniques de la Dresse J\_\_\_\_\_ étaient compatibles avec un état dépressif moyen. Enfin, la capacité de travail était diminuée de 50 %.

Il résulte de ces rapports médicaux que la recourante souffre depuis mai 2007 d'un trouble dépressif majeur d'une sévérité moyenne à sévère. En effet, seule une valeur réduite peut être attribuée aux conclusions de la Dresse J\_\_\_\_\_ dans sa seconde expertise du 9 août 2011, l'entretien avec la recourante en août 2011

n'ayant duré que 40 minutes et cette expertise comportant plusieurs erreurs et lacunes, comme la recourante l'a relevé, rendant vraisemblable que cette expertise a été établie à la hâte. En outre, les symptômes relevés sont également compatibles avec un épisode dépressif moyen, selon la Dresse G \_\_\_\_\_ et l'expert judiciaire. A cela s'ajoute que la Dresse J \_\_\_\_\_ s'est contredite dans son complément d'expertise, considérant que l'épisode dépressif moyen était réactionnel au trouble somatoforme douloureux, alors qu'elle avait considéré précédemment que ce trouble était indépendant. De plus, en mai 2001 elle considérait que l'état était cristallisé, mais a retenu en août 2011, en réponse au SMR, qu'il ne l'était pas. En tout état de cause, même si la Dresse J \_\_\_\_\_ devait avoir constaté une amélioration dans sa seconde expertise, cela ne contredirait pas la sévérité de la symptomatologie dépressive constatée par l'expert judiciaire et les médecins traitants, dès lors qu'ils admettent que l'état est fluctuant. Selon l'expert judiciaire, il était précisément caractérisé par la survenue répétée d'épisodes dépressifs moyens à sévères avec de courts moments de rémission partielle.

Certes, l'intimé met en cause la valeur probante de l'expertise judiciaire, lui reprochant de n'avoir pas résumé le dossier médical. Par ailleurs, le médecin du SMR a mis en doute la récurrence du trouble dépressif, l'expert judiciaire n'ayant pas décrit de guérison entre les divers épisodes dépressifs. Selon le médecin du SMR, il s'agissait d'un épisode dépressif évoluant depuis 2006, dont l'intensité était fluctuante dans le temps. Le médecin du SMR a également critiqué, concernant les limitations fonctionnelles, que l'expert judiciaire se soit fondé sur des éléments ne relevant pas de l'assurance-invalidité, telles que les douleurs, la longue période d'inoccupation professionnelle de son mari et la désintégration sociale de ce dernier.

Il est vrai qu'il n'y a pas de résumé du dossier médical dans l'expertise judiciaire. Néanmoins, l'expert avait une pleine connaissance de celui-ci, la Cour le lui ayant transmis et il s'y est référé dans son expertise. Ce seul élément n'enlève donc pas une valeur probante à l'expertise judiciaire. Par ailleurs, les diagnostics retenus concordent avec ceux émis non seulement par les médecins traitants mais également par la Dresse J \_\_\_\_\_ dans sa première expertise, de sorte que la Cour n'a aucune raison de les mettre en doute, dans la mesure où la seconde expertise et le complément d'expertise de la Dresse J \_\_\_\_\_ ne sont pas convaincants. Concernant le diagnostic du trouble dépressif récurrent, on pourrait effectivement se poser la question s'il ne s'agit pas d'un seul épisode dépressif avec des fluctuations dans l'intensité. Cependant, dans l'un ou dans l'autre cas, la capacité de travail de la recourante est diminuée, de sorte que la répercussion de la symptomatologie dépressive sur la capacité de travail est identique.

---

Quant à la capacité de travail, la Dresse J\_\_\_\_\_ l'avait estimé à 50 %. Cela est confirmé par l'expert judiciaire et correspond également à l'appréciation de la psychiatre traitante. Il convient ainsi de suivre ces médecins.

Se pose encore la question de savoir à partir de quand la capacité de travail de la recourante est réduite à 50 %. Selon l'expert judiciaire, tel est le cas depuis 2009, sans donner d'autres explications. Il semble s'être fondé sur ce point sur la date de la première expertise de la Dresse J\_\_\_\_\_. Toutefois, celle-ci a indiqué dans cette expertise que l'épisode dépressif moyen était présent depuis fin 2006. Un état dépressif sévère est diagnostiqué par la Dresse G\_\_\_\_\_ en mai 2007 et ce médecin n'a depuis lors pas varié dans ses appréciations. Cela est aussi confirmé par le Dr P\_\_\_\_\_. Par conséquent, la Cour estime qu'il convient de retenir une incapacité de travail à 50 % depuis décembre 2006.

4. Par rapport à la situation au moment de la précédente décision de refus de prestations de l'intimé en date du 14 novembre 2006, il sied ainsi de constater une aggravation. En effet, lors de l'examen bi-disciplinaire du SMR le 1<sup>er</sup> mars 2006, la Dresse E\_\_\_\_\_ n'avait retenu aucun diagnostic sur le plan psychiatrique, tout en constatant une thymie triste, mais que l'image de soi était bonne sans anhédonie, sentiment de culpabilité, idée suicidaire et fatigabilité objectivable. Par ailleurs, ce n'est qu'à partir de décembre 2006 que la recourante a commencé un traitement psychothérapeutique et était suivie par une psychiatre.

Ainsi, les conditions légales pour une révision de la décision du 14 novembre 2006 sont réunies.

5. Concernant le degré d'invalidité, il se confond en l'occurrence avec le degré d'incapacité de travail, la recourante n'ayant pas changé d'activité professionnelle, et s'élève donc à 50%. Ce taux donne droit à une demi-rente.
6. En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008), le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA.

Cette réglementation n'est toutefois pas applicable dans les cas où le délai d'attente a commencé à courir avant le 1<sup>er</sup> janvier 2008 (ATF non publié 9C\_583/2010 du 22 septembre 2011, consid. 4.1). Dans cette hypothèse et lorsque la demande a été déposée avant le 1<sup>er</sup> juillet 2008 (cf. ATF 138 V 475 consid. 3; Lettre-circulaire n° 300 de l'OFAS du 15 juillet 2011, Droit transitoire: application des délais de péremption), en dérogation à l'art. 29 al. 1 LAI (nouvelle teneur en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008), la rente peut alors être versée dès que l'année d'attente est

achevée (ATF non publié 9C\_473/2011 du 14 mai 2012, consid. 4.1). Par conséquent, le droit à la rente prend naissance à la date à laquelle l'assuré a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable à condition que le requérant ait déposé sa demande dans les douze mois dès la naissance du droit.

7. Il résulte de ce qui précède que la recourante a présenté, en décembre 2007, une année d'incapacité de travail de 40% au moins sans interruption notable. Dans la mesure où l'ancien droit est encore applicable, sa demande étant antérieure au 1<sup>er</sup> juillet 2008, elle peut ainsi prétendre à une demi-rente dès décembre 2007, la Cour n'étant pas liée par les conclusions des parties (cf. art. 61 let. d LPGA).
8. Par conséquent, le recours sera admis et la recourante mise au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité à compter de décembre 2007.
9. L'intimé sera condamné à lui verser une indemnité de 3'500 fr. à titre de dépens.
10. L'émolument de justice, fixé à 200 fr., est mis à la charge de l'intimé.

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

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet.
3. Met la recourante au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité à compter de décembre 2007.
4. Condamne l'intimé à verser à la recourante une indemnité de 3'500 fr. à titre de dépens.
5. Met un émolument de 200 fr. à la charge de l'intimé.
6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

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