

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3919/2007

ATAS/1069/2008

**ARRET**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**Chambre 2**

**du 25 septembre 2008**

En la cause

GASTROSOCIAL Caisse de pension, sise Bahnhofstrasse 86,  
Postfach, 5001 AARAU

recourante

contre

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

intimé

Madame I\_\_\_\_\_, domiciliée aux AVANCHETS, comparant  
avec élection de domicile en l'étude de Maître Monique STOLLER  
FÜLLEMANN

appelée en  
cause

**Siégeant : Isabelle DUBOIS , Présidente; Doris WANGELER, Karine STECK, Valérie  
MONTANI, Julia BALDE, Juges, Violaine LANDRY ORSAT et Christine  
KOEPPPEL, Juges assesseurs**

---



### EN FAIT

1. Madame I\_\_\_\_\_ (ci-après l'assurée), née en 1957, originaire du KOSOVO, a fait une demande de prestations d'assurance-invalidité auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après l'OCAI) en date du 15 mars 2003.
2. Employée depuis septembre 1995 comme dame d'office par X\_\_\_\_\_ SA, dans la cafétéria de l'aéroport de Genève, elle a cessé son activité en date du 28 mai 2002 en raison notamment d'un syndrome cervical aigu et de céphalées de tension. Les céphalées et les cervicalgies se sont déclenchées après un accident de la route dans le courant de l'année 1996, lors duquel l'assurée dit avoir "frappé avec la tête à l'intérieur de la voiture dans tous les sens". D'après l'assurée, ces céphalées et cervicalgies, n'ont cessé d'augmenter depuis cet accident au fur et à mesure des mois qui passaient.
3. Le 7 octobre 2003, le Dr L\_\_\_\_\_, FMH en médecine interne et rhumatologie, a diagnostiqué chez l'assurée un état anxio-dépressif avec somatisation incluant des céphalées, une fatigue généralisée ainsi que des vertiges. Il a établi que sa capacité de travail était nulle depuis le 28 mai 2002. Les affections somatiques, dont souffre l'assurée ne justifiaient pas à elles seules une incapacité de travail. Selon le médecin, sa capacité de travail allait dépendre du résultat de la prise en charge psychiatrique associant psychothérapie et traitement antidépresseur.
4. Le 21 février 2004, le Dr M\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4), d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2) et de possibles traits de personnalité histrionique (F60.4) et a constaté une incapacité de travail depuis le 19 décembre 2002 (début des consultations) et pour une durée indéterminée. Le pronostic lui semblait très réservé, attendu que la thérapie était très laborieuse et qu'il n'y avait pas d' "effets médicamenteux favorables significatifs ni par le passé, ni depuis décembre 2002".
5. Au mois de mars 2004, la SWICA Organisation de santé, octroyant des prestations d'indemnité perte de gain à l'assurée de juin 2002 au mois d'avril 2004, a transmis son dossier à l'OCAI, duquel il ressort principalement que l'assurée était en incapacité totale de travail de longue durée depuis le 28 mai 2002 et qu'elle est traitée depuis lors de manière appropriée tant par le Dr L\_\_\_\_\_ que par le Dr M\_\_\_\_\_. Dans son rapport du 5 décembre 2002 adressé à l'assureur, le Dr N\_\_\_\_\_, spécialiste médecine interne, pose le diagnostic de syndrome douloureux chronique avec surcharge psychogène. A la demande de l'assureur, l'assurée a tenté de reprendre le travail à une occasion, mais n'y parvient pas au-delà de trois heures.

6. L'assurée s'est soumise les 15 et 24 mars 2004 à des examens et évaluations au Centre multidisciplinaire d'étude et de traitement de la douleur des HUG. Le 5 avril 2004, un rapport a été établi par les Dr O\_\_\_\_\_, spécialiste médecine interne, P\_\_\_\_\_, médecin adjoint, Q\_\_\_\_\_, cheffe de clinique et R\_\_\_\_\_, médecin cheffe de service et consultante pour la psychiatrie de liaison. Les diagnostics posés sont des céphalées et cervicalgies chroniques post accident de voiture en 1996 et un trouble dépressif persistant épisode actuel majeur. Les médecins prescrivent notamment une approche proprioceptive douce, sans manipulation, en physiothérapie, une évaluation ergothérapeutique à domicile ou encore le maintien d'un traitement en paracétamol. Ils concluent par dire que la symptomatologie douloureuse semblait s'inscrire dans un contexte assécurologique et familial délicat global chez une patiente en état de régression et de démoralisation extrêmement préoccupant.
7. Sur mandat de l'OCAI, le Dr T\_\_\_\_\_, psychiatre et psychothérapeute FMH, a effectué une expertise psychiatrique qu'il a fait parvenir à l'OCAI en date du 5 mai 2006. Le rapport se base sur la lecture du dossier de l'assurée, sur les entretiens et examens psychologiques et psychiatriques des 10 et 20 avril 2006 ainsi que sur une analyse de la médication antidépressive du 20 avril 2006.

