

GE_GERICHTE A/479/2010 vom 14. Juli 2010

GE Cour de justice, 2010-07-14, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_479_2010

FR: GE_GERICHTE A/479/2010 du 14 juillet 2010

IT: GE_GERICHTE A/479/2010 del 14 luglio 2010

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 14.07.2010 A/479/2010

A/479/2010 ATAS/774/2010 du 14.07.2010 (AI) , ADMIS En fait En droit république et canton de Genève POUVOIR JUDICIAIRE A/479/2010 ATAS/774/2010 ARRET DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES Chambre 4 du 14 juillet 2010 En la cause Madame G _____, née H _____, domiciliée à GENEVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Yann Pierre MEYER recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue de Lyon 97, GENEVE intimé EN FAIT Madame G _____, née H _____, (ci-après l'assurée ou la recourante), d'origine italienne, naturalisée suisse, est née en 1976 en Suisse et y a vécu jusqu'en mai 1983, puis à nouveau dès le mois de mai 2001. Elle a travaillé en qualité de vendeuse chez X _____ SA du 1^{er} octobre 2002 au 30 juin 2006, suite à quoi elle a touché des prestations de l'assurance-chômage. En novembre 2002, l'assurée a subi un accident sur son lieu de travail. Par rapport du 3 décembre 2003, plusieurs médecins du Centre multidisciplinaire d'évaluation et de traitement de la douleur des Hôpitaux Universitaires de Genève (ci-après HUG) ont attesté qu'elle souffrait de cervico-brachialgies chroniques à prédominance droite et de dorso-lombalgies chroniques. Elle présentait 10 points de fibromyalgie positifs sur 18 et une évolution de sa pathologie en fibromyalgie n'était pas à exclure. Dans ses rapports médicaux initiaux des 18 et 22 février 2006, le Dr Elie M _____, spécialiste FMH en médecine interne, a informé l'assureur perte de gain maladie, que la totale incapacité de travail de l'assurée depuis le 18 janvier 2006 était due à son état dépressif et à son « état de crise de fibromyalgie », qui était actuellement incompatible avec une station debout prolongée. Par rapport d'expertise du 30 mars 2006, le Dr L _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, lequel a été mandaté par l'assureur perte de gain maladie, a retenu les diagnostics de syndrome douloureux chronique persistant et d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique, troubles qui avaient engendré, d'après lui, une diminution de la capacité de travail de 50% dans l'activité habituelle dès le 15 janvier 2006. Cette capacité de travail devait évoluer de manière positive dans les 3 à 4 mois avec un traitement antidépresseur conséquent et efficace tant sur le plan de l'humeur que sur le plan antalgique. Si l'assurée n'avait pas repris une activité à 50% dans les 4 mois, une nouvelle évaluation était indiquée. En date du 5 octobre 2006, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après l'OAI ou l'intimé), aujourd'hui OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sollicitant l'octroi d'une rente. Elle a indiqué souffrir d'une atteinte psychologique, psychomotrice et psychosomatique. Par rapport du 13 octobre 2006, le Dr M _____ a posé les diagnostics de conversion hystérique, d'état dépressif majeur récurrent, de phobie sociale, de fibromyalgie et de céphalée chronique, diagnostics existant depuis 10 ans environ et

ayant des répercussions sur la capacité de travail. L'assurée présentait une incapacité de travail de 50% du 15 janvier au 1^{er} mai 2006, de 100% du 4 au 22 mai 2006, de 50% jusqu'au 19 juin 2006 et de 100% depuis lors. Le médecin a notamment relevé l'existence de pleurs, d'une anhédonie, d'une tristesse, d'une insomnie, d'une peur de sortir dehors, d'une peur du regard et du jugement des autres et de douleurs permanentes des épaules, des cervicales, de la colonne dorsale et des hanches. Il a notamment transmis à l'OAI : - deux courriers des 17 février et 4 mai 2006 lui ayant été adressés par le Dr N _____, spécialiste FMH en neurologie, lequel a retenu que les antécédents personnels de l'assurée étaient ceux d'état anxio-dépressif, de fibromyalgie, et de status post-appendicectomie et conisation en 1999. Les céphalées dont elle souffrait en février 2006 évoquaient des migraines avec aura. Ses examens neurologiques étaient dans les limites de la norme. En mai 2006, la symptomatologie de l'assurée associait douleurs lombaires, faiblesse musculaire généralisée, paresthésies des quatre extrémités péri-buccales, sensation de tête vide, difficultés de concentration, discrets vertiges et oppression rétrosternale, symptômes ayant débuté suite à une altercation avec une collègue. Le médecin a informé l'assurée qu'elle souffrait d'une symptomatologie psychosomatique déclenchée par un état d'anxiété et de stress majeur ; - un rapport du 19 mai 2006 du Dr O _____, spécialiste FMH en médecine interne et maladies rhumatismales, lequel a diagnostiqué une fibromyalgie chez l'assurée déjà présente en 2003, qui était actuellement floride et prédominante aux membres supérieurs depuis un an, date de la naissance de son enfant. Cliniquement, il existait de multiples points douloureux de fibromyalgie correspondant à des insertionnites, mais il n'y avait pas d'autres signes cliniques évoquant une connectivité ou une affection inflammatoire ; - un rapport du 24 mai 2006 du Dr P _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, qui a retenu un trouble somatoforme douloureux persistant et un trouble dépressif récurrent d'intensité moyenne. L'assurée présentait des troubles de la mémoire et sa personnalité avait des traits histrioniques. Elle était sensible, émotive, fatiguée, irritable, se sentait facilement mise en cause et avait parfois l'impression que tout le monde lui en voulait. D'après lui, une incapacité de travail de 50% était justifiée ; - un rapport du 12 juillet 2006 de la Dresse Q _____, médecin adjoint et de la Prof R _____, médecin cheffe de service auprès du Centre multidisciplinaire d'étude et de traitement de la douleur des HUG, lesquelles ont posé les diagnostics de fibromyalgie, d'épisode dépressif majeur récurrent et d'hypothyroïdie. L'anamnèse et le status évoquaient la présence de douleurs diffuses entrant dans le cadre d'une fibromyalgie. Un état dépressif sévère contribuait à abaisser le seuil de tolérance à la douleur. Toute approche antalgique intrusive avait conduit à des parésies décrites comme pouvant entrer dans le cadre d'une conversion. Les médecins ont indiqué qu'ils reprendraient contact avec l'assurée au mois d'octobre 2006 pour lui proposer de participer à un groupe de thérapie cognitivo-comportementale élaborée pour les patients souffrant de douleurs chroniques, afin qu'elle puisse mieux gérer ses limites liées aux douleurs dans la vie quotidienne ; - une attestation du 17 juillet 2006 de Madame I _____, psychothérapeute FSP, qui a déclaré qu'elle suivait l'assurée depuis le mois d'avril 2001 et que ses douleurs dorsales paraissaient s'accompagner d'un état dépressif majeur. Elle souffrait de ne pas pouvoir se positionner de manière positive dans son rôle de mère, ce qui renforçait l'image négative qu'elle s'était construite d'elle-même. Par questionnaire du 24 octobre 2006, le dernier employeur de l'assurée a informé l'OAI que l'assurée avait travaillé en qualité d'employée de « boulangerie tea-room » du 1^{er} octobre 2002 au 30 juin 2006 et que son contrat de travail avait été résilié en raison d'une maladie de longue durée. Elle percevait un salaire

