

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4082/2007

ATAS/685/2008

**ARRET**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**Chambre 5**

**du 4 juin 2008**

En la cause

Madame S \_\_\_\_\_, domiciliée à Genève, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître NANCHEN Henri

recourante

contre

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

intimé

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

---

**EN FAIT**

1. Madame S\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée), est originaire du Kosovo et est arrivée en Suisse en juillet 1997. Elle est mère de deux enfants
2. Selon le curriculum vitae qu'elle a fourni à l'Office cantonal de l'emploi (OCE), elle a suivi, après l'école primaire de 1978 à 1986, l'école secondaire jusqu'en 1990, puis en 1992 une "école universitaire".
3. Depuis le 4 mai 1998, elle a travaillé au restaurant X\_\_\_\_\_ à Versoix en tant qu'aide de cuisine et repasseuse. Elle a résilié son contrat de travail pour s'occuper de ses enfants, selon les déclarations de son employeur du 25 décembre 2003. Du 22 décembre 1999 au 21 décembre 2002, elle a été au chômage.
4. Dès le 13 octobre 2000, le Dr A\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie cardiovasculaire à la Permanence médico-chirurgicale de Grand-Montfleury à Versoix, atteste d'une incapacité totale de travailler pour une durée indéterminée (cf. son certificat du 23 février 2001).
5. A la demande de l'OCE, l'assurée est examinée par le médecin-conseil de cet office, le Dr B\_\_\_\_\_. Selon son rapport du 14 février 2002 (recte 2001), l'incapacité de travail est temporaire, l'affection est aiguë et l'assurée n'est actuellement pas en mesure de travailler. L'arrêt de travail ne dépend pas d'une affection somatique, mais d'une affection psychiatrique pour laquelle elle est suivie par une psychiatre de la permanence précitée. Le Dr B\_\_\_\_\_ propose de l'envoyer chez le Dr C\_\_\_\_\_, psychiatre, pour une évaluation.
6. Selon le rapport du 29 mars 2001 de ce dernier médecin, l'assurée présente une incapacité de travail temporaire à partir du 13 octobre 2000. L'affection est aiguë, grave et peut évoluer vers une chronicité. Son état actuel ne permet pas d'entrevoir aujourd'hui une date de reprise. Au moment de l'examen, elle est par ailleurs enceinte de deux mois.
7. Depuis le 8 mai 2001, l'assurée est suivie par le Dr D\_\_\_\_\_. Ce médecin atteste d'une incapacité de travail totale depuis cette date, dans son certificat du 12 septembre 2003.
8. Selon le rapport de l'Unité d'urgences psychiatriques des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) du 2 juin 2003, l'assurée est admise dans cette unité ce même jour en raison d'une attaque de panique.
9. Le 30 juillet 2003, la Dresse E\_\_\_\_\_ de SOS MEDECINS atteste avoir vu la patiente en urgence le 27 juillet 2003 en raison d'un état de panique. Dans l'anamnèse, elle note ce qui suit :

*"Cette patiente, que vous connaissez bien, a présenté ces deux derniers mois des états de panique à quatre reprises. Ce soir, alors qu'elle prend son repas, elle sent des palpitations avec impression thoracique, chaleur à la tête, avec des vertiges. Elle prend un comprimé de Zyprexa, qui lui a été prescrit par l'Hôpital cantonal. A mon arrivé, les fourmillements dans les membres, ainsi que l'impression thoracique, ont disparu, elle a encore la sensation du cœur qui bat fort."*

En ce qui concerne l'attitude clinique, la Dresse E\_\_\_\_\_ mentionne que la patiente a été investiguée au niveau neurologique à l'Hôpital cantonal et qu'elle est consciente de la dimension psychologique de son problème.

10. Par demande reçue le 13 novembre 2003, l'assurée requiert des prestations d'invalidité en vue d'une rente.
11. Selon le rapport du 28 novembre 2003 du Dr F\_\_\_\_\_ de SOS MEDECINS, il a vu la patiente en urgence la veille en soirée, à cause d'une probable attaque de panique versus hypotension orthostatique. Dans l'anamnèse, il mentionne ce qui suit :

*"Votre patiente a présenté un début de vertiges avec voile noire devant les yeux, puis picotements au bout des doigts et dans la bouche, et peu à peu, péjoration d'une anxiété ancienne, avec impression de mort imminente et de tachycardie."*

Dans l'attitude clinique, il fait état d'une anxiolyse verbale.