Les diagnostics retenus sont: un trouble de conversion avec une présentation mixte (F44.7), un trouble douloureux lié à des facteurs psychologiques (F45.5), un trouble dépressif majeur, épisode isolé, en rémission partielle, d'intensité actuelle mineure, avec caractéristiques psychotiques (F32.4) et non observance du traitement médical (Z91.1) ainsi que des troubles de la personnalité non spécifié (F60.9), soit des traits de personnalité histrioniques, dépendants et abandonniques et structure fruste. Il a également posé les diagnostics de status post-hystérectomie partielle (2006), d'ostéophytose antérieure de C3, d'uncarhrose gauche C3/C4 ainsi que de status post-Whiplash (1996) et enfin d'affection gynécologique, de maladie des parents, d'émancipation du fils, de perte d'emploi ainsi que d'évaluation globale du fonctionnement EGF à 55 actuellement.

Le Dr T\_\_\_\_\_ a effectué une anamnèse familiale, personnelle, professionnelle, générale récente et a résumé tous les avis médicaux, ainsi que les traitements médicamenteux. Il ressort notamment de l'anamnèse récente que l'assurée a des difficultés pour faire sa toilette et doit toujours demander la présence d'un membre de sa famille pour se doucher. Elle n'arrive pas à effectuer les tâches ménagères, passe le plus clair de son temps couchée et ne sort pas de chez elle sans accompagnant. Les plaintes de l'assurée tant somatiques que psychologiques sont listées. Elle fait notamment état d'un léger sentiment de dévalorisation et d'aboulie relative, de difficultés d'endormissement, de réveils nocturnes et matinaux, d'oublis occasionnels, de baisse d'appétit, de nette baisse de la libido ou encore de sensation d'étouffement et de gorge nouée, avec palpitations et sentiment de mort imminente, survenant tous les deux ou trois mois. Le médecin remarque notamment que

l'assurée évoque des troubles sensoriels tels que vertiges avec pertes d'équilibre et chutes anamnestiques, vision floue, acouphènes, anesthésie fréquente du crâne et de l'hémicorps gauche, ainsi que des fourmillements fréquents, de localisation migrante, des pertes de force occasionnellement dans les membres, principalement de la main gauche, ou encore des céphalées permanentes, des maux de dos à prédominance gauche et une fatigue permanente.

Suite à la discussion du cas, le psychiatre établit un pronostic sombre en ce qui concerne la récupération d'une capacité de travail dans l'économie. Les éléments défavorables sont la chronicité d'un état existant depuis une dizaine d'années, la perspective de péjoration de l'état de santé des parents, le fonctionnement fruste avec mise en avant de la symptomatologie somatique ainsi que la non-compliance envers le traitement antidépresseur. Quant aux éléments positifs, il s'agit d'un suivi psychiatrique régulier, d'un soutien familial ainsi que d'un contact étroit avec les parents.

Le psychiatre retient, d'un point de vue psychiatrique, une incapacité de travail totale depuis le 28 mai 2002 et précise qu'elle se maintient toujours dans toute activité et que des mesures professionnelles ne sont pas indiquées à ce stade. Il note la présence d'un important trouble de conversion à présentation mixte, d'un trouble douloureux et d'un trouble dépressif majeur en rémission partielle. Un trouble de la personnalité non spécifié, sévère et décompensé, existe également. Il précise que l'assurée est incapable de reconnaître l'ensemble de sa détresse psychique, qu'elle manifeste principalement sur un mode somatique. L'inactivité professionnelle et la dépendance du reste de sa famille représentent une perte de statut pour l'assurée, entretenant l'affection psychiatrique. Elle ne paraît pas consciente du bénéfice secondaire que peut représenter la sollicitude de la famille. Il n'y a pas d'amélioration notable sur le plan somatoforme malgré le suivi psychiatrique, la prise en charge régulière sur le plan somatique ou le programme d'ergothérapie à domicile et le psychiatre retient une non observance du traitement antidépresseur, malgré laquelle l'état dépressif est en rémission partielle. Quant à la motivation au travail de l'assurée, elle est bonne, mais ses ressources résiduelles sont faibles.

Le psychiatre propose le maintien du suivi psychiatrique et de la médication antidépressive. La compliance médicamenteuse doit être assurée et vérifiée, ce qui est clairement dans l'intérêt de l'assurée et constitue un pilier indispensable dans le cadre des soins prodigués.