mensuel de 3'666 fr. ainsi qu'un 13^{ème} salaire. Le Dr S _____, spécialiste FMH en psychiatrie et en psychothérapie, a été mandaté par l'assureur perte de gain maladie pour établir une expertise, qu'il a rendue en date du 30 novembre 2006. Il a reçu l'assurée le 20 novembre 2006 et a retenu une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques ainsi qu'un trouble de la personnalité histrionique. L'attitude de l'assurée à l'examen psychiatrique, soit le fait qu'elle ait parfois été méfiante et qu'elle ait beaucoup pleuré lorsqu'elle a vu l'expert, devait être associée, d'après lui, à la recherche d'une compensation financière. Ces éléments et sa déception concernant son traitement médical permettaient de retenir le diagnostic de majoration des symptômes somatiques à cause de facteurs psychiques. Par ailleurs, il a mis en évidence une dramatisation, un théâtralisme et une « énorme hyperexpressivité », une affectivité superficielle et labile, un besoin d'être le centre de l'attention, ainsi qu'un comportement nettement disharmonieux dans plusieurs secteurs du fonctionnement (p.ex. à l'examen psychiatrique ou dans le domaine du travail), ce qui le conduisait à conclure à un trouble de la personnalité de type histrionique. L'expert a, en revanche, écarté le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant, attendu que l'assurée n'avait pas vécu d'attouchement sexuel ou de problèmes psychosociaux suffisamment importants pouvant être la cause d'un tel syndrome, cependant, il a constaté que ses parents avaient divorcé, que l'assurée avait subi une violence non-sexuelle durant sa jeunesse ainsi que l'émigration en Italie et l'immigration en Suisse, phénomènes qui étaient, d'après l'expert, « assez répandus ». Le diagnostic d'épisode dépressif n'a pas non plus été retenu, dans la mesure notamment où il n'y avait pas de diminution de la concentration, de l'attention, de l'estime de soi ou de la confiance en soi, de diminution de l'intérêt ou du plaisir pour les activités plutôt agréables ou encore d'idées de culpabilité, de dévalorisation ni d'idées suicidaires assez aiguës. D'après l'expert, les troubles présentés par l'assurée ne limitaient pas l'exercice d'une activité lucrative, de sorte qu'elle présentait une entière capacité de travail dans l'ancienne activité lucrative. Il requérait la prise d'un antidépresseur de type sérotonergue, comme par exemple l'inhibiteur de la sérotonine Seropram et un stabilisateur des nerfs, comme par exemple, la neurontin. Sur la base de l'appréciation de ce médecin, l'assureur perte de gain maladie a limité le versement des indemnités journalières au 20 novembre 2006. Le 18 janvier 2007, les médecins du Centre multidisciplinaire d'étude et de traitement de la douleur des HUG ont indiqué qu'une participation active au groupe thérapeutique était actuellement prématurée, attendu que l'assurée se sentait encore ébranlée par la consultation auprès du médecin expert. Dans un rapport du 2 février 2007 adressé au conseil de l'assurée, le Dr M _____ a expliqué ne pas comprendre pourquoi le Dr S _____ avait uniquement retenu une attitude histrionique et non un état dépressif, et ce notamment au regard du courrier du Dr P _____ du 24 mai 2006, dans lequel celui-ci confirmait la présence d'un état dépressif récurrent d'intensité moyenne, engendrant une incapacité de travail de 50%. De plus, il s'étonnait des causes mises en exergue par l'expert pour retenir un trouble somatoforme douloureux, attendu que les causes déclenchantes de la fibromyalgie n'étaient pas corrélées avec l'intensité de la maladie. De plus, d'après le Dr M _____, le trouble somatoforme de l'assurée était sévère, et ce au vu du rapport du Dr O _____ du 19 mai 2006 et de celui de la Consultation de la douleur du 12 juillet 2006. Enfin, il s'est dit surpris des propositions thérapeutiques de l'expert, dans la mesure où l'assurée prenait déjà les différents traitements qu'il proposait, soit l'Effexor, qui est un inhibiteur sélectif de la Sérotonine et de la Noradrénaline et le Lyrica, qui est un stabilisateur des nerfs. Par certificat du 5 avril 2007, les Drs T _____ et