12. Selon le rapport médical du 28 août 2004 du Dr D\_\_\_\_\_, l'assurée souffre d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, d'un trouble panique et d'un trouble mixte de la personnalité. L'incapacité de travail est totale. L'état est stationnaire. Dans l'anamnèse, il note qu'elle vit un conflit conjugal depuis de nombreuses années et qu'elle s'est réfugiée à la maison des femmes battues au mois de mai en raison des violences du mari. Actuellement, les époux sont au stade de séparation. Il n'y a pas eu de morts dans sa famille, mais leurs maisons ont été brûlées pendant la guerre du Kosovo. La patiente était une bonne élève et aurait voulu faire des études universitaires. La formation professionnelle qu'elle a faite au Kosovo n'a pas été reconnue en Suisse. Un état dépressif s'est installé quelques mois avant la première consultation chez le Dr D\_\_\_\_\_, en rapport avec la nostalgie de son pays, des souvenirs traumatiques de la guerre et probablement déjà un conflit conjugal, dont elle parle peu. L'état dépressif évolue par des hauts et des bas. Il y a aussi à la maison une forte tension entre elle et sa belle-mère. Elle aimerait en outre travailler. Selon ce praticien, ces circonstances sont à l'origine d'attaques de panique. Dans les plaintes subjectives et constatations objectives, il note une rechute dépressive après son séjour à la maison des femmes battues avec tristesse, angoisse, troubles du sommeil, troubles de l'alimentation et de la

concentration. Dans le questionnaire complémentaire pour les troubles psychiques, ce médecin déclare que des particularités comportementales de nature sociale, culturelle ou familiale influencent légèrement l'affection actuelle. Il n'y a aucune divergence d'opinion entre les propositions thérapeutiques formulées par ses médecins et l'assurée. Les troubles ne vont pas disparaître, si les circonstances se modifient. Ils sont légèrement réactionnels à des événements de vie adverses. Enfin, l'incapacité de travail est due de façon mineure à des raisons socio-économiques ou conjoncturelles plus qu'à une affection physique ou mentale.

13. Le 8 février 2006, de 9h30 à 15h30, l'assurée a fait l'objet d'une expertise psychiatrique par le Dr G\_\_\_\_\_. Dans son rapport de la même date, qui a été établi avec Madame T\_\_\_\_\_, psychologue, il ne diagnostique aucune affection psychiatrique avec répercussion sur la capacité de travail et estime que celle-ci est complète. En ce qui concerne le trouble panique, il ne remet pas en question qu'il ait pu exister dans le passé, probablement en lien avec des problèmes conjugaux de l'époque, mais estime qu'il ressemble cliniquement à un trouble de l'adaptation. Au jour de l'expertise, le trouble panique n'existe plus. Il souligne à cet égard que l'assurée suit notamment un traitement médicamenteux avec du Xanax (benzodiazépine) à haute dose et que les dosages sérologiques réalisés le jour de l'entretien ont montré qu'elle prenait correctement le traitement prescrit. A titre de diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail, l'expert mentionne un trouble anxieux sans précision. Dans l'appréciation du cas et pronostic, il observe que l'assurée possède de nombreuses qualités, notamment relationnelles, parvenant rapidement à créer un lien avec autrui et flattant assidument ses interlocuteurs. Elle se montre polie et reconnaissante pour l'attention qu'on lui porte et le temps qu'on lui accorde. Le côté histrionique de sa personnalité, plus précisément son hyperexpressivité émotionnelle (liée à une certaine exagération des troubles et des difficultés), lui pose des problèmes. Elle souffre par ailleurs d'une blessure narcissique, dans le sens qu'elle a des aspirations trop élevées, ce qui la pousse à vouloir un emploi au-dessus de ses capacités réelles. Il est apparu paradoxal à l'expert que l'assurée ne se soit plus plainte durant la journée d'entretiens de l'ennui qu'elle ressent depuis plusieurs années que de ses angoisses. Selon l'expert, elle se sent perturbée par la demande de prestations d'invalidité, celle-ci émanant plus de l'Hospice général que d'elle-même, créant un conflit interne, puisqu'elle désire par-dessus tout trouver un travail dans lequel elle puisse s'épanouir. Le léger trouble anxieux non spécifique est exacerbé par une désinsertion socioprofessionnelle qui est l'objet principal de sa souffrance, aux dires de l'expert. En outre, de nombreuses incohérences observées dans son dossier et en sa présence indiquent des éléments de surcharge dans ses plaintes et sa présentation. En ce qui concerne les limitations avec les troubles constatés, l'expert mentionne notamment que celles-ci proviennent principalement du pathos narcissique qui l'inhibe dans toute recherche d'une activité professionnelle telle que celles qu'elle a assumées dans le passé (femme de ménage, aide de cuisine). Elle met en œuvre des résistances extrêmement importantes, ce qui