8. Par décision du 30 mai 2006, l'OCAI a octroyé à l'assurée une rente entière dès le 1<sup>er</sup> mai 2003, décision soumise à l'obligation d'observer le traitement médicamenteux et de se soumettre à des contrôles sériques réguliers, exigence qui sera contrôlée lors de la révision de cette décision. GASTROSOCIAL caisse de pension (ci-après la recourante) s'est vue notifier cette décision.

9. Suite à l'opposition de la recourante, l'OCAI a, en date du 17 septembre 2007, rendu une décision la rejetant et confirmant sa propre décision du 30 mai 2006. L'OCAI a rejeté l'argument de la recourante quant à l'absence dans son dossier de celui de l'assurance-accident et du rapport de police, au motif que l'accident en question était survenu en 1996 et que cet argument ne permettait pas de remettre en cause la décision par laquelle une rente entière avait été allouée à l'assurée sur la base d'une atteinte psychique apparue en 2002. L'OCAI indique également qu'il ne peut pas être reproché à l'assurée une mauvaise collaboration comme soulevé par la recourante. Pour finir, il précise qu'il ressort de l'avis du service médical AI du 23 mai 2006 que la pathologie psychiatrique à elle seule justifiait une incapacité de travail totale dans toute activité, de sorte qu'il n'y avait pas lieu d'examiner plus en avant les douleurs physiques de l'assurée.
  
10. Par acte du 18 octobre 2007, la recourante interjette recours par devant le Tribunal de céans à l'encontre de la décision du 17 septembre 2007, concluant principalement à son annulation et à son renvoi à l'OCAI pour investigations complémentaires et prise d'une nouvelle décision. Dans son écriture complémentaire du 5 novembre 2007, la recourante invoque le fait qu'il n'existe pas de preuve de la survenance de cet accident. De plus, elle reproche à l'assurée de ne pas avoir suivi les traitements nécessaires et à l'OCAI de ne pas avoir terminé la procédure prévue par l'article 21 al. 4 LPGA, de sorte qu'il n'y aurait, d'après elle, ni d'incapacité de gain au sens de l'article 7 LPGA, ni d'invalidité au sens de l'article 8 LPGA. La recourante retient que l'expertise du Dr T\_\_\_\_\_ n'est pas convaincante tant en ce qui concerne le diagnostic (dépression grave) que le degré de l'incapacité de travail. Elle conclut que les faits n'ont pas été instruits de manière suffisante, que la maxime inquisitoire a été violée et que la loi a été appliquée de manière inadéquate et sollicite qu'une nouvelle expertise soit réalisée.
  
11. Dans le cadre de son recours, la recourante produit un avis médical daté du 28 septembre 2007 et établi par le Dr S\_\_\_\_\_, FMH en psychiatrie et psychothérapie. Cet avis fait un bref rappel de l'anamnèse et reprend rapidement les rapports médicaux et l'expertise du Dr T\_\_\_\_\_. Le médecin soutient qu'il y aurait des contradictions dans le cadre de l'expertise et remarque que les troubles de la personnalité soulevés ne sont pas "de nature propre à une invalidité" et que la dépression ne semblait pas très pathologique. Par ailleurs, le psychiatre ne comprend pas la raison de la prise de ReBalance, recommandé pour des troubles dépressifs légers et il lui paraît tout aussi incompréhensible que l'OCAI octroie une rente à une assurée malgré une non-compliance de sa part. Le médecin évalue alors la capacité de travail de la recourante à au moins 50% tant dans une activité adaptée que dans l'activité habituelle et précise qu'une incapacité de travail de 20% au moins existe depuis le mois de mai 2002.
  
12. Après avoir soumis le rapport du Dr S\_\_\_\_\_ au Service médical régional AI (ci-après SMR), l'OCAI a, en date du 15 janvier 2008, répondu au recours déposé

par la recourante. Il en ressort notamment que le SMR maintient que l'assurée est en incapacité de travail à 100% de manière durable, en raison de son état de santé psychique. En effet, l'OCAI a repris en partie les remarques du SMR dont il ressort notamment que la santé psychique "est décrite essentiellement par les diagnostics de trouble de conversion et de trouble douloureux lié à des facteurs psychologiques, dont le caractère invalidant est établi. Le trouble dépressif majeur, anamnestique, est actuellement en rémission partielle; l'épisode actuel est d'intensité mineure, et ne participe que partiellement à l'invalidité. En l'absence des éléments suffisants pour affirmer une majoration des symptômes, nous ne pouvons pas retenir ce diagnostic. En revanche, la décompensation du trouble de la personnalité est bien établie dans la discussion du Dr T\_\_\_\_\_, ce qui permet de suivre son avis. La non-compliance médicamenteuse n'a pas eu d'influence néfaste sur l'évolution de l'état dépressif, mais l'octroi de la rente reste soumis à l'exigence d'un traitement bien suivi, qui sera contrôlé lors de la révision. Dossier présenté au Dr U\_\_\_\_\_, psychiatre FMH".