U _____, médecins au Centre de thérapies brèves des Pâquis des HUG, ont attesté que l'assurée était suivie audit Centre depuis le 30 janvier 2007 pour un état dépressif sévère d'installation progressive et que son incapacité de travail était totale depuis lors. Toutefois, ils ne pouvaient pas se déterminer sur sa capacité de travail pour une période précédant le début de leur suivi. Par décision du 10 mai 2007, l'OFFICE CANTONAL DE L'EMPLOI (ci-après OCE) a déclaré l'assurée inapte au placement dès le 29 janvier 2007. Cette décision était fondée sur le préavis du 3 avril 2007 du médecin-conseil de l'OCE, lequel avait estimé que l'assurée présentait une totale incapacité de travail depuis le 26 juin 2006, laquelle n'était pas en relation avec sa précédente activité professionnelle, et que sa demande auprès de l'assurance-invalidité était pleinement justifiée, eu égard à son état de santé. Par avis du 5 juin 2007, le Dr V _____, médecin au Service médical régional AI (ci-après SMR), a considéré que le trouble somatoforme douloureux n'était pas invalidant. En effet, l'assurée ne présentait pas d'affection somatique ni de perte d'intégration dans tous les domaines de la vie et la situation n'était pas exceptionnellement grave. Par ailleurs, la personnalité histrionique n'était pas non plus une maladie invalidante, attendu qu'elle n'avait pas empêché l'assurée de travailler par le passé. Le 17 juillet 2007, le Dr T _____ a informé l'OAI que l'assurée n'avait été suivie par le CTB des Pâquis que du 30 janvier au 30 avril 2007 dans un contexte de crise. Il ne pouvait ainsi pas répondre aux questions la concernant. Par avis du 15 octobre 2007, le Dr V _____ a réaffirmé, au vu de ce courrier du Dr T _____, que le syndrome douloureux n'avait pas, dans ce cas, valeur de maladie pour l'AI et a, par conséquent, conclu à l'absence d'atteinte à la santé entraînant une incapacité de travail. Le 14 janvier 2008, l'OAI a signifié à l'assurée un projet de refus de prestations de l'assurance-invalidité. Il a principalement retenu que, d'après les médecins du SMR, il n'existait pas de maladie invalidante au sens de l'AI. Par courrier du 12 février 2008, l'assurée, représentée par son conseil, a contesté ledit projet de décision et sollicité l'octroi d'une rente entière d'invalidité. Elle a soutenu que les rapports du SMR et du Dr S _____ n'avaient pas valeur probante. En revanche, eu égard aux autres rapports médicaux, il y avait lieu de retenir que la fibromyalgie était objectivée et que l'état dépressif était suffisamment grave pour conclure que sa fibromyalgie présentait un caractère invalidant. Par ailleurs, l'existence de son trouble anxieux et de ses autres phobies sociales ainsi que leur répercussion sur sa capacité de travail n'avaient pas été examinées. Il a notamment joint à son courrier : - un rapport du 28 juin 2007 du Dr T _____, lequel a confirmé que l'assurée avait été suivie, du 30 janvier au 30 avril 2007, dans son unité de crise et qu'elle souffrait d'un état dépressif sévère sans symptômes psychotiques, d'une fibromyalgie et d'une hypothyroïdie. Durant la prise en charge, sa capacité de travail était nulle et la suite des soins psychiatriques avait été organisée auprès du Dr W _____ à la consultation des Eaux-Vives ; - un rapport du 19 juillet 2007 du Dr W _____, qui a retenu un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen à sévère et un trouble de panique avec agoraphobie. La capacité de travail de l'assurée était nulle dans toute activité lucrative, en raison tout d'abord de l'existence de son trouble de la concentration, de sa grande fatigabilité, de son incapacité à se projeter dans l'avenir et de son fort sentiment de dévalorisation. De plus, elle présentait un trouble de panique extrêmement sévère et avait plusieurs crises d'hyperventilation par jour, accompagnées parfois de perte de connaissance. Enfin, le contact avec autrui lui était également très difficile et le moindre stress lui provoquait des crises de panique. Les consultations avaient débuté le 8 mai 2007 avec une prise en charge tant psychothérapeutique que psychopharmacologique, mais l'évolution semblait lente et il était peu envisageable, d'après le médecin, que l'assurée

puisse récupérer une capacité de travail dans les prochains mois. Pour le surplus, le médecin notait qu'elle pourrait souffrir d'un trouble de la personnalité, mais qu'il était trop tôt pour se prononcer sur cette question. En date du 7 mars 2008, la Dresse A _____, médecin interne au Service de psychiatrie pour adultes des Eaux-Vives, a indiqué qu'outre un trouble panique avec agoraphobie et un trouble dépressif récurrent, épisode actuellement sévère, une phobie sociale et une anxiété généralisée étaient également présentes. Cette anxiété était, d'après elle, invalidante et des attaques de panique se produisaient plusieurs fois par jour. Le contact avec autrui et le moindre stress exacerbaient les symptômes. Dans ces circonstances, elle a estimé que la capacité de travail était nulle. Le médecin a ajouté que l'assurée poursuivait son suivi, à la consultation, avec Madame J _____, psychologue, et elle-même, toutefois, l'évolution était lente avec une rechute ces derniers mois. Suite à une demande en paiement déposée en date du 29 octobre 2007 par l'assurée à l'encontre de son assureur perte de gain maladie (cause no A/4105/2007), le Tribunal de céans a ordonné, le 11 avril 2008, d'accord entre les parties, une expertise psychiatrique qu'il a confiée à la Dresse B _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, laquelle a rendu son rapport en octobre 2008, suite à deux entretiens ambulatoires, deux entretiens téléphoniques avec le Dr M _____ et le Service de psychopharmacologie clinique des HUG, un bilan sanguin et urinaire et une polysomnographie (examen du sommeil) s'étant déroulée du 2 au 4 juin 2008. Elle a posé les diagnostics de trouble anxieux phobique avec attaque de panique et agoraphobie (phobie sociale et phobies spécifiques), de métabolisation rapide, d'hypothyroïdie après thyroïdie de Hashimoto, d'anémie normochrome normocytaire, de syndrome algique chronique persistant (fibromyalgie), de migraines accompagnées, de capsulite rétractile évolutive, de béance du cardia et de préobésité. Dans le cadre du status psychiatrique, l'expert a notamment constaté la présence d'une attitude méfiante, d'un rétrécissement de la conscience, d'une difficulté de concentration et de ruminations importantes sous forme de pensées stériles. De plus, l'assurée présentait une attitude anxieuse avec un balancement antéropostérieur du torse, des tortillements des doigts ainsi qu'un comportement soupçonneux, mais non hostile. L'anxiété psychique était qualifiée de sévère et consistait en un sentiment d'attente inquiète, anidémique où l'état d'alerte était disproportionné par rapport à la situation et se traduisait par une forte anticipation anxieuse avec pressentiment d'une menace ou d'une catastrophe imminente. Il n'y avait en revanche pas de théâtralisme (exagération de la situation, des plaintes, des troubles et du comportement démonstratifs), ni de maniérisme (manque de naturel de l'attitude, de la mimique et du langage) ou de bizarrerie (comportement difficilement compréhensible et incongru dans la situation du moment). Il existait des phobies spécifiques avec peur irraisonnée de l'obscurité, des objets tranchants, de la vue du sang ou encore des phobies de l'altitude, une peur du regard de l'autre se traduisant par une phobie sociale et une agoraphobie ainsi que des obsessions avec idées fixes associées à un sentiment pénible en raison de leur caractère parasite répété et incoercible. Certaines phobies et surtout les obsessions induisaient des comportements impulsifs et des compulsions. L'expert a également décrit une anesthésie affective caractérisée par l'anhédonie, la perte du goût du quotidien et des centres d'intérêts. La sociabilité était franchement diminuée, voire abolie, se limitant au cercle familial composé de son ami, sa fille et sa mère, de sorte qu'il existait une invalidation sociale due à l'incidence de la psychopathologie sur l'adaptation psychosociale (peur du regard d'autrui et grande méfiance à l'encontre de tout interlocuteur) et des signes d'anxiété en situation sociale (peur de parler, de rencontrer des personnes étrangères et de ne pas être crédible). L'expert psychiatre avait émis l'hypothèse