programme les échecs et la fige dans sa situation actuelle. Dans l'anamnèse, l'expert mentionne qu'elle a arrêté de travailler en septembre 1999, alors qu'elle était enceinte de son premier enfant. En décembre de la même année, elle s'est inscrite au chômage. En 2004, elle a été accueillie au sein de l'Association Solidarité Femmes où elle a passé cinq mois. Elle a pardonné à son mari et vit à nouveau avec lui depuis 2005. Au mois de décembre 2005, elle a fait un stage de deux semaines dans une boutique de prêt-à-porter dans un centre commercial. Elle déclare en outre avoir accompli un stage de deux semaines en janvier 2006 dans un laboratoire à l'université et être parvenue à tenir ses engagements, même si cela s'était révélé par moments difficile. Lorsque l'expert a abordé les troubles actuels, l'assurée s'est mise à sangloter par intermittence, alors qu'elle s'était montrée communicative, souriante et légèrement volubile précédemment. Sur le plan physique, elle dit souffrir de céphalées quasi-quotidiennes, de dorsalgies, de ménorrhées très douloureuses et de chutes de tension. Elle se plaint également d'angoisses. En ce qui concerne les activités de la vie quotidienne, elle s'occupe de ses enfants, ainsi que de son ménage, étant parfois aidée par son mari. Pendant que les enfants sont à l'école, elle sort parfois avec sa cousine. Le couple a préservé des relations sociales avec des amis.

14. Par décision du 15 juin 2006, l'Office cantonal de l'assurance invalidité (ci-après : OCAI) refuse le droit aux prestations, sur la base de l'expertise du Dr G\_\_\_\_\_. Sa décision est notifiée à l'assurée sous pli simple à son adresse, à Versoix.
15. A la suite de la constitution du mandataire de l'assurée, l'OCAI informe celui-ci le 20 octobre 2006 que le dossier de sa mandante est clôturé depuis le 15 juin 2006 et lui communique copie de sa décision du 15 juin 2006.
16. Par courrier du 22 novembre 2006, l'assurée forme opposition à cette décision, par l'intermédiaire de son conseil, en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité entière. Préalablement, elle demande à consulter le dossier et, à titre subsidiaire, elle conclut à l'octroi d'une rente partielle avec mesures professionnelles. Elle explique qu'elle n'a jamais eu connaissance de la décision du 15 juin 2006, ayant changé de domicile entre temps.
17. Elle complète son opposition par courrier du 30 mars 2007 et transmet à cette occasion le rapport de bilan du département de psychiatrie des HUG, programme du trouble bipolaire, des Drs H\_\_\_\_\_ et I\_\_\_\_\_, rapport qui est fondé sur une évaluation en date des 5 et 13 septembre, ainsi que du 12 octobre 2006. Selon ces médecins, l'assurée souffre d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans syndromes psychotiques, d'un trouble panique et d'une phobie de l'avion. La patiente leur a été adressée par le Dr D\_\_\_\_\_ pour l'évaluation d'un éventuel trouble bipolaire. Dans l'anamnèse personnelle, il est mentionné que son mari travaille comme traducteur albanais-français et aide-cuisinier. Quant à la formation de l'assurée, elle a suivi une école secondaire de 16 à 18 ans, avec une

formation en chimie, puis après deux ans en économie à l'université, formation qu'elle n'a pas terminée. Dans les antécédents psychiatriques, les médecins mentionnent la mort du frère du mari en 1999, lors du conflit en ex-Yougoslavie. Elle-même n'était cependant pas directement confrontée à ces violences, ni à des cadavres. Cependant, son mari lui a montré les photos de son frère et de son père tués, lesquelles l'ont très choquée. Le mari continue d'exhiber ces photos sur les murs de l'appartement en Suisse. Chaque fois que la famille est en visite, on ne parle que de la guerre. L'ambiance familiale a été très difficile à supporter et dans les semaines qui ont suivi la présentation des photos des cadavres par son mari, elle a commencé à souffrir d'angoisses qui ont ensuite évolué en attaques de panique. Parallèlement, elle présente des périodes de tristesse qui durent de quelques jours à une semaine et qu'elle met en lien avec sa situation sociale difficile. Elle ressent une insatisfaction de ne pas pouvoir travailler dans un métier valorisant, de devoir s'occuper de ses enfants et regrette ses rêves non réalisés. En 2000, quand son enfant commence à marcher, elle se sent de plus en plus angoissée et consulte à deux reprises un psychiatre à Versoix qui lui dit qu'elle souffre de dépression. Cependant, elle dit avoir préféré plutôt soigner son dos et d'autres maux physiques. En février 2001, elle travaille dans les cuisines et est enceinte. Elle part ensuite trois mois chez sa mère au Kosovo où elle subit des attaques de panique avec impression de mourir. En 2002, elle présente de nouveau une attaque de panique avec impression d'étouffer, palpitations, picotements au niveau de la langue. C'est alors qu'on lui prescrit du Zyprexa à l'Hôpital cantonal. Par la suite, elle présente plusieurs attaques de panique par semaine. Actuellement, les attaques de panique ont diminué et elle doit moins souvent appeler à domicile SOS MEDECINS. Pendant la période 2003-2004, son mari devient violent et elle quitte le domicile avec ses enfants pour vivre pendant sept mois dans un foyer. En 2005, elle se réconcilie avec son mari pendant des vacances. Au retour, elle se sent dévalorisée et les angoisses reprennent. En 2006, la symptomatologie caractérisée par des périodes de dévalorisation, tristesse, perte d'espoir et également attaques de panique, persiste. Son gynécologue évoque le diagnostic d'un trouble prémenstruel avec augmentation de l'anxiété, céphalées, palpitations, tachypnées et impression d'étouffer. Dans le status psychiatrique, les Drs H\_\_\_\_\_ et I\_\_\_\_\_ notent ce qui suit :

*"Patiente orientée, collaborante. Tenue sans particularité. Thymie triste, pas d'idées suicidaires, anxiété presque tous les jours, troubles du sommeil avec difficultés d'endormissement (s'endort vers 2h), sommeil perçu comme étant de mauvaise qualité, se réveille vers 7h. Appétit diminué (a perdu 4 kg en trois semaines, passant de 95 à 91 kg). Difficulté de concentration réduisant sa capacité de lecture et oublis fréquents. Difficultés à commencer des activités qui sont poursuivies avec effort. Capacité réduite à prendre plaisir à ses intérêts habituels.*

---

*Idées intermittentes d'échec et d'auto-dévalorisation. Pas de symptômes d'hypomanie. Pas de symptômes psychotiques."*

Selon le test M.A.D.R.S., l'assurée présente une dépression sévère avec un score de 25 points sur un total maximal de 60, étant précisé qu'une dépression sévère est admise à partir de 25 points. Le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel d'intensité sévère, est posé, compte tenu du score du test précité. Les Drs H\_\_\_\_\_ et I\_\_\_\_\_ retiennent en outre que la patiente est handicapée par un trouble panique. L'apparition de ces deux troubles psychiatriques a été probablement précédée par un trouble de l'adaptation avec humeur dépressive et a été favorisée par les différents facteurs de stress relevés. Le traitement antidépresseur ne semble pas produire l'effet escompté. Un monitoring thérapeutique permettrait de vérifier si la dose est suffisante. Il faudrait également s'assurer de la compliance et si celle-ci est bonne, augmenter le médicament jusqu'à l'obtention d'une dose efficace. Si cela devait être insuffisant après six à huit semaines, le changement d'antidépresseur devrait être envisagé. Ils déconseillent enfin la prise de benzodiazépines à long terme et recommandent une approche psychothérapeutique.

18. Par décision du 24 septembre 2007, l'OCAI rejette l'opposition, en se fondant sur l'expertise du Dr G\_\_\_\_\_, à laquelle il attribue une pleine valeur probante.
19. Par acte du 29 octobre, complété le 13 novembre 2007, l'assurée recourt contre cette décision, en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité entière, sous suite des dépens. Subsidiairement, elle conclut au renvoi de la cause à l'intimé pour complément d'instruction médicale et nouvelle décision. Plus subsidiairement encore, elle conclut à ce qu'une expertise médicale soit ordonnée pour évaluer son état de santé, ainsi que sa capacité de travail dans une activité adaptée. Elle relève qu'elle a une formation de technicienne en chimie et un début de formation universitaire en économie dans son pays. En dépit de cette formation, elle a travaillé en Suisse dans l'entretien, puis à la cuisine du restaurant du X\_\_\_\_\_ à Versoix. Les traumatismes de la guerre, les souvenirs du pays, ainsi qu'un conflit familial violent l'ont plongée dans une profonde dépression. L'ensemble du corps médical la côtoyant constate ainsi un état psychique lourdement atteint avec une incapacité de travail présente depuis le 8 mai 2001 au moins. Le diagnostic de trouble dépressif récurrent, avec un épisode actuel d'intensité sévère, ainsi que le trouble panique sont également attestés par le rapport des Drs H\_\_\_\_\_ et I\_\_\_\_\_. Elle est par ailleurs suivie par le Dr D\_\_\_\_\_ depuis bientôt six ans et suit un nouveau traitement avec des médicaments invasifs comme le Xanax et l'Efexor, dont elle doit parfois augmenter les doses pour réussir à tenir le coup. En dépit de cela, elle fait encore régulièrement des crises de panique qui demandent l'intervention de médecins à domicile, voire une brève hospitalisation. Elle dépasse de 35 kg son poids normal, ne parvient parfois pas à se lever du tout de la journée et ne réussit pas à assurer les simples tâches ménagères

quotidiennes, de sorte qu'il a fallu recourir aux services d'une femme de ménage. Ses tentatives pour se remettre à travailler, en faisant des petits remplacements dans la boutique d'une cousine, se sont soldées par un échec, en raison de son état de profonde dépression et de la lourdeur du traitement médicamenteux qu'elle suit depuis des années. Elle reproche à l'intimé de s'être fondé uniquement sur le rapport du Dr G\_\_\_\_\_ et d'avoir fait abstraction du rapport des Drs H\_\_\_\_\_ et I\_\_\_\_\_. Face à des rapports aussi contradictoires, elle estime nécessaire de procéder à une nouvelle expertise.

20. Dans son avis médical du 13 décembre 2007, la Dresse U\_\_\_\_\_, du Service médical régional AI pour la Suisse romande (ci-après : SMR), se détermine sur le rapport des Drs H\_\_\_\_\_ et I\_\_\_\_\_. Elle constate que ce rapport ne révèle pas une aggravation de l'état de santé psychique. Quant à l'anxiété, elle n'est pas décrite dans ce rapport, de sorte qu'il est impossible de juger sa sévérité et sa répercussion sur la capacité de travail. En ce qui concerne le score du M.A.D.R.S., le médecin du SMR rappelle qu'il s'agit d'un score de dépistage et de suivi établi par l'industrie pharmaceutique et non pas d'un outil diagnostique reconnu en tant que tel, puisqu'il doit être mis en corrélation avec l'anamnèse et le status, ce que les médecins des HUG ont omis de faire. Par ailleurs, la Dresse U\_\_\_\_\_ estime que les critères diagnostiques ne sont pas présents pour un trouble dépressif d'intensité sévère.
21. Sur la base de cet avis médical, l'intimé conclut au rejet du recours, dans sa détermination du 7 janvier 2008. Il relève en outre une contradiction dans les propos de la recourante qui, d'une part, demande des mesures professionnelles et, d'autre part, prétend ne plus pouvoir assurer une quelconque activité depuis six ans.
22. Par réplique du 18 février 2008, la recourante persiste dans ses conclusions. Elle relève que les Drs H\_\_\_\_\_ et I\_\_\_\_\_ ne sont pas des médecins traitants, dans la mesure où ils l'ont uniquement examinée, afin de détecter un éventuel syndrome bipolaire. Elle estime ainsi que le rapport de ces médecins a une pleine valeur probante au sens de la jurisprudence. Quant au Dr G\_\_\_\_\_, il a émis des jugements de valeur, notamment en affirmant que "étant donné que ce travail idéal ne se profile pas, elle a tout intérêt à attendre des bénéfices sous forme de prestations financières". Elle fait en outre observer qu'elle a essayé de travailler, même dans des activités très simples, mais qu'elle n'y parvenait pas à cause de ses troubles.
23. Par duplique du 11 mars 2008, l'intimé maintient ses conclusions. Il persiste à considérer que l'expertise du Dr G\_\_\_\_\_ a une pleine valeur probante et qu'il n'y a pas lieu de mettre en doute la pertinence et l'impartialité de l'expert. A cet égard, le fait que son appréciation ne concorde pas avec celle des médecins traitants ne constitue pas une raison objective de s'en écarter.

24. Le 21 mai 2008, la recourante est entendue en comparution personnelle et déclare ce qui suit:

*" Pendant 4 à 5 ans, j'ai suivi une psychothérapie auprès du Dr D\_\_\_\_\_ à raison d'une fois par semaine en moyenne, des fois moins, des fois plus en fonction de mon état. Depuis 2007, je suis une psychothérapie chez le Dr I\_\_\_\_\_, le même médecin qui m'a évaluée à l'Hôpital cantonal à la demande du Dr D\_\_\_\_\_. J'ai rendez-vous une fois par semaine. Il a également changé mon traitement anti-dépresseur. Je prends 2 x 150 mg Efexor plus le Xanax. L'anti-dépresseur m'a fait prendre 8 kg depuis décembre 2007, date à laquelle le dosage a été augmenté. Ce traitement a amélioré mon état psychique.*

*L'expertise avec le Dr G\_\_\_\_\_ s'est plutôt bien passée. Avant d'avoir vu l'expert, j'ai eu un entretien avec une psychologue.*

*A part un arrêt pour accident, mon mari a toujours travaillé. Auparavant, j'amenais les enfants à l'école. Aujourd'hui, ils y vont tout seuls. A midi, ils vont aux cuisines scolaires. Après l'école, je vais parfois au parc avec les enfants. Le week-end, je ne fais pas grand chose.*

*Lorsque je vais mieux, j'arrive à faire mon ménage. Dans les mauvaises phases, mon mari m'aide et fait notamment un peu de repassage.*

*Ma maladie a commencé pendant la guerre au Kosovo. La mort de mon beau-frère de 15 ans était notamment très traumatisante.*

*Depuis la naissance des enfants, je suis retournée régulièrement pendant les vacances au Kosovo. Je reste généralement trois semaines à un mois. Je n'y fait pas grand-chose, vis avec ma mère, laquelle m'aide aussi avec les enfants, car elle est encore jeune. J'ai également eu des attaques de panique au Kosovo.*

*J'en ai par ailleurs encore aujourd'hui, plusieurs fois par semaine. Cependant, je n'appelle plus en urgence SOS médecins, dans la mesure où je sais maintenant de quoi je souffre.*

*J'ai quelques amies. Nous sortons rarement ensemble et nous nous voyons essentiellement dans le quartier. Je sors également avec mon mari, par exemple, au Signal de Bougy avec les enfants."*

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

## **EN DROIT**

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

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

2. La LPGA est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003 entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1, 335 consid. 1.2, 129 V 4 consid. 1.2, 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références).

En l'espèce, le présent recours concerne le droit à des prestations dès le 8 mai 2002 au plus tard, soit une année après l'incapacité de travail totale attestée une année plus tôt par le Dr D\_\_\_\_\_. Etant donné que les faits déterminants se sont réalisés en partie avant et après l'entrée en vigueur de la LPGA, le droit à la rente doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et en fonction de la nouvelle réglementation légale après cette date (ATF 130 V 445 et les références; cf. aussi ATF 130 V 329). Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi, de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 345 consid. 3). Quant aux règles de procédure, elles s'appliquent, sauf dispositions transitoires contraires, à tous les cas en cours dès l'entrée en vigueur de la LPGA (ATF 131 V 314 consid. 3.3, 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

3. Interjeté dans les délai et forme prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA).
4. Est litigieuse en l'occurrence la question de savoir si la recourante présente une atteinte à la santé psychique engendrant une invalidité lui ouvrant le droit aux prestations d'assurance.
5. Selon l'art. 4 LAI, dans la teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002, l'invalidité est la diminution de la capacité de gain, présumée permanente ou de longue durée, qui résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale provenant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Ces définitions sont

reprises par les art. 8 al. 1 LPGA et art. 4 LAI, dans sa teneur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2003. L'art. 7 LPGA précise qu'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 sa santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8).

En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI, dans sa teneur valable jusqu'au 31 décembre 2003, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3 % 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 ; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1bis LAI, prétendre à une demi-rente s'il est invalide à 40 % au moins. Depuis l'entrée en vigueur, le 1<sup>er</sup> janvier 2004, de la nouvelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4<sup>ème</sup> révision) la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI est la suivante : «1. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins. La rente est échelonnée comme suit, selon le taux d'invalidité : 40 % au moins un quart, 50 % au moins une demie, 60 % au moins trois-quarts, 70 % au moins rente entière.».

Aux termes de l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à une rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40% au moins ou a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable.

6. Parmi les atteintes à la santé psychique, qui peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA, on doit mentionner - à part les maladies mentales proprement dites - les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible. Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son infirmité mentale, exercer une activité que le marché du travail lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Le point déterminant est ici de savoir quelle activité peut raisonnablement être exigée dans son cas. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société

---

(ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).

7. a) En ce qui concerne la preuve, le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a).

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. 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 (ATF 125 V 352 ss consid. 3).

b) Lorsque, 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 353 consid. 3b/bb).

c) 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. 3b/bb et cc).

d) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; KIESER, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, p. 212, n° 450; KÖLZ/HÄNER, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 2e éd., p. 39, n° 111 et p. 117, n° 320; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2e éd., p. 274; cf. aussi ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d et l'arrêt cité).

8. En l'espèce, la recourante a fait l'objet d'une expertise psychiatrique par le Dr G\_\_\_\_\_. Celle-ci remplit en principe tous les critères jurisprudentiels susmentionnés pour lui reconnaître une pleine valeur probante. Il est notamment à relever qu'elle est fondée sur des entretiens médico-psychologiques qui ont eu lieu entre 9h30 et 15h30, durée qui permet de conclure à un examen approfondi. De surcroît, une psychologue a été associée à l'évaluation psychiatrique.

La recourante reproche cependant à l'expert d'avoir émis des jugements de valeur, en mentionnant notamment qu'elle a un intérêt financier à obtenir une rente, dans la mesure où elle n'arrive pas à travailler dans une activité valorisante en Suisse. Elle met ainsi en doute l'impartialité de l'expert. Il convient toutefois de considérer que cette appréciation ne constitue pas un indice de partialité, mais uniquement une explication d'un mécanisme psychique qui peut être à l'origine de troubles psychiques ou d'un certain comportement, de manière consciente ou inconsciente. Le Tribunal de céans estime dès lors que ce grief est infondé.

Il sied encore d'examiner si les conclusions de l'expert sont mises en doute par les avis d'autres médecins spécialistes en la matière.

En premier lieu, les diagnostics du Dr G\_\_\_\_\_ ne sont pas partagés par le Dr D\_\_\_\_\_. Il doit être relevé à cet égard qu'il s'agit du médecin traitant, lequel est lié par une relation de confiance à son patient, ce qui peut avoir pour conséquence de manquer de distance dans l'évaluation des troubles, notamment de leur sévérité.

Quant au rapport des Drs H\_\_\_\_\_ et I\_\_\_\_\_, la description du status psychiatrique est très succincte. S'agissant du trouble panique, leur diagnostic repose uniquement sur les dires de la recourante, lesquels ne peuvent être contrôlés. A cet égard, le Tribunal de céans constate que SOS MEDECINS et l'Unité d'urgences psychiatriques des HUG sont certes intervenus en 2003 à plusieurs

reprises en raison d'une attaque de panique. Cependant, de telles interventions ne sont plus documentées par la suite. Il est à noter également que la recourante n'avait pas donné suite à deux convocations de l'Hôpital cantonal, suite à la consultation à l'Unité d'urgences psychiatriques en juin 2003 (p. 5 s. de l'expertise). Partant, de l'avis du Tribunal de céans, ce diagnostic ne se manifeste pas avec une intensité telle qu'il entrave toute capacité de travail. Les conclusions du Dr G\_\_\_\_\_ emportent dès lors sa conviction sur ce point.

En ce qui concerne le diagnostic de trouble dépressif d'intensité sévère, les Drs H\_\_\_\_\_ et I\_\_\_\_\_ ne l'ont posé que sur la base du score élevé dans le test M.A.D.R.S. Il ne peut non plus être exclu que la recourante ait exagéré ses réponses dans ce test. En effet, l'expert a constaté que les réponses de la recourante dans le test MMPI-2, soit l'inventaire multiphasique de la personnalité Minnesota, sont invalides, sur la base de l'analyse de la première partie de ce test dont le but consiste précisément à détecter une éventuelle exagération des symptômes ou une simulation. De surcroît, la recourante a été en mesure de faire un stage de deux semaines en décembre 2005 et de deux semaines également en janvier 2006 dans un laboratoire à l'université, ce qui ne paraît pas compatible avec le diagnostic de trouble dépressif d'intensité sévère.

La comparaison de l'expertise et du rapport des Drs H\_\_\_\_\_ et I\_\_\_\_\_ révèle par ailleurs de nombreuses différences dans les anamnèses, notamment en ce qui concernent les dates, alors même que ces rapports ont été établis dans la même année. Ainsi, selon le rapport des Drs H\_\_\_\_\_ et I\_\_\_\_\_, la recourante a travaillé en février 2001 dans les cuisines, alors même qu'elle était au chômage à ce moment. Ce travail n'est en outre pas mentionné dans l'expertise. Quant au stage dans un laboratoire de l'université, elle n'en a pas fait état dans le cadre de l'évaluation des médecins précités. Les attaques de panique seraient survenues en 2002, selon le rapport de ceux-ci. Or, elles sont attestées en 2003. Enfin, la recourante a indiqué à ces derniers médecins avoir séjourné pendant sept mois au foyer de femmes battues et à l'expert pendant cinq mois seulement.

La description de sa vie quotidienne, telle que la recourante l'a faite à l'expert, ne permet pas non plus de conclure à un trouble dépressif d'intensité sévère. En effet, elle a toujours pu s'occuper de ses enfants, regarde la télévision, cuisine et sort. Elle est également en mesure d'effectuer les tâches ménagères. Enfin, il n'y a pas de repli social majeur.

A cela s'ajoute que la recourante n'a jamais été hospitalisée en milieu psychiatrique et n'a pas fait l'objet d'une prise en charge intensive, par exemple au programme de dépression dans une des consultations psychiatriques des HUG, en dépit de la gravité et de la durée des atteintes alléguées. Le Tribunal de céans se demande également pourquoi le traitement antidépresseur n'a pas été changé plus tôt, s'il n'a pas permis une rémission de la symptomatologie dépressive, comme on aurait dû

s'y attendre dans des circonstances normales, s'agissant d'une maladie qui dure depuis 2001 au moins, selon les dires de la recourante.

En ce qui concerne la "lourde médication" alléguée par la recourante, il sied de faire observer qu'un traitement antidépresseur bien conduit n'a en principe pas d'effets secondaires et supprime au contraire des limitations fonctionnelles consécutives au trouble dépressif, soit notamment les troubles de la mémoire et de la concentration. La recourante n'a pas non plus fait état d'effets secondaires désagréables dus aux antidépresseurs prescrits.

Compte tenu des éléments susmentionnés et des discordances, il appert que les conclusions de l'expert ne sont pas valablement contredites par les avis d'autres psychiatres. Partant, en se fondant sur l'expertise, le Tribunal de céans estime que la recourante ne présente pas un trouble dépressif d'une sévérité telle qu'il l'empêche de travailler dans l'activité exercée précédemment, à savoir celle d'aide de cuisine et de repasseuse. Cela ne veut pas dire qu'elle n'était pas atteinte par moments d'un trouble dépressif majeur avec un épisode sévère et qu'elle ne souffre pas aujourd'hui encore d'un tel trouble. Toutefois, grâce aux médicaments, une rémission suffisante est à retenir pour admettre que l'exercice d'un travail est exigible. Une invalidité de 40% au moins pendant une année résultant des atteintes psychiques, condition nécessaire pour ouvrir le droit à une rente, ne peut ainsi être établie avec un degré de vraisemblance prépondérante.

Cela étant, le Tribunal de céans ne juge pas nécessaire de procéder à d'autres investigations médicales et rejette par conséquent les conclusions de la recourante y relatives.

9. Ne présentant aucune invalidité dans le poste de travail occupé précédemment, il n'y a pas lieu d'entrer en matière sur sa demande de mesures d'ordre professionnel.
10. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté.
11. La recourante, qui succombe, sera condamnée à l'émolument de justice de 200 fr.

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

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. Le rejette.
3. L'émolument, fixé à 200 fr., est mis 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); 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

Claire CHAVANNES

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