Par ailleurs, l'OCAI relève que le rapport d'expertise du 5 mai 2006 du Dr T\_\_\_\_\_ a pleine valeur probante au sens de la jurisprudence, attendu que l'anamnèse réalisée est complète, que des examens ont été effectués, que les plaintes de l'assurée ainsi que tous les autres éléments à disposition ont été pris en considération tant pour se prononcer sur le dossier que pour la motivation des conclusions. L'OCAI conclut ainsi qu'une nouvelle expertise n'est pas nécessaire et remarque enfin que la "contre-expertise" du Dr S\_\_\_\_\_ ne prend en considération ni les rapports médicaux ni les plaintes de l'assurée.

13. Par ordonnance du 25 janvier 2008, le Tribunal de céans a appelé en cause Madame I\_\_\_\_\_ (ci-après l'appelée en cause).
14. Par courrier du 25 avril 2008, l'OCAI a maintenu sa position telle qu'elle a été exprimée par préavis du 15 janvier 2008.
15. Suite à l'ordonnance précitée, l'appelée en cause s'est déterminée sur le recours, a conclu à son rejet et à la confirmation de la décision attaquée, relevant que l'OCAI avait valablement basé sa décision sur une expertise complète et détaillée répondant à tous les critères jurisprudentiels. Elle a également produit un rapport du Dr M\_\_\_\_\_ du 15 mai 2008 confirmant qu'elle devait effectivement bénéficier d'une rente entière d'invalidité. Le Dr M\_\_\_\_\_ indique notamment qu'il n'y avait rien de contradictoire dans les diagnostics établis par le Dr T\_\_\_\_\_, soit un épisode dépressif sévère en décembre 2002 qui s'est transformé suite à la bonne évolution, en un trouble dépressif majeur, épisode isolé, en rémission partielle, d'intensité actuelle mineure. En ce qui concerne le ReBalance, il précise que ce médicament phytothérapeutique a été utilisé en association avec un autre antidépresseur traditionnel, avec l'idée de réduire sa posologie et d'optimiser le traitement. La compliance médicamenteuse a été fluctuante à certaines périodes,

dont celle à laquelle l'expertise a eu lieu. Toutefois, le médecin souligne que cette compliance a toujours été présente et que l'appelée en cause prend toujours régulièrement ses médicaments, ce qu'il démontre avec la production des examens effectués les 18 septembre 2006, 22 octobre 2007 et 18 avril 2008. Il conclut que l'appelée en cause est en incapacité de travail de longue durée, résultant d'une atteinte à la santé surtout psychique, persistant après les différents traitements pluridisciplinaires suivis (psychopharmacologique, somatique, ergothérapie et physiothérapie).

16. Par courrier du 13 juin 2008, l'OCAI persiste à nouveau dans ses conclusions et il en a été de même de l'appelée en cause en date du 3 juillet 2008.
17. Par courrier du 30 juin 2008, la recourante a également persisté dans ses conclusions, tout en précisant que le Dr M\_\_\_\_\_ était médecin traitant de l'assurée, de sorte qu'il ne pouvait pas être considéré comme un médecin neutre.
18. Suite à la transmission de ces courriers aux autres parties, la cause a, en date du 4 juillet 2008, été gardée à juger.

### **EN DROIT**

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

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

2. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). Les règles de procédure quant à elles s'appliquent 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). La LPGA s'applique donc au cas d'espèce.



3. Pour ce qui est de la qualité pour agir de la recourante, non contestée, elle se fonde sur l'article 73bis al. 2 let. f RAI, qui a remplacé dès le 1<sup>er</sup> juillet 2006 l'article 76 al. 1 let. i RAI.
4. Le recours a été déposé dans les délai et forme légaux, de sorte qu'il est recevable (art. 56 à 71 LPGA).
5. La question litigieuse est de savoir si c'est à bon droit que l'OCAI a, en date du 17 septembre 2007, octroyé à l'appelée en cause une rente entière dès le 1<sup>er</sup> mai 2003. Il y aura notamment lieu de déterminer la valeur probante des pièces médicales fondant la décision de l'OCAI.

5.1 Aux termes des articles 8 al. 1 LPGA et 4 LAI, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération.

Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA).

Selon l'art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur jusqu'au 1<sup>er</sup> janvier 2004, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

Conformément à l'art. 26 al. 1 LPP, les dispositions de la loi fédérale sur l'assurance invalidité du 19 juin 1959 (art. 29 LAI) s'appliquent par analogie à la naissance du droit