que la métabolisation de l'assurée était rapide, de sorte qu'il avait sollicité l'avis de spécialistes, à savoir celui du Service de psychopharmacologie clinique des HUG. Au vu de son entretien avec ce service, elle a indiqué que le traitement devrait être adapté avec une posologie plus élevée. Enfin, le bilan biologique avait notamment mis en exergue une anémie, laquelle était un facteur aggravant de la dépression, de l'anxiété et des troubles du sommeil. L'expert a conclu que le trouble anxieux phobique avec attaque de panique et agoraphobie était sévère et qu'il engendrait une totale incapacité de travail, et ce d'autant plus que l'assurée présentait une invalidation sociale, sous-tendue par une phobie sociale. Par ailleurs, elle a fixé le début de l'incapacité de travail au mois d'avril 2005, en précisant que les motifs de cette incapacité de travail étaient tout d'abord organiques, en raison des paralysies passagères, attribuables d'après elle à l'hypothyroïdie, puis psychiatriques, avec l'apparition d'un état dépressif, diagnostiqué au printemps 2006, et évolution du tableau clinique vers un trouble anxieux avec agoraphobie et phobie sociale (octobre 2006). Afin de permettre à l'assurée de recouvrer une capacité de travail et de se réinsérer, l'expert a préconisé une stratégie thérapeutique cognitive et comportementale ainsi qu'une immersion dans un atelier protégé où le travail exigible n'était pas sanctionné par un licenciement, ce qui lui permettrait également de dépasser sa phobie sociale, son agoraphobie et de retrouver un rythme. Suite à ce rapport et eu égard à un accord extrajudiciaire trouvé avec l'assureur perte de gain maladie, l'assurée a, par courrier du 3 février 2009, retiré sa demande en paiement à l'encontre de celui-ci (ATAS/231/2009). Par avis du 16 février 2009, le Dr V_____ a déclaré que la Dresse B_____ s'était prononcée sur les atteintes physiques de l'assurée, alors que cela sortait de son champ de compétences, mais qu'elle n'avait en revanche pas discuté de la présence d'un syndrome douloureux ou d'une personnalité histrionique, bien qu'elle aurait dû le faire. Le médecin du SMR a ainsi estimé que sa vision paraissait empathique. Par ailleurs, il a contesté que l'incapacité de travail puisse remonter au mois d'avril 2005, au vu du rapport du Dr M_____ du 13 octobre 2006. De plus, il ne comprenait pas que l'expert retienne une modification du tableau psychiatrique depuis le mois d'octobre 2006 et qu'elle n'explique pas en quoi ce tableau était différent auparavant. L'expertise de la Dresse B_____ ne remettait pas en cause, d'après le Dr V_____, les expertises précédentes. Il a conclu que l'état de santé de l'assurée pouvait s'améliorer avec le traitement proposé par la Dresse B_____ (adaptation du traitement pharmacologique et suivi d'une thérapie cognitivo-comportementale) et qu'il y avait lieu de revoir la situation dans 4 mois. Il a enfin émis l'hypothèse de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire. Dans un courrier du 23 mars 2009, l'OAI a sollicité de l'assurée qu'elle suive le traitement préconisé par la Dresse B_____ et a attiré son attention sur le fait qu'elle devait tout mettre en œuvre pour diminuer l'atteinte à la santé dont elle souffrait et le dommage économique qui en résultait, d'après le principe général des assurances sociales et de l'assurance-invalidité en particulier. Par rapport du 4 mai 2009, le Dr M_____ a expliqué à l'OAI qu'il avait vu l'assurée, pour la dernière fois, en date du 8 décembre 2008, que son état de santé était resté stationnaire depuis 2006 et que les diagnostics n'avaient pas changé. Sa capacité de travail était toujours nulle. Il a retenu que l'assurée présentait un état dépressif, une fibromyalgie, une phobie, des céphalées chroniques et des troubles anxieux. Le 3 juillet 2009, la Dresse C_____, médecin interne au Service de psychiatrie pour adultes des Eaux-Vives, a informé l'OAI que l'assurée ne s'était pas rendue à la consultation depuis le mois de septembre 2008 et qu'elle n'était dès lors pas en mesure de répondre au rapport médical intermédiaire concernant son état de santé. Par communication du 28 août 2009,

l'OAI a rappelé à l'assurée son obligation de tout mettre œuvre pour diminuer son dommage et pour faciliter toutes les mesures prises en vue de sa réadaptation professionnelle (art. 21 al. 4 LPGGA) et l'a avertie que sa « rente pourrait être supprimée ». Elle devait ainsi suivre le traitement préconisé par la Dresse B _____, ce qui lui avait déjà été demandé de faire par courrier du 23 mars 2009. Ainsi, l'OAI a invité l'assurée à entreprendre un traitement adéquat et à lui communiquer, par retour de courrier, le nom et l'adresse de son thérapeute et la date des prochaines consultations. Il lui a fixé un délai au 15 septembre 2009 pour lui faire parvenir ces informations, en l'absence de quoi une décision serait prise sur la base du dossier en sa possession. Dans un avis du 15 décembre 2009, le Dr D _____, spécialiste FMH en médecine interne et médecin conseil du SMR, a affirmé que les pathologies somatiques retenues par la Dresse B _____ n'engendraient pas d'incapacité de travail durable. Par ailleurs, il n'était pas convaincu de la sévérité du trouble anxieux phobique avec attaque de panique et agoraphobie, attendu que le nombre d'attaques de panique n'était pas quantifié, que les phobies spécifiques, pouvant facilement être évitées, ne constituaient jamais un problème incapacitant et que la phobie sociale n'était pas documentée. Enfin, le Dr D _____ a expliqué que la Dresse B _____ n'était pas qualifiée pour juger d'une incapacité de travail sur des bases organiques et qu'elle n'illustrait que très imparfaitement les pathologies psychiatriques mises en exergue. Dans la mesure où l'assurée ne s'était pas présentée à la consultation du Service de psychiatrie pour adultes des Eaux-Vives depuis septembre 2008 et qu'elle n'avait pas fourni le nom d'un médecin traitant psychiatre, il était vraisemblable, d'après lui, qu'elle soit dans un état euthymique. Il a ainsi considéré, sur la base du dossier, que l'assurée présentait une fibromyalgie sans comorbidité psychiatrique incapacitante (expertise AL-S _____) et a confirmé l'avis du Dr V _____ du 15 octobre 2007, qui retenait que le syndrome douloureux n'avait pas valeur de maladie pour l'AI. Par décision du 8 janvier 2010, l'OAI a confirmé son projet de refus de prestations du 14 janvier 2008. Il a noté que l'assurée n'avait pas donné suite à sa sommation du 23 mars 2009 et à sa communication du 28 août 2009, lesquelles lui enjoignaient d'entreprendre un traitement permettant d'améliorer son état de santé psychique et de lui indiquer les coordonnées de son nouveau médecin traitant. Ainsi, en l'absence de réponse de sa part, l'OAI s'est basé sur l'appréciation du médecin du SMR, qui considérait que sa fibromyalgie sans comorbidité psychiatrique incapacitante ne pouvait pas être considérée comme une cause d'invalidité et qu'elle ne présentait dès lors pas d'atteinte à la santé justifiant une invalidité au sens de la LAI. Par acte du 10 février 2010, l'assurée représentée par son conseil, a interjeté recours contre ladite décision, sollicitant préalablement, la mise en œuvre d'une nouvelle expertise psychiatrique complétant celle de la Dresse B _____ et, principalement, l'octroi de mesures de réinsertion professionnelle et alternativement, l'octroi d'une rente d'invalidité. Elle a tout d'abord fait valoir que l'OAI n'avait pas examiné les conditions d'un refus de rente au sens de l'art. 21 al. 4 LPGGA. La requérante a également contesté avoir violé son devoir de collaboration et ne pas avoir entrepris de manière fautive le traitement exigé afin de pouvoir réduire son incapacité de travail, de sorte que l'intimé ne pouvait pas fonder sa décision de refus de rente sur ces motifs. Par ailleurs, elle a soutenu que l'OAI n'avait pas déterminé, dans le cadre de l'instruction du dossier, si des mesures de réinsertion pouvaient être envisagées et qu'il avait entièrement passé sous silence les réserves émises par la Dresse B _____, laquelle estimait que des mesures de réinsertion étaient indispensables pour mettre à profit sa capacité de travail. A cet égard, elle produit une attestation du 8 février 2010 du Dr M _____, lequel a déclaré que son

