

## **GE\_GERICHTE A/3178/2007 vom 30. Juli 2008**

GE Cour de justice, 2008-07-30, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_3178\\_2007](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3178_2007)

FR: GE\_GERICHTE A/3178/2007 du 30 juillet 2008

IT: GE\_GERICHTE A/3178/2007 del 30 luglio 2008

### **Volltext**

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 30.07.2008 A/3178/2007

A/3178/2007 ATAS/839/2008 du 30.07.2008 ( AI ) , ADMIS Recours TF déposé le 08.09.2008, rendu le 26.09.2008, IRRECEVABLE, 9C\_700/2008 En fait En droit RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/3178/2007 ATAS/839/2008 ARRÊT DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES Chambre 4 du 30 juillet 2008 En la cause Madame P\_\_\_\_\_, domiciliée c/o Mme Q\_\_\_\_\_, à CHÂTELAINE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Me Marc BELLON, avocat recourante contre OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ, sis rue de Lyon 97 à Genève intimé EN FAIT Madame P\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), titulaire d'un CFC d'horticultrice, a travaillé en qualité d'employée logistique aux archives de la banque X\_\_\_\_\_ depuis le 1<sup>er</sup> octobre 1998. À partir de juillet 2000, l'assurée a souffert de cervico-brachialgies gauches apparues, selon les avis médicaux, avec ou sans facteur déclenchant. Une IRM cervicale pratiquée le 8 septembre 2000 a révélé une hernie paramédiane gauche C6-C7 relativement importante et luxée vers le bas, qui comprimait la racine nerveuse C7 à gauche et comblait l'espace pré-médullaire. À compter du 27 juillet 2000, l'assurée s'est trouvée en incapacité de travail tantôt partielle, tantôt totale. En novembre 2000, elle a été opérée par discectomie et pose d'une cage inter-somatique. Elle a par la suite développé une pseudarthrose qui, en octobre 2001, a rendu nécessaire l'ablation de la cage inter-somatique encastrée dans le corps vertébral C7 et une spondylodèse par la mise en place d'un greffon tri-cortical autologue verrouillé par une plaque antérieure C6-C7. Le 8 novembre 2002, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OCAI) en vue de l'obtention d'une rente. Dans un rapport établi le 19 novembre 2002 à l'attention de l'OCAI, le Docteur A\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et affections rhumatismales et médecin traitant de l'assurée, a, outre les éléments déjà mentionnés, diagnostiqué un syndrome fibrositique et un syndrome du défilé thoracique bilatéral ; s'agissant de ses constatations objectives, le Dr A\_\_\_\_\_ faisait état de multiples points de syndrome fibrositique douloureux à la pression et d'une manœuvre de Wright positive avec souffle et abolition des pouls radiaux ; il constatait également l'absence d'arthrite et de facteur rhumatoïde, et la normalité de l'examen neurologique des membres supérieurs. Le Dr A\_\_\_\_\_ faisait d'autre part état des plaintes de sa patiente au sujet de douleurs articulaires généralisées touchant les mains, les coudes, les épaules, la nuque, le rachis lombaire, les hanches, les genoux et les pieds. Constatant l'échec des tentatives de reprise partielle de son activité professionnelle par l'assurée, successivement les 6 septembre 2000, 17 avril 2001 et 1<sup>er</sup> mars 2002, et l'aggravation constante de son état de santé, il a établi qu'au regard d'une symptomatologie « tellement tapageuse », aucune reconversion professionnelle n'était envisageable, toutes

mesures médicales étant impropres à améliorer la capacité de travail ainsi compromise. Pour le surplus, le Dr A \_\_\_\_\_ considérait qu'un examen médical complémentaire n'était pas nécessaire. Mandatée par l'OCAI le 25 août 2003 pour réaliser une expertise, la Doctoresse B \_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie et médecine interne, a diagnostiqué : 1) un trouble somatoforme douloureux chronique avec points de fibromyalgie positifs, 2) un syndrome cervical chronique et 3) un probable état dépressif réactionnel. L'origine de cet état étant à chercher dans la symptomatologie douloureuse de l'assurée, une expertise psychiatrique était jugée nécessaire. Au chapitre de l'anamnèse, le rapport d'expertise, daté du 24 décembre 2003, fait état des éléments suivants : l'assurée, titulaire d'un CFC d'horticultrice, n'avait jamais exercé cette profession en raison de l'hostilité du milieu professionnel à la présence féminine ; sans formation d'employée de commerce, elle avait cependant trouvé du travail à plusieurs reprises dans le domaine bancaire, où elle s'occupait principalement de la distribution du courrier et de certains travaux de secrétariat ; mariée en 1982, elle avait, en 1989, donné naissance à une fille, Morgane, laquelle était entièrement à sa charge depuis le prononcé du divorce en 19[90] ; depuis janvier 2000, des cervico-brachialgies gauches étaient apparues sans facteur déclenchant, avec une irradiation sur la face postérieure du bras jusque dans le quatrième doigt ; un traitement anti-inflammatoire avait été prescrit par son médecin traitant, dont le résultat s'était avéré moyennement satisfaisant ; suite aux opérations chirurgicales évoquées plus haut, l'assurée avait continué à bénéficier d'un traitement conservateur comprenant un anti-inflammatoire associé à de l'Acétalgine et un myorelaxant, ainsi que d'un traitement antidépresseur à base de Seropram 20 mg par jour ; une tentative avec du Tryptisol avait été interrompue en raison d'effets secondaires avec une baisse de vigilance ; pour le surplus, l'assurée avait bénéficié à plusieurs reprises d'une prise en charge en physiothérapie et se proposait d'entreprendre un traitement d'acupuncture. Au chapitre des données subjectives, l'experte rapportait notamment les éléments suivants : l'assurée se plaignait de cervico-brachialgies gauches apparues en juillet 2000 sans facteur déclenchant ; elle signalait cependant une première chute, à l'âge de 20 ans, alors qu'elle était assise sur une chaise à roulettes, et une seconde, en 1999, alors qu'elle cheminait dans la nuit, avec réception sur le côté gauche ; suite à cette chute, elle avait présenté des syndromes cervicaux aigus fréquemment accompagnés de migraines ; entre la première et la deuxième intervention chirurgicale, elle avait commencé à présenter des douleurs diffuses prédominant au niveau cervical mais qui s'étaient rapidement étendues au niveau des épaules, des bras et des coudes, avec une sensation de chaleur brûlante ; ultérieurement étaient apparues des douleurs au niveau des genoux, des hanches, des chevilles et des pieds ; certains jours, elle était capable de marcher sur une distance illimitée et d'autres, elle parvenait à peine à sortir de chez elle ; la position assise était bien supportée ; la symptomatologie douloureuse chronique la rendait irritable et entraînait une fatigue considérable ; elle était fréquemment réveillée la nuit par des douleurs dans la nuque et devait fréquemment changer de position ; elle se sentait déprimée et découragée par la douleur, qui était constante et qui la « rong[eait] » intérieurement. Le status clinique présentait notamment les éléments suivants : l'assurée était en état général conservé, à l'heure au rendez-vous et s'était déplacée normalement de la salle d'attente à la salle d'examen ; elle pesait 44 kg pour une taille de 160 cm ; point de fibromyalgie : 18/18 positifs ; la mobilisation du rachis cervical était douloureuse dans toutes les directions et particulièrement en flexion latérale gauche ; la flexion latérale de la colonne lombaire était diminuée d'un tiers des deux côtés avec rectitude ; le status ostéo-articulaire faisait apparaître un Gänslén sensible des deux côtés des mains, des douleurs à la palpation des

épicondyles, des douleurs aux épaules avec difficulté à l'abduction à partir de 90°, les manœuvres de contre-résistance étant toutes positives ; enfin, les status neurologiques des membres supérieurs et inférieurs présentaient, hormis une diminution de la sensibilité au niveau du cinquième doigt de la main gauche, des résultats négatifs. Au chapitre de l'appréciation du cas et du pronostic, la Dresse B \_\_\_\_\_ précisait notamment que l'état douloureux correspondait à un trouble somatoforme douloureux avec un épicode douloureux au niveau de la région cervicale ; l'examen clinique révélait des limitations fonctionnelles lors de la mobilisation du rachis cervical et particulièrement lors de la mobilisation des membres supérieurs. En dépit d'un examen clinique rassurant, il était sensé d'admettre l'impact fonctionnel causé par les douleurs ; en tenant compte des limitations fonctionnelles au niveau de la colonne cervicale et des membres supérieurs ainsi que du trouble somatoforme douloureux diffus, il était raisonnable d'admettre une incapacité de travail de 40%, ceci même dans une activité adaptée à l'atteinte fonctionnelle. En conséquence, il convenait d'admettre l'existence d'une limitation quant au port de charges à 5 kg. Compte tenu du syndrome cervical chronique, des mouvements répétitifs avec les membres supérieurs, au-delà de 90° d'abduction ou de grande amplitude, étaient déconseillés, le respect de l'ergonomie rachidienne et une alternance des positions debout et assise étant en outre souhaitables. Une activité d'horticultrice, exercée à l'extérieur et contraignante pour le rachis lombaire, était par conséquent proscrite. En revanche, une activité de bureau était parfaitement exigible à un taux de 60%, soit quatre à six heures par jour aux conditions prescrites et moyennant l'usage d'un plan de travail horizontal. Enfin, des mesures de réadaptation professionnelles dans le milieu commercial étaient parfaitement envisageables à bref délai, compte tenu du bon niveau de scolarisation et des années d'expérience de l'assurée. Dans son rapport d'examen au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), la Dresse C \_\_\_\_\_ a fixé le taux d'invalidité de l'assurée à 40%, en tenant compte d'un taux d'incapacité de travail de 20% imputable au syndrome cervical chronique et d'un taux d'incapacité de travail de 20% imputable au trouble somatoforme (ou fibromyalgie), tant en raison des douleurs ressenties que de la baisse de la thymie réactionnelle. Par lettre du 3 septembre 2004 adressée à l'OCAI, l'assurée a sollicité l'établissement d'une contre-expertise médicale par la division de rhumatologie de l'hôpital cantonal de Genève, au motif que l'ampleur des difficultés qu'elle rencontrait au quotidien n'avait pu être correctement évaluée par la Dresse B \_\_\_\_\_ : au cours de la consultation, qui n'avait duré qu'une heure et demie, une heure avait été consacrée à des questions d'état civil et d'ordre privé ou professionnel. Par décision du 23 septembre 2004 adressée à l'assurée, l'OCAI lui a octroyé, d'une part, une rente entière d'invalidité et une rente simple complémentaire pour enfant du 1<sup>er</sup> novembre 2001 au 28 février 2002 et, d'autre part, un quart de rente simple d'invalidité et un quart de rente complémentaire pour enfant dès le 1<sup>er</sup> mars 2002. L'assurée s'est opposée à cette décision par lettre du 6 octobre 2004. Elle faisait notamment valoir que, loin de s'être amélioré, son état de santé s'était au contraire sévèrement détérioré. Partant, la réduction de la rente entière d'invalidité à un quart de rente n'était pas justifiée. Par décision du 15 octobre 2004, l'OCAI a rejeté l'opposition et confirmé la décision du 23 septembre précédent. Par acte du 4 novembre 2004 adressé à la Juridiction de céans, l'assurée a déclaré recourir contre la décision sur opposition. Par lettre du 15 novembre 2004, le Dr A \_\_\_\_\_ a sollicité de l'OCAI la reconsidération de sa décision sur la base d'une nouvelle expertise. En substance, il déplorait que, pour motiver le rejet de l'opposition de sa patiente, l'Office ait fait prévaloir l'avis de la Dresse B \_\_\_\_\_ sur le

sien propre, alors qu'il bénéficiait non seulement de la même spécialisation en rhumatologie que son confrère, mais également d'une connaissance approfondie de l'état de santé de l'assurée, qu'il recevait en consultation depuis vingt ans. Par pli recommandé adressé au conseil de l'assurée le 26 novembre 2004, l'OCAI a, après réexamen des pièces versées au dossier, décidé de reprendre l'instruction de la demande de rente sur le plan médical et, en particulier, d'examiner avec soin les éventuelles répercussions entraînées par le trouble somatoforme douloureux diagnostiqué par les médecins rhumatologues. Par arrêt rendu le 14 décembre 2004, le Tribunal de céans a pris acte de l'annulation, par l'OCAI, de sa décision sur opposition du 15 octobre précédent, lui a donné acte de son accord à reprendre l'instruction de l'affaire par l'exécution d'une expertise psychiatrique, étant précisé que celle-ci serait confiée à un médecin spécialiste indépendant ou à un hôpital cantonal et a, pour le surplus, déclaré le recours sans objet. Par lettre du 14 mars 2005, l'OCAI a informé l'assurée qu'il avait, aux fins de déterminer le caractère éventuellement invalidant du trouble somatoforme douloureux, mandaté le Dr D \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et en psychothérapie, en qualité d'expert. Le Dr D \_\_\_\_\_ a dressé son rapport d'expertise le 2 août 2005. Il y diagnostiquait, selon la classification CIM-10, 1) un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F32.2) et 2) un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4), présents depuis juillet 2000 et ayant tous deux une répercussion sur la capacité de travail de l'assurée. Au chapitre de l'anamnèse, l'expert rapportait notamment les éléments suivants : sur le plan psychique, l'assurée avait, après moult hésitations dues, selon elle, à son caractère très introverti, récemment consulté un psychiatre, consultation qui n'avait pas porté ses fruits. Au chapitre des données subjectives, elle faisait état d'un repli sur elle-même, d'un isolement, d'une réclusion, alors qu'elle était auparavant extravertie, et d'une difficulté à communiquer en rapport aussi bien avec son état d'humeur qu'avec les douleurs éprouvées et les limitations physiques ; la douleur physique devenait douleur morale ; elle évitait les contacts et ne pouvait tenir ses engagements ; elle ressentait l'absence de réserves d'énergie et devait s'économiser ; d'autre part, suite à l'expertise rhumatologique, elle avait eu l'impression qu'on ne la croyait pas et que l'on ne saisissait pas la véracité et la gravité de ses douleurs. Le status psychique de l'expertise comprend les éléments suivants : « Tristesse, inhibition, voix basse et monocorde, faciès[ ] triste, gestuelle diminuée » ; l'assurée pleurait en évoquant ses souffrances ; « troubles somatoformes ; douleurs articulaires généralisées aux mains, coudes, épaules, nuque, rachis lombaire, hanches, genoux ; raideur[s] matinales ; multiples points de syndrome fibrositique douloureux (Docteur A \_\_\_\_\_) » ; d'autre part, un test de Hamilton pratiqué le 31 mai 2005 avait donné un score de 32 points, correspondant à une dépression sévère. Au chapitre de l'appréciation du cas et du pronostic, le Dr D \_\_\_\_\_ précisait : « la chronicité de la symptomatologie renforcée par deux opérations neurochirurgicales est de mauvais augure pour [c]e qui est de l'amélioration du tableau psychopathologique. Le pro[ ]nostic est donc réservé pour [c]e qui concerne la capacité de travail ». En conclusion, l'expert rapportait : « le trouble de l'humeur récurrent ainsi que le syndrome douloureux somatoforme persistant sont à l'origine d'une limitation totale de la capacité de travail, c'est-à-dire d'une incapacité de travail totale. Il en est de même au plan social où l'on constate un important retrait social ». L'incapacité de travail avait évolué progressivement en s'aggravant depuis juillet 2000. L'activité exercée jusque là n'était donc plus exigible, l'assurée n'étant « plus capable d'activité professionnelle » depuis le 16 avril 2002. En outre, toute mesure de réadaptation professionnelle était d'emblée exclue. Par avis médical SMR du 21 septembre 2005, le Dr E \_\_\_\_\_, retenant

que l'assurée présentait un trouble somatoforme douloureux et un syndrome cervical chronique, a émis une recommandation selon laquelle il convenait d'écarter les conclusions de l'expertise précitée et de soumettre l'assurée à un nouvel examen psychiatrique au Service médical régional. Par lettre du 14 novembre 2005, complétée le 24 février 2006, l'OCAI, considérant que l'expertise psychiatrique « manqu[ait] d'objectivité », a informé l'assurée de la nécessité de procéder à un examen supplémentaire, lequel a été effectué par le SMR le 8 décembre 2005. La Dresse F\_\_\_\_\_ en a dressé le rapport en date du 8 mars 2006. Les diagnostics retenus comprenaient, selon la classification CIM-10, 1) un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4), 2) une dépression réactionnelle d'intensité moyenne (F32.1) et, sans répercussion sur la capacité de travail, 3) une agoraphobie sans trouble panique, d'intensité légère (F40.00). Au chapitre de l'appréciation du cas, l'examinatrice faisait état de son désaccord avec le diagnostic d'état dépressif récurrent posé par le Dr D\_\_\_\_\_, au motif que l'assurée avait, en l'absence d'antécédents psychiatriques, développé une symptomatologie dépressive d'intensité moyenne, réactionnelle à la deuxième intervention chirurgicale subie, qui constituait une première décompensation dépressive réactionnelle, de sorte que les critères cliniques de la CIM-10, qui comprennent la survenue répétée d'épisodes dépressifs, n'étaient pas respectés. Était en outre retenu le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant. Pour le surplus, le cumul des critères de sévérité, comme la présence d'une symptomatologie anxio-dépressive d'intensité moyenne, d'une affection corporelle chronique, d'une perte d'intégration sociale, du caractère chronique de la maladie sans rémission durable, d'une durée de plusieurs années de la maladie avec des symptômes stables ou en évolution, de l'échec des traitements conformes aux règles de l'art et d'un état psychique cristallisé, permettait de fonder un pronostic défavorable. En conclusion, au regard du diagnostic posé et de la souffrance éprouvée par l'assurée, objectivable pendant l'entretien, l'examinatrice a évalué, sur le plan psychiatrique, une capacité de travail exigible à 50% tout au plus dans toute activité. Par deux actes séparés du 24 mai 2006 adressés à l'assurée, l'OCAI lui a accordé, d'une part, le bénéfice d'une rente entière d'invalidité et d'une rente complémentaire du 1<sup>er</sup> novembre 2001 au 31 mai 2002 et, d'autre part, le bénéfice d'une demi-rente simple d'invalidité et d'une demi-rente complémentaire pour l'enfant Morgane dès le 1<sup>er</sup> juin 2002. À l'appui de ses décisions, l'Office faisait notamment valoir que le diagnostic de trouble dépressif récurrent sévère sans symptôme psychotique, tel qu'établi par le Dr D\_\_\_\_\_, n'avait pas été retenu dans la mesure où les critères requis par la CIM-10 pour poser ce diagnostic n'avaient pas été respectés. Le rapport de l'examen psychiatrique complémentaire du 8 décembre 2005 concluait qu'en raison du cumul, dans le cas particulier, des critères de sévérité définis par la jurisprudence, il se justifiait d'admettre une incapacité de travail de 50% dans toute activité à compter du 1<sup>er</sup> mars 2002, date à partir de laquelle le Dr D\_\_\_\_\_ avait, au terme du délai de consolidation post-opératoire, attesté l'amélioration durable de l'état de santé de l'assurée et la reprise de son activité professionnelle à mi-temps. Par pli recommandé du 12 juin 2006, l'assurée a déclaré faire opposition. Expédiée le 19 juillet suivant, dans le délai imparti par l'Office, la motivation de l'opposition consistait à démontrer qu'elle souffrait, non pas d'une dépression réactionnelle d'intensité moyenne, mais bien d'une dépression réactionnelle sévère telle que diagnostiquée par le Dr D\_\_\_\_\_ et confirmée par un échange de correspondance subséquent avec lui. À cet égard, l'assurée relevait que le diagnostic de fond retenu par la Dresse F\_\_\_\_\_ s'avérait finalement plus grave que celui retenu par le Dr D\_\_\_\_\_ puisque, selon la

première, elle n'avait pas connu de rémissions épisodiques de son état depuis 2002. D'autre part, il était reproché à la Dresse F \_\_\_\_\_ de n'avoir pas tenu compte du taux d'incapacité de travail induit par le syndrome cervical chronique, évalué par la Dresse C \_\_\_\_\_ à 20% (cf. supra 8). De plus, la Dresse F \_\_\_\_\_ s'était abstenue d'évaluer la gravité de la dépression au moyen de l'échelle de Hamilton, ou de toute autre échelle internationalement reconnue en la matière. Par « mandat » du 3 novembre 2006, l'OCAI a notamment requis du Dr E \_\_\_\_\_, qui a transmis la requête à la Dresse F \_\_\_\_\_ par note interne du 13 novembre 2006, des éclaircissements au sujet de la primauté des critères cliniques sur le test de Hamilton pour le diagnostic de dépression. Le 13 novembre 2006, le SMR a établi un avis médical en référence au mandat précité. Il y apparaît que, selon les critères de la CIM-10, le diagnostic de trouble dépressif récurrent n'avait pas été retenu dans la mesure où l'assurée n'avait pas présenté plusieurs épisodes dépressifs et où, selon ses informations anamnestiques, elle n'avait pas présenté d'amélioration significative de son état. D'autre part, il est admis par la doctrine médicale que l'échelle de Hamilton n'est pas une échelle de diagnostic mais un bon indicateur de l'intensité globale de la dépression, suffisamment sensible pour apprécier les changements sous traitement antidépresseur. Enfin, le diagnostic de trouble dépressif réactionnel à des douleurs chroniques ne représente pas une maladie psychiatrique invalidante, de sorte qu'un tel diagnostic ne saurait être reconnu comme constitutif d'une comorbidité psychiatrique autonome du trouble somatoforme douloureux. Partant, au regard des critères de l'assurance-invalidité, une capacité de travail de 50% pouvait être exigée de l'assurée. Par décision rendue le 25 juin 2007, l'OCAI a rejeté l'opposition (point 1) et confirmé ses décisions du 24 mai 2006 (point 2). À l'appui de sa décision, il fait notamment valoir que le taux d'incapacité de travail retenu par la Dresse C \_\_\_\_\_ pour le syndrome cervical chronique avait lieu d'être pris en considération dans le contexte de l'exercice d'une activité à 100% ; qu'étant donné que l'assurée présentait une incapacité de travail de 50% pour des raisons psychiques, il n'y avait pas lieu d'attendre une quelconque incapacité de travail pour des raisons somatiques dans ce contexte. Par acte déposé au greffe du Tribunal de céans le 17 août 2007, l'assurée a formé recours contre ladite décision. Elle conclut à l'annulation des points 1 et 2 du dispositif, à la constatation d'une invalidité à 100%, subsidiairement à 70%, et du droit au versement d'une rente entière au-delà du 1<sup>er</sup> juin 2002, ainsi qu'à la condamnation de l'OCAI au paiement des émoluments de la présente instance et d'un montant de 10'000 fr. valant participation aux honoraires de son avocat. À l'appui de ses prétentions, la recourante fait en substance valoir que, dans son rapport du 24 décembre 2003 (cf. supra 7), la Dresse B \_\_\_\_\_ avait clairement diagnostiqué et distingué, d'une part, un syndrome cervical chronique, soit une affection somatique séquellaire aux opérations chirurgicales subies et, d'autre part, un trouble somatoforme douloureux chronique à l'origine de l'état dépressif réactionnel qui avait nécessité les expertises psychiatriques réalisées par la suite. La distinction entre l'affection somatique et l'affection psychique avait pourtant été confirmée par le SMR en la personne du Dr E \_\_\_\_\_ (cf. supra 19). Or, ces deux diagnostics avaient été retenus cumulativement, de sorte que les taux d'incapacité de travail imputables à l'un et à l'autre avaient, à juste titre, été additionnés. La recourante relève en outre qu'au printemps 2005, l'OCAI n'avait pas donné suite à la requête de son conseil tendant à obtenir la liste des questions qui devaient être soumises à l'expert désigné en la personne du Dr D \_\_\_\_\_. Cela étant, ce praticien avait, sur la base d'un test de Hamilton, diagnostiqué un trouble dépressif récurrent sévère et constaté un syndrome douloureux somatoforme persistant qui l'avaient amené, pour ce

qui est de l'évaluation de la capacité de travail, à réserver expressément l'avis des médecins somaticiens. La recourante avait donc été stupéfaite d'apprendre, à l'issue d'attribution de conclusions incompréhensibles de la part de l'OCAI et du SMR, que les conclusions émises par le Dr D \_\_\_\_\_ avaient été écartées au motif d'un « manque d'objectivité » et que les critères cliniques requis par la CIM-10 pour poser son diagnostic n'avaient pas été respectés, l'OCAI se gardant bien de préciser de quels critères il s'agissait. À cela s'ajoutait le fait qu'en ordonnant un nouvel examen psychiatrique par le SMR, l'OCAI s'était soustrait à l'injonction du Tribunal de céans de mandater, à cet effet, un médecin spécialiste indépendant ou un hôpital cantonal (cf. supra 16). Enfin, la recourante fait valoir qu'en dépit des éclaircissements demandés (cf. supra 24), le fait que la Dresse F \_\_\_\_\_ se soit abstenue d'évaluer la gravité de sa dépression au moyen de l'échelle de Hamilton, ou de toute autre échelle internationalement reconnue, demeure obscur aujourd'hui encore. Dans sa réponse du 18 septembre 2007, l'OCAI a conclu au rejet du recours, renvoi étant fait, s'agissant des motifs, à la décision sur opposition et à la décision d'octroi de rente du 24 mai 2006. Pour le surplus, l'Office intimé précise que le Tribunal fédéral des assurances a eu l'occasion de juger que le taux d'incapacité de travail ne résulte pas de la simple addition de deux taux d'incapacité de travail (d'origine somatique et psychique), mais procède bien plutôt d'une évaluation globale. Dans sa réplique du 11 octobre 2007, la recourante fait notamment valoir que la jurisprudence évoquée par l'Office intimé, sortie de son contexte, doit être comprise en ce sens que l'appréciation de la capacité de travail globale doit résulter d'un consensus médical intervenant entre les experts consultés, et non d'une simple opération arithmétique, effectuée par un tiers intervenant, qui se limiterait à inclure le taux d'incapacité d'origine somatique dans le taux d'incapacité d'origine psychique, comme si le premier taux n'était susceptible d'aucune incidence sur la capacité de travail globale. À cela s'ajoute que la Dresse F \_\_\_\_\_ n'ayant pas qualité d'expert indépendant, le consensus aurait dû intégrer l'avis du Dr D \_\_\_\_\_. Par duplique du 2 novembre 2007, l'OCAI a notamment fait valoir que les services médicaux interdisciplinaires sont, de par la loi, indépendants dans l'appréciation médicale des cas qui leurs sont soumis. À ce titre, ils se doivent d'examiner, dans chaque cas d'espèce, si les critères requis pour conférer pleine valeur probante aux expertises sont réalisés. Tel est le cas si l'examen du SMR a permis d'établir : que les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée ; que le rapport se fonde sur des examens médicaux complets qui tiennent compte des plaintes exprimées par la personne examinée ; qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse) ; que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation soient claires ; qu'enfin, les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Or, le rapport d'expertise du Dr D \_\_\_\_\_ avait été jugé très sommaire, l'anamnèse superficielle, l'examen clinique insuffisamment étayé et les diagnostics peu motivés. D'autre part, le Dr D \_\_\_\_\_ n'avait pas pris en compte les critères de Mosimann, indispensables au diagnostic du trouble somatoforme douloureux. À l'audience de comparution personnelle des parties du 16 janvier 2008, la recourante a notamment déclaré que son état de santé était stationnaire et qu'elle n'acceptait pas de souffrir, ce qui était très difficile sur le plan psychique ; la prise importante de médicaments l'avait rendue malade, de sorte qu'elle avait progressivement cessé de prendre les antidépresseurs que son médecin traitant lui avait prescrits, reprenant toutefois de l'Efexor quand ça n'allait pas. Pour sa part, l'Office intimé a déclaré qu'il ignorait la raison pour laquelle le SMR avait réalisé lui-même un examen psychiatrique plutôt que d'ordonner une contre-expertise. Sur quoi, le Tribunal a réservé l'audition du Dr D \_\_\_\_\_. À l'audience

d'enquêtes du 13 février 2008, le Dr D \_\_\_\_\_ a notamment déclaré que, dans le cadre de l'expertise confiée par l'OCAI, il avait examiné la recourante à deux reprises, les 10 et 31 mai 2005 et que celle-ci, qui pèse actuellement 42 kg, est proche de l'anorexie et qu'elle se trouve à la limite d'une hospitalisation. Sur question, il a expliqué qu'un trouble dépressif récurrent évolue par poussées avec des rémissions, et qu'il avait posé son diagnostic au vu de l'anamnèse. Il a en outre déclaré que la recourante lui avait dit que, depuis un accident survenu en 1999, elle avait présenté des états dépressifs entrecoupés de « sauts d'optimisme », de sorte qu'il en avait conclu qu'elle avait présenté plusieurs épisodes dépressifs ; que son médecin traitant l'avait mise au bénéfice d'un traitement d'Efexor et de Remeron pendant quatre ans, ces deux antidépresseurs étant combinés en cas de dépression résistante ; qu'elle n'avait pas eu de traitement psychiatrique dispensé par un spécialiste ; qu'à cet égard, une psychothérapie étant quelque chose de très personnel, tout patient qui fait une dépression n'est pas forcément prêt à s'y soumettre ; qu'en l'occurrence, compte tenu de la personnalité introvertie et réservée de la recourante, que celle-ci y ait renoncé ne devrait pas surprendre, ce d'autant moins qu'elle entretenait une très bonne relation thérapeutique avec son médecin traitant. D'autre part, le témoin a déclaré qu'en 2006, le test de Hamilton, couramment utilisé, était l'étalon clinique international d'évaluation de la dépression et qu'à l'heure actuelle, un autre test, le MADRS, peut-être un peu plus fin que le test de Hamilton, est également en usage chez les psychiatres ; que le diagnostic de trouble dépressif récurrent sévère avait été posé au vu de l'examen clinique, de l'anamnèse et de l'impression clinique, l'intérêt du test de Hamilton étant qu'il s'agit d'un test objectif que tout le monde peut faire, et qu'il est d'ailleurs réclamé par le formulaire de l'assurance-invalidité ; ce test est un appui supplémentaire pour poser le diagnostic de trouble dépressif récurrent sévère. Enfin, le Dr D \_\_\_\_\_ a tenu à préciser que le rapport du 8 décembre 2005 (cf. supra 21) comportait une erreur, en ce sens que le diagnostic de dépression réactionnelle a, dans la CIM-10, été remplacé par celui d'épisode dépressif. Au terme de l'audience, la recourante a déclaré n'avoir plus rien à ajouter et persister dans ses conclusions ; le Tribunal a pour sa part octroyé un délai au 5, reporté par la suite au 18 mars 2008, à l'OCAI pour déposer ses conclusions après enquêtes. Par acte du 13 mars 2008, l'Office intimé a déclaré persister dans sa position et conclure au rejet du recours. Il a en outre produit un avis médical établi la veille par le SMR en la personne de la Dresse G \_\_\_\_\_, lequel précise qu'un diagnostic se pose non seulement sur l'anamnèse, mais également sur le status, faute de quoi le diagnostic serait entièrement subjectif ; qu'il ressort du témoignage du Dr D \_\_\_\_\_ qu'il s'était fondé sur les seules déclarations de la recourante, c'est-à-dire sur la seule anamnèse, pour établir que la recourante avait présenté plusieurs épisodes dépressifs. D'autre part, le test de Hamilton, qui avait été élaboré par les firmes pharmaceutiques pour mesurer l'efficacité des antidépresseurs, était conçu pour le suivi des patients lorsqu'un traitement est introduit ; il fait également office de test de dépistage mais, tout comme le MADRS, il n'a aucune valeur diagnostique en matière d'expertise ou même de diagnostic initial. Enfin, le SMR fait valoir qu'en confirmant que la recourante n'avait pas présenté de maladie préexistante à l'accident survenu en 1999, le témoin D \_\_\_\_\_ avait également confirmé que le trouble dépressif était réactionnel au syndrome douloureux et qu'il ne constituait donc pas une comorbidité psychiatrique sévère. Il convenait par conséquent de retenir, selon l'avis médical du 8 décembre 2005, que l'assurée était incapable de travailler au taux de 50%. Dans ses observations du 1<sup>er</sup> avril 2008, la recourante a notamment fait valoir que s'il est exact que seule l'anamnèse permet de conclure à des épisodes de rémission anciens, l'anamnèse et le

status, le test de Hamilton étant un élément du status clinique psychiatrique puisqu'il incorpore des questions qui ont trait à des éléments objectifs caractéristiques et actuels, avaient permis, au printemps 2005, de diagnostiquer le trouble dépressif sévère. Partant, le Dr D \_\_\_\_\_ n'avait pas fondé son diagnostic psychiatrique sur la seule anamnèse. Au demeurant, contester l'existence d'épisodes de rémission reviendrait à conclure à l'existence d'une dépression sévère sans épisode de rémission. D'autre part, dire que le test de Hamilton avait été élaboré par des firmes pharmaceutiques n'apportait rien aux débats, dans la mesure où il n'y a notoirement pas d'autre moyen que ce test et le MADRS pour évaluer la sévérité d'une dépression sur le plan clinique. D'autre part encore, la recourante relève que le caractère « réactionnel » d'une dépression ne permet pas de préjuger de son degré de sévérité, et qu'à aucun moment l'expert n'avait affirmé que le trouble dépressif ne serait qu'une « comorbidité psychiatrique ». Enfin, elle précise que, pendant des années, elle avait pris des psychotropes aux effets secondaires tellement marqués qu'ils l'avaient rendue encore plus malade sans améliorer son état, et que son comportement s'expliquait par le découragement total qui était le sien à l'égard des traitements lourds et inefficaces qui lui avaient été prescrits pendant très longtemps. En conclusion, l'appréciation du Dr D \_\_\_\_\_, qui est le seul avis d'expert psychiatre indépendant versé à la procédure, ne peut aujourd'hui plus être remis en cause et sa pleine valeur probante doit être admise.

Le 3 avril 2008, le Tribunal a communiqué ces écritures à l'Office intimé et gardé la cause à juger. EN DROIT 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'art. 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. 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, 129 V 4 consid. 1.2, 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références citées). En particulier, les dispositions de la nouvelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4<sup>e</sup> révision), entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2004 (RO 2003 3852), sont régies par ce principe. Dès lors que les faits déterminants se sont réalisés en partie avant et après l'entrée en vigueur de la LPGA et de ladite nouvelle, le droit à la rente doit être examiné au regard de l'ancien droit pour les périodes jusqu'au 31 décembre 2003 et en fonction de la nouvelle réglementation légale après cette date. Les règles de procédure contenues dans la LPGA s'appliquent quant à elles sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a ; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). Partant, la LPGA, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003, s'applique pleinement aux actes accomplis depuis cette date. Relevons encore que 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 343 consid. 3). Enfin, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la LAI, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 2006, apporte des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). En particulier, la procédure de recours en matière de contestations portant

sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le Tribunal de céans est désormais soumise à des frais de justice, qui doivent se situer entre 200 fr. et 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). Le présent litige étant soumis au nouveau droit (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005), il sera perçu un émolument. Selon l'art. 60 al. 1 er LPGA, le délai de recours est de trente jours. La décision du 25 juin a été reçue par la recourante le 27 juin 2007. Le délai de recours a commencé à courir le lendemain de la réception de sorte que, compte tenu de sa suspension du 15 juillet au 15 août, il est arrivé à échéance le mardi 28 août 2007 (art. 38 al. 1 et 4 LPGA). Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi (art. 56 ss LPGA), le recours déposé le 17 août 2007 est recevable. La recourante conclut à ce qu'il soit constaté que le taux de son invalidité est de 100%, subsidiairement de 70%, de sorte que son droit au versement d'une rente entière d'invalidité persiste au-delà du 31 mai 2002. Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit la réduction de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'ancien art. 41 LAI (cf. art. 17 LPGA dès le 1 er janvier 2003; ATF 125 V 413 consid. 2d et les références ; VSI 2001 p. 157 consid. 2). Aux termes de cette disposition (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002), si l'invalidité d'un bénéficiaire de rente se modifie de manière à influencer le droit à la rente, celle-ci est, pour l'avenir, augmentée, réduite ou supprimée. Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver la révision de celle-ci. En cas d'allocation d'une rente dégressive ou temporaire, la date de la modification du droit (diminution ou suppression de la rente) doit être fixée conformément à l'art. 88 a al. 1 RAI (ATF 125 V 417 consid. 2d; RCC 1984 p. 137). Selon cette disposition, en sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002, si la capacité de gain d'un assuré s'améliore ou que son impotence s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès que l'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 er LPGA et 4 al. 1 er LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA, 28 al. 2 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 et 28 a al. 1 er LAI depuis le 1 er janvier 2008). Relevons d'ores et déjà que l'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage est un principe général du droit des assurances sociales (ATF 129 V 460 consid. 4.2, 123 V 230 consid. 3c, 117 V 275 consid. 2b, et les références citées), codifié depuis le 1 er janvier 2008 aux art. 7 ss LAI. L'entrée en vigueur de la 4 e révision de la LAI a modifié la teneur de l'art. 28 al. 1 er LAI relatif à l'échelonnement des rentes selon le taux d'invalidité. Alors qu'une rente entière était accordée auparavant à un assuré dès que le degré d'invalidité atteignait 66%, cette disposition prévoit désormais d'octroyer trois quarts de rente à un assuré présentant un degré d'invalidité d'au moins 60%

et une rente entière à celui dont le taux est égal ou supérieur à 70%, les conditions relatives à l'octroi d'un quart ou d'une demi-rente demeurant inchangées. Ainsi qu'il a déjà été dit, les principes développés jusqu'alors par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur validité, que ce soit sous l'empire de la LPGA ou de la 4<sup>e</sup> révision de la LAI (ATF 130 V 343 consid. 3.4 ; ATFA non publiés du 17 mai 2005, I 7/05, consid. 2, du 6 septembre 2004, I 249/04, consid. 4). Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1<sup>er</sup> LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références ; cf. aussi ATF 127 V 294 consid. 4c in fine). La reconnaissance de l'existence de troubles somatoformes douloureux persistants suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3 et consid. 6). Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques, d'un processus malade s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 352 ). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (MEYER-BLASER, *Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, in Schmerz und Arbeitsunfähigkeit*, St. Gall 2003, p. 77). Par ailleurs, s'agissant des troubles dépressifs, il y a lieu d'observer que selon la doctrine médicale (cf. notamment DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], *Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F]*, 4<sup>e</sup> édition, p. 191) sur laquelle s'appuie le Tribunal fédéral des assurances, les états dépressifs ne constituent en principe pas une comorbidité psychiatrique grave et durable à un trouble somatoforme douloureux, dans la mesure où ils ne sont en règle générale qu'une manifestation réactive qui ne doit pas faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATF 130 V 352 consid. 3.3.1 in fine ; MEYER/BLASER, *op. cit.* p. 81, note 135). Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a

eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1). 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 convient que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral 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 351 consid. 3). 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 lui (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc). D'autre part, le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee; ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee). Par arrêt du 31 août 2007 (I 65/07), le Tribunal fédéral a jugé que, dans un rapport SMR du 13 septembre 2004, la Dresse F\_\_\_\_\_, s'était prévalu du titre de psychiatre FMH auquel elle ne pouvait prétendre dès lors qu'elle ne disposait pas d'un diplôme fédéral de médecine ou d'un diplôme de médecine étranger reconnu en Suisse. Au moment de son expertise, elle ne disposait pas non plus d'une autorisation d'exercer une activité à titre de médecin dépendant puisque celle-ci lui avait été délivrée le 24 novembre 2006 par le département vaudois de la santé et de l'action sociale. Le Tribunal fédéral a estimé qu'indépendamment des compétences professionnelles propres de la Dresse F\_\_\_\_\_, les irrégularités d'ordre formel liées à sa personne et à l'exercice de son activité au sein du SMR entachaient la fiabilité du rapport médical établi sur mandat de l'administration. Aussi, la juridiction cantonale n'était-elle pas en droit de fonder son appréciation sur ce seul avis médical d'une valeur probante affaiblie. Enfin, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances, le taux de l'incapacité de travail ne résulte

pas de la simple addition de deux taux d'incapacité de travail (d'origine somatique et psychique) mais procède bien plutôt d'une évaluation globale. L'un des objectifs de toute expertise pluridisciplinaire est précisément d'établir, dans un rapport de synthèse, si les incapacités de travail attestées par divers spécialistes se recouvrent partiellement ou entièrement (ATFA non publié du 11 juillet 2006, I 249/05 consid. 3.1 ; cf. ég. ATFA non publié du 26 mai 2003, I 143/03 consid. 3.3). En l'espèce, les avis médicaux des médecins rhumatologues, le Dr A\_\_\_\_\_ et la Dresse B\_\_\_\_\_ (cf. supra EN FAIT 6 et 7), comme ceux des médecins psychiatres, le Dr D\_\_\_\_\_ et la Dresse F\_\_\_\_\_ (cf. supra EN FAIT 18 et 21), diffèrent quant aux conclusions auxquelles ils aboutissent, de sorte qu'il convient d'en examiner les mérites respectifs. Sur le plan somatique, force est de constater que le rapport médical établi par le Dr A\_\_\_\_\_ le 19 novembre 2002 n'explicite pas en quoi les constatations objectives et subjectives recueillies, symptomatologie simplement qualifiée de « tapageuse », devaient avoir pour conséquences une incapacité totale de travailler et l'impossibilité d'envisager une reconversion professionnelle ou des mesures de réadaptation. À cela s'ajoute que l'expérience dicte de n'accorder, a priori, qu'une valeur probante limitée à l'avis du Dr A\_\_\_\_\_ qui, en sa qualité de médecin traitant, pouvait être enclin à donner aux déclarations de sa patiente un crédit ou une importance exagérés, ce que l'absence de status clinique et d'explications dans le rapport médical établi par ses soins semble confirmer. L'expertise conduite subséquemment par la Dresse B\_\_\_\_\_ se fonde en revanche sur des examens cliniques étendus, sur une anamnèse complète, les plaintes exprimées par l'assurée lors de la consultation étant prises en considération, et sur une description précise des interférences médicales, de sorte que le diagnostic posé, qui comprend un trouble somatoforme douloureux chronique, un syndrome cervical chronique, conséquence des interventions chirurgicales alors récentes, et un probable état dépressif réactionnel nécessitant la réalisation d'une expertise psychiatrique, est cohérent et digne de foi. S'agissant des conclusions que l'experte tire de ce diagnostic, il sied de retenir qu'elle évalue à 20% le taux d'incapacité de travail de l'assurée en raison des limitations générées par le syndrome cervical chronique. En revanche, pour ce qui est du taux d'incapacité de travail supplémentaire, estimé à 20% en raison du trouble somatoforme douloureux constaté, il convient de n'y accorder qu'une valeur informative, la Dresse B\_\_\_\_\_ n'étant pas spécialisée en médecine psychiatrique. Sur le plan psychique, le rapport d'expertise établi par le Dr D\_\_\_\_\_ le 2 août 2005 se fonde, s'agissant du status clinique, exclusivement sur le test de Hamilton pratiqué lors de la consultation du 31 mai précédent, qui l'a amené à conclure à l'existence d'une dépression sévère, et sur l'observation du comportement de l'assurée qu'il résume ainsi : « Tristesse, inhibition, voix basse, monocorde, faciès triste, gestuelle diminuée. Elle pleure en évoquant ses souffrances ». N'y figure en particulier aucune indication sur les raisons pour lesquelles une activité limitée ou des mesures de réadaptation devraient être exclues, alors même qu'un « important retrait social » de l'assurée est à déplorer. Pour le surplus, les indications fournies au chapitre de l'influence des troubles constatés sur la capacité de travail de la recourante sont sans valeur explicative. Entendu par le Tribunal en qualité de témoin, le Dr D\_\_\_\_\_ a certes précisé que la recourante avait suivi un traitement antidépresseur puissant et que sa personnalité introvertie et réservée l'avait amenée à renoncer à un traitement psychiatrique spécialisé, mais rien dans ces déclarations ne permet de se déterminer sur la question de savoir si un effort de volonté pourrait en l'état être exigé de la recourante et dans quelle mesure ; rien n'indique non plus que tous les traitements susceptibles d'apaiser les douleurs physiques et

morales dont l'intéressée se plaint aient échoué, ou qu'ils aient même été tentés. Force est donc de constater que les points essentiels n'ont pas fait l'objet d'une étude fouillée, et que la mise en œuvre d'exams complets et la description des interférences médicales exigées par la jurisprudence pour asseoir la motivation d'une expertise font largement défaut dans le cas d'espèce. En conséquence, il s'impose de considérer que la valeur probante du rapport d'expertise du 2 août 2005 et du témoignage recueilli le 13 février 2008 est faible. Pour sa part, la Dresse F\_\_\_\_\_ a rendu un rapport médical le 8 mars 2006, signé « psychiatre FMH » alors qu'elle n'en avait pas le titre et qu'elle n'était pas autorisée à travailler en tant que médecin dépendant. La situation étant similaire au cas évoqué plus haut, il convient d'en conclure que la valeur probante de l'appréciation faite par la Dresse F\_\_\_\_\_ n'a pas davantage de substance. Il découle de ce qui précède que les moyens de preuve mis à la disposition du Tribunal de céans ne lui permettent pas de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Il s'impose par conséquent de conclure que l'OCAI n'était pas davantage en mesure d'apprécier objectivement les mérites de l'opposition faite par la recourante le 12 juin 2006 contre sa décision du 24 mai précédent. Il sied, à cet égard, de préciser qu'on peine à comprendre la raison pour laquelle, après avoir à juste titre constaté que le rapport d'expertise du Dr D\_\_\_\_\_ était impropre à fonder une décision, l'Office intimé s'est abstenu de solliciter l'établissement d'une nouvelle expertise soumise aux mêmes conditions, c'est-à-dire réalisée par un médecin psychiatre indépendant ou par un hôpital cantonal. Force est en outre de constater qu'une synthèse des avis émis par les médecins somaticiens et par les médecins psychiatres fait cruellement défaut, de sorte qu'il apparaît qu'en l'état du dossier, le taux d'incapacité de travail de la recourante dès le mois de mars 2002, tel qu'établi par la Dresse G\_\_\_\_\_ (cf. supra 33), ne repose pas sur une appréciation globale du caractère invalidant de chacune des affections dont elle souffre ni des interférences que chacune produit sur les autres. En conséquence, faute d'éléments probants susceptibles de fonder un diagnostic psychiatrique et, cas échéant, d'une synthèse interdisciplinaire autorisée, il se justifie d'annuler la décision et la décision sur opposition rendues par l'OCAI respectivement les 24 mai 2006 et 25 juin 2007, à charge pour lui d'en rendre une nouvelle sur la base d'une expertise psychiatrique réalisée dans les conditions prescrites par l'arrêt du Tribunal de céans du 14 décembre 2004 déjà et d'une synthèse des résultats ainsi obtenus avec les conclusions établies sur le plan somatique, lesquelles n'ont pas à être renouvelées du fait de l'état stationnaire qu'elles présentent aux dires de la recourante elle-même. La recourante, représentée par un mandataire, a droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA), qu'au vu du nombre d'écritures, d'audiences ainsi que de l'importance et de la complexité du présent litige le Tribunal fixera à 3'000 fr. Pour le surplus, un émoluments de 1'000 fr. sera mis à la charge de l'OCAI en application de l'art. 69 al. 1bis LAI. **PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES** : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : L'admet dans le sens des considérants et annule les décisions de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité des 24 mai 2006 et 25 juin 2007. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision. Condamne l'intimé à verser à la recourante une indemnité de 3'000 fr. à titre de dépens. Met en outre un émoluments de 1'000 fr. à sa charge. 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 Isabelle CASTILLO La présidente Juliana BALDE Le secrétaire-juriste : Olivier TSCHERRIG Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.