état de santé lui permettait actuellement de bénéficier d'une formation dans un but d'un reclassement professionnel. Par réponse du 11 mars 2010, l'intimé a proposé le rejet du recours et la confirmation de la décision attaquée. Il a soutenu que les médecins du SMR et le médecin traitant de la recourante avaient mis en évidence des éléments objectivement vérifiables permettant de remettre en cause les conclusions de la Dresse B _____, de sorte que son expertise ne présentait pas valeur probante et que c'était à juste titre qu'il s'était basé sur les rapports du SMR pour rendre sa décision. Il a également invoqué que la recourante n'avait pas apporté la preuve que le traitement exigé n'était pas raisonnablement exigible. L'OAI a enfin produit un avis du 9 mars 2010 de la Dresse E _____, médecin au SMR, laquelle a relevé que la recourante, soutenue par son médecin traitant, sollicitait des mesures professionnelles, ce qui confirmait que les conclusions de la Dresse B _____ n'étaient pas convaincantes médicalement. Elle a également ajouté qu'elle ne voyait pas ce que des mesures professionnelles pouvaient apporter à la recourante, attendu qu'elle présentait une entière capacité de travail dans toute activité lucrative. En date du 19 avril 2010, la cause a été gardée à juger. EN DROIT Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05), 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 ; RS 830.1) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI ; RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. La LPGA est entrée en vigueur le 1^{er} 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 229 consid. 1.1 et les références). Les règles de procédure s'appliquent quant à elles sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 71 consid. 6b). En l'espèce, la décision litigieuse du 8 janvier 2010 est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA et des modifications de la LAI relatives à la 4^{ème} et à la 5^{ème} révisions, entrées en vigueur respectivement en date des 1^{er} janvier 2004 et 1^{er} janvier 2008. D'un point de vue matériel, le droit éventuel à une rente d'invalidité et à une mesure de réinsertion ou d'ordre professionnel doit être examiné au regard des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 4^{ème} et à la 5^{ème} révisions de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références, voir également ATF 130 V 329). Déposé dans les forme et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA). Est litigieux en l'espèce le droit de la recourante à une rente et à une mesure de réinsertion. Il y a tout d'abord lieu d'examiner sur quelle base l'intimé a pris sa décision de refus de prestations et si c'est à juste titre qu'il a statué en se fondant sur le dossier en sa possession. a) En vertu de l'art. 21 al. 4 LPGA (voir également l'art. 7 LAI), les prestations peuvent être réduites ou refusées temporairement ou définitivement si l'assuré se soustrait ou s'oppose, ou encore ne participe pas spontanément, dans les limites de ce qui peut être exigé de lui, à un traitement ou à une mesure de réinsertion professionnelle raisonnablement exigible et susceptible d'améliorer notablement sa capacité de travail ou d'offrir une nouvelle possibilité de gain. Une mise en demeure écrite l'avertissant des conséquences juridiques et lui impartissant un délai de réflexion convenable doit lui avoir été adressée. Les traitements et les mesures de réadaptation qui présentent un danger pour la vie ou pour la santé ne peuvent être exigés. Le sens et le but de la procédure de mise en demeure prescrite à l'art. 21 al. 4 LPGA est de

rendre l'assuré attentif aux conséquences négatives possibles d'une attitude rénitente à collaborer, afin qu'il soit à même de prendre une décision en pleine connaissance de cause et, le cas échéant, de modifier sa conduite. Une telle procédure doit s'appliquer même lorsque l'assuré a manifesté de manière claire et incontestable qu'il n'entendait pas participer à un traitement ou à une mesure de réadaptation (arrêt I 552/2006 du 13 juin 2007 consid. 4.1, I 605/04 du 11 janvier 2005, consid. 2 et les références, publié in SVR 2005 IV n° 30 p. 113; voir également les arrêts I 265/05 du 3 octobre 2005, consid. 4, et I 485/04 du 16 décembre 2004, consid. 6.1). b) En vertu de l'art. 28 LPGA, les assurés et les employeurs doivent collaborer gratuitement à l'exécution des différentes lois sur les assurances sociales (al. 1). Celui qui fait valoir son droit à des prestations doit fournir gratuitement tous les renseignements nécessaires pour établir ce droit et fixer les prestations dues (al. 2). D'après l'art. 43 LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. Les renseignements donnés oralement doivent être consignés par écrit (al. 1). L'assuré doit se soumettre à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à l'appréciation du cas et qu'ils peuvent être raisonnablement exigés (al. 2). Si l'assuré ou d'autres requérants refusent de manière inexcusable de se conformer à leur obligation de renseigner ou de collaborer à l'instruction, l'assureur peut se prononcer en l'état du dossier ou clore l'instruction et décider de ne pas entrer en matière. Il doit leur avoir adressé une mise en demeure écrite les avertissant des conséquences juridiques et leur impartissant un délai de réflexion convenable (al. 3). Selon les circonstances, l'assureur social qui se heurte à un refus de collaborer d'une partie peut, après lui avoir imparti un délai pour respecter ses obligations et l'avoir avertie des conséquences de son attitude, se prononcer en l'état du dossier. Le cas échéant, il peut rejeter la demande présentée par cette partie en considérant que les faits dont elle entendait tirer un droit ne sont pas démontrés. Au lieu de se prononcer sur le fond, en l'état du dossier, l'assureur peut également, selon les circonstances, rendre une décision d'irrecevabilité de la demande dont il est saisi. Il ne doit cependant faire usage de cette possibilité qu'avec la plus grande retenue, autrement dit lorsque un examen sur le fond n'est pas possible sur la base du dossier (art 43 al. 3 LPGA et 73 aRAI; cf. ATF 108 V 230 consid. 2). Mais l'assureur ne peut se prononcer en l'état du dossier ou refuser d'entrer en matière que s'il ne lui est pas possible d'élucider les faits sans difficultés ni complications spéciales, malgré l'absence de collaboration de l'assuré (ATF 108 V 230 consid. 2; 97 V 176 consid. 3; TFA non publié U 316/06 du 6 juillet 2007 consid. 3.1.1). Si l'acte d'instruction auquel s'est soustrait sans motif valable l'assuré se révèle nécessaire et exigible, le juge des assurances sociales ne doit examiner que si la décision, rendue conformément à l'art. 43 al. 3 LPGA et 73 aRAI sur la base de l'état de fait existant (incomplet), était correcte. Il n'ordonne la mise en œuvre d'une instruction complémentaire que si les faits lui apparaissent insuffisamment élucidés indépendamment du complément d'instruction requis par l'administration (cf. RAMA 2001 n° U 414 p. 90 consid. 4b et les références; ATFA non publié I 700/02 du 24 juin 2003 consid. 2.3). En l'occurrence, le Tribunal de céans remarque que tant la communication de l'intimé du 28 août 2009 que sa décision du 8 janvier 2010 sont loin d'être claires. En effet, il ressort de la communication que l'intimé a averti la recourante que sa « rente pourrait être supprimée » (art. 21 al. 4 LPGA), alors même qu'aucune rente d'invalidité ne lui avait été accordée par le passé. De plus, l'intimé n'indique pas, dans sa décision, sur quelle disposition légale il s'est fondé pour statuer en l'état du dossier. A lecture de la décision de l'intimé, il n'apparaît pas qu'il ait voulu sanctionner la recourante en lui refusant temporairement ses prestations au sens de l'art. 21 al. 4 LPGA. Il s'est en effet prononcé sur

le fond en se basant sur les rapports des médecins du SMR pour retenir que la recourante ne présentait pas d'incapacité de travail et, partant, pas d'invalidité. La décision se fonde plutôt sur un manque de collaboration de la recourante à l'instruction de son dossier au sens de l'art. 43 al. 3 LPGA. Sur ce point, il sera constaté que, suite à la communication, le 2 février 2009, de l'expertise de la Dresse B_____ par la recourante à l'intimé, celui-ci a tout d'abord requis des informations tant des médecins de la recourante que de celle-ci. Toutefois, il n'a pu obtenir de renseignements ni desdits médecins qui ne l'avaient pas revue depuis la fin de l'année 2008 ni de la recourante qui n'a pas réagi à sa demande d'information concernant le traitement suivi et les noms des médecins qui la suivaient. Ainsi, dans la mesure où l'intimé a effectué d'office les mesures d'instruction nécessaires à établir l'état de santé de la recourante et qu'on ne voit pas, dans le cas d'espèce, quelles autres mesures auraient pu être mises en œuvre en l'absence de collaboration de la recourante, c'est à juste titre que l'intimé s'est fondé sur le dossier en sa possession pour établir sa décision du 8 janvier 2010. Il y a ainsi lieu d'examiner, sur la base du dossier de l'intimé, quel est l'état de santé de la recourante et si elle présente une incapacité de travail. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). 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). Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine). Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références). Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et qu'enfin, les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est

ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c et les références ; ATF non publié du 23 juin 2008, 9C_773/2007, consid. 2.1). On rappellera que le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une sur-expertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa). Par ailleurs, 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 351 consid. 3b/bb). MEINE, L'expert et l'expertise – critères de validité de l'expertise médicale, in L'expertise médicale, édition Médecine et Hygiène, 2002, p. 21). S'agissant de la valeur probante des 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). 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). 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 ; ATF 133 III 675 consid. 5.2 non publié, 129 III 18 consid. 2.6, 127 III 519 consid. 2a, 122 II 464 consid. 4a, 122 III 219 consid. 3c et les arrêts cités). 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). Enfin, selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette

situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). La procédure juridictionnelle peut être étendue, pour des motifs d'économie de procédure à une question en état d'être jugée qui excède l'objet de la contestation, c'est-à-dire le rapport juridique visé par la décision, lorsque cette question est si étroitement liée à l'objet initial du litige que l'on peut parler d'un état de fait commun et à condition que l'administration se soit exprimée à son sujet dans un acte de procédure au moins (ATF 130 V 501 consid. 1.2 p. 503, 122 V 34 consid. 2a et les références ; cf. Arrêt du Tribunal fédéral 9C_714/2008 du 6 août 2009 consid. 3.1.1). En l'espèce, la décision de l'OAI est fondée sur le rapport du Dr S _____ ainsi que sur ceux des médecins du SMR, lesquels avaient estimé que les conclusions du Dr S _____ devaient être suivies, au contraire de celles de la Dresse B _____. Le Dr S _____ avait retenu, dans son rapport du 30 novembre 2006, les diagnostics de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques et de trouble de la personnalité histrionique. D'après lui, ces affections ne limitaient pas la capacité de travail de la recourante. Le Tribunal de céans doit constater que son rapport d'expertise n'est pas convaincant et qu'il présente des contradictions. En effet, l'expert retient tout d'abord de manière surprenante que l'attitude méfiante de la recourante et le fait qu'elle ait pleuré lorsqu'elle l'a vu devaient être associés à la recherche d'une compensation financière à la suite d'un accident. De l'avis du Tribunal de céans, cette conclusion est quelque peu hâtive et uniquement fondée sur des suppositions. En outre, le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant a été écarté par l'expert, car la recourante n'avait pas vécu d'attouchement sexuel ou présenté de problèmes psychosociaux suffisamment importants dans sa vie, toutefois, il a relevé que la recourante avait notamment subi de la violence non sexuelle dans sa jeunesse ou encore l'émigration en Italie et l'immigration en Suisse. Bien que l'expert indique que la violence vécue par l'assurée serait un phénomène « répandu », terme sur lequel il pourrait être discuté, on ne comprend pas en quoi il ne s'agirait pas d'un problème psychosocial suffisamment important pour être la cause du syndrome somatoforme douloureux (F45.4). Quoiqu'il en soit, la CIM 10 ne prévoit pas l'existence d'une telle cause pour retenir ce diagnostic, mais uniquement les symptômes qui doivent être présents. Enfin, l'expert a préconisé la prise d'un antidépresseur de type sérotonergue et d'un stabilisateur des nerfs ; il a cependant attesté, dans le cadre de l'anamnèse, que la recourante prenait déjà ces différents médicaments, soit l'Efexor, qui est un inhibiteur sélectif de la sérotonine et de la Noradrénaline et le Lyrica, qui est un stabilisateur des nerfs (cf. rapport du 2 février 2007 du Dr M _____). Les déclarations du Dr S _____ sont ainsi contradictoires. Partant, au vu des constatations qui précèdent, le rapport d'expertise, qui ne convainc pas le Tribunal de céans, lequel avait déjà dans la procédure no A/4105/2007 entre la recourante et son assureur perte de gain maladie ordonné une nouvelle expertise psychiatrique, ne saurait présenter valeur probante au sens de la jurisprudence, de sorte que l'on ne peut tirer des conclusions définitives quant à l'état de santé de la recourante sur la base dudit rapport. D'autres rapports médicaux figurent cependant également au dossier. Il s'agit tout d'abord de l'expertise de la Dresse B _____, laquelle a retenu le diagnostic psychiatrique de trouble anxieux phobique avec attaque de panique et agoraphobie et a conclu à une totale incapacité de travail dans toute activité lucrative pour des motifs psychiatriques dès le printemps 2006. Son rapport a été établi sur la base d'une anamnèse personnelle, familiale, professionnelle et psychiatrique complète de la recourante, sur l'étude de son dossier médical, ses plaintes, deux entretiens ambulatoires, deux entretiens téléphoniques avec le Dr M _____ et les médecins du Service de

psychopharmacologie clinique des HUG ainsi que sur des examens complets. Les diagnostics ont précisément été posés et les constatations objectives et les conclusions sont claires et motivées. En effet, l'expert a longuement exposé les diverses pensées et attitudes de la recourante ainsi que ses atteintes psychiques. Elle a notamment expliqué en quoi consistait son anxiété, ses phobies, ses obsessions et son agoraphobie, et a estimé que c'était en raison de la sévérité de l'anxiété accompagnée desdits autres troubles que la capacité de travail de la recourante était nulle. Quant aux conclusions de l'expertise, elles portent presque exclusivement sur les conséquences des troubles psychiatriques, hormis en ce qui concerne le début de l'incapacité de travail qui a été fixé au début du mois d'avril 2005, et ce eu égard aux documents médicaux présents au dossier portant sur les atteintes somatiques de la recourante, et notamment sur ses paralysies. Certes cette conclusion fondée sur les atteintes somatiques de la recourante ne saurait-elle être déterminante, dans la mesure où seules les conclusions portant sur les atteintes psychiatriques peuvent être prises en considération dans le cadre d'une expertise psychiatrique. Toutefois, l'expert a précisé que la totale incapacité de travail dans toute activité lucrative était fondée, dès le printemps 2006, sur des troubles psychiques, soit sur l'état dépressif qui a progressivement évolué vers un trouble anxieux dès le mois d'octobre 2006. On comprend également que le mois d'octobre 2006 a été retenu pour dater l'apparition dudit trouble, attendu que c'est à ce moment là que le diagnostic de phobie sociale a été mis en exergue pour la première fois (peur de sortir dehors et peur du regard et du jugement des autres ; rapport du Dr M_____ du 13 octobre 2006). L'expert a enfin estimé, de manière convaincante, que la condition devant être remplie pour que la recourante puisse recouvrer une capacité de travail, était que celle-ci soit immergée dans un atelier protégé où le travail exigible n'était pas sanctionné par un licenciement, ce qui allait lui permettre de dépasser sa phobie sociale et son agoraphobie. Pour le surplus, le rapport d'expertise de la Dresse B_____ ne met pas en exergue de contradictions ou d'éléments qui permettraient de douter de son indépendance. Le Tribunal de céans considère dès lors que ce rapport présente a priori valeur probante au sens de la jurisprudence. Reste à déterminer si les avis des médecins du SMR ainsi que les autres rapports médicaux présents au dossier sont susceptibles de remettre en cause cette expertise. Les Dr V_____ et D_____ relèvent tout d'abord que la Dresse B_____ s'est prononcée sur les atteintes physiques alors que cela sortait de son champ de compétences. Il est vrai que l'expert a mis en évidence certaines atteintes physiques dont souffrait la recourante, toutefois, ces atteintes, lesquelles ont été exposées sur la base du dossier médical et des tests biologiques effectués dans le cadre de l'expertise, ont rapidement été énumérées et n'ont pas été discutées comme l'ont été les troubles psychiatriques. De plus, comme précédemment relevé, les conclusions de l'expertise sont essentiellement, si ce n'est exclusivement, fondées sur les troubles psychiques de la recourante. Il est également reproché à l'expert d'avoir été empathique. A cet égard, le Tribunal de céans souligne que la Dresse B_____ a expliqué, au début de l'expertise, que les deux entretiens s'étaient déroulés sans lecture préalable du dossier afin d'avoir la vision la plus neutre possible de la situation. En outre, aucun élément concret de l'expertise ne permet de retenir une telle vision empathique, dans la mesure notamment où les propos de la Dresse B_____ sont neutres et qu'elle expose tant les symptômes qui sont présents que ceux qui ne le sont pas. Enfin, les médecins du SMR soutiennent que l'expert aurait dû se prononcer sur les diagnostics de trouble somatoforme douloureux et de personnalité histrionique. Sur ce point, il doit être noté que, tout comme les médecins internistes et rhumatologues qui suivaient la recourante durant l'année 2006, la Dresse

B _____ a retenu qu'elle souffrait d'une fibromyalgie ou syndrome algique chronique persistant, mais n'a pas développé le sujet, ce qui est compréhensible, attendu que le trouble anxieux sévère engendrait lui-même une totale incapacité de travail. En ce qui concerne la personnalité histrionique, l'expert a nié que plusieurs symptômes, pour lesquels le Dr S _____ a retenu ce diagnostic, soient remplis, soit notamment le théâtralisme, l'exagération de la situation, un comportement démonstratif, un manque de naturel de l'attitude ou encore un comportement difficilement compréhensible. Ainsi, même si l'expert ne le dit pas expressément, on comprend pour quelles raisons elle ne retient pas le diagnostic de personnalité histrionique. Par conséquent, les avis des médecins du SMR, non psychiatres, ne sont pas aptes à mettre sérieusement en doute les conclusions de la Dresse B _____. Le Dr L _____, premier expert mandaté par l'assureur perte de gain maladie de la recourante, a quant à lui rencontré cette dernière durant le mois de mars 2006 et avait alors estimé qu'elle devait pouvoir reprendre une activité à 50% dans les 3 à 4 mois, mais qu'une nouvelle évaluation devait être prévue si tel n'était pas le cas. Son rapport n'étant pas définitif, il ne saurait remettre en cause celui de la Dresse B _____. Pour ce qui est du Dr M _____, il sera relevé que ses rapports de l'année 2006, et en particulier celui du mois d'octobre 2006, lequel est basé sur les rapports de médecins psychiatres, précisent que les périodes d'incapacité de travail sont les suivantes : 50% du 15 janvier au 1^{er} mai 2006, 100% du 4 au 22 mai 2006, 50% jusqu'au 19 juin 2006 et 100% depuis lors. De plus, les diagnostics retenus étaient notamment ceux d'état dépressif, de fibromyalgie ou encore de phobie sociale. Ces éléments ne viennent ainsi que confirmer les constatations et les conclusions de la Dresse B _____. Quant à l'attestation du 8 février 2010 du Dr M _____, de laquelle il ressort que l'état de santé de la recourante lui permettrait de bénéficier d'un reclassement professionnel, force est de constater qu'elle a été établie postérieurement à la décision dont est recours. De plus, ce médecin n'a pas déterminé quelle serait la capacité de travail de la recourante ni depuis quelle date elle pourrait suivre une mesure d'ordre professionnel. Ainsi, dans la mesure où il y a lieu d'apprécier la légalité des décisions sur la base des faits existants au moment de la décision litigieuse, le contenu de ce certificat ne peut pas être pris en considération par le Tribunal de céans dans le cadre de la présente procédure, mais pourra l'être dans le cadre d'une éventuelle procédure de révision. Quant aux différents rapports des médecins traitants psychiatres, dont a tenu compte la Dresse B _____, ils ne font qu'appuyer ses conclusions. Enfin, la décision du 10 mai 2007 de l'OCE, laquelle est fondée sur le rapport de son médecin conseil qui avait estimé que la capacité de travail de la recourante était nulle et que c'était à juste titre qu'elle avait requis une rente de l'AI, ne fait également que confirmer le contenu du rapport de l'expert. Partant, on ne peut que constater la pleine valeur probante du rapport d'expertise psychiatrique de la Dresse B _____. Se pose toutefois la question du début de la totale incapacité de travail de la recourante pour des motifs psychiatriques, dans la mesure où l'expert l'a fixé au printemps 2006. Compte tenu du rapport d'expertise et de ceux des médecins ayant suivi la recourante durant l'année 2006, et notamment de celui du Dr M _____ d'octobre 2006, il peut être considéré, au degré de vraisemblance prépondérante prévu par la jurisprudence, que l'incapacité de travail de la recourante était de 50% du 15 janvier au 1^{er} mai 2006, de 100% du 4 au 22 mai 2006, de 50% jusqu'au 19 juin 2006 et de 100% depuis lors dans toute activité lucrative. De plus, il doit être retenu que la totale incapacité de travail est de durée indéterminée, attendu qu'un stage ou une activité dans le cadre d'un atelier protégé n'ont pas été mis en place, condition retenue par l'expert pour que la recourante puisse recouvrer

une capacité de travail. Au vu de ce qui précède, il apparaît ainsi superflu de mettre en œuvre une nouvelle expertise psychiatrique. Au demeurant, la Dresse B_____ ayant estimé que les troubles psychiatriques, et essentiellement le trouble anxieux sévère de la recourante, engendraient eux-mêmes une totale incapacité de travail, il n'y a pas lieu d'examiner l'éventuel caractère invalidant de la fibromyalgie. C'est sur la base de ce qui précède que le début du droit à la rente de la recourante et son degré d'invalidité doivent être déterminés. a) Selon l'art. 28 al. 2 LAI dans sa teneur dès le 1^{er} janvier 2008 (art. 28 al. 1^{er} LAI dans sa teneur en vigueur du 1^{er} janvier 2004 au 31 décembre 2007), l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins. b) D'après l'article 29 al. 1^{er} LAI dans sa teneur en vigueur du 1^{er} janvier 1998 au 31 décembre 2007, le droit à la rente au sens de l'art. 28 LAI prend naissance au plus tôt à la date à partir de laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40% au moins (let. a) ou à partir de laquelle il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (let. b). Conformément à l'art. 29 al. 2 LAI dans sa teneur en vigueur du 1^{er} janvier 1998 au 31 décembre 2007, la rente est allouée dès le début du mois au cours duquel le droit à la rente a pris naissance, mais au plus tôt dès le mois qui suit le dix-huitième anniversaire de l'assuré. Le droit ne prend pas naissance tant que l'assuré peut prétendre une indemnité journalière au sens de l'art. 22 LAI. En l'espèce, la recourante présentait une incapacité de travail de 50% à 100% du 15 janvier 2006 au mois de janvier 2007, mois durant lequel son incapacité de travail était totale dans toute activité lucrative. Par conséquent, son degré d'invalidité étant de 100% en janvier 2007, la recourante a droit depuis lors à une rente entière d'invalidité. S'agissant de la mesure de réinsertion professionnelle telle que requise par la recourante, en l'état, attendu qu'il a été établi que la recourante présente depuis 2007 une totale incapacité de travail dans toute activité lucrative, il n'y a pas lieu de se prononcer sur une telle mesure. Pour le surplus, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI étant soumise à des frais de justice, l'émolument à charge de l'intimé sera fixé à 500 fr. (art. 69 al. 1bis LAI). Une indemnité de 1'000 fr. sera octroyée à la recourante qui obtient gain de cause (art. 61 let. g LPGA et art. 59H al. 3 LPA). **PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES** : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : Admet le recours et annule la décision de l'OAI du 8 janvier 2010. Dit que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité dès le mois de janvier 2007. Renvoie la cause à l'OAI pour calcul des prestations dues. Condamne l'OAI à verser à la recourante une indemnité de 1'000 fr. au titre de dépens. Met un émolument de 500 fr. à la charge de l'OAI. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF ; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. La greffière Isabelle CASTILLO La présidente Juliana BALDE La secrétaire-juriste : Diane KAISER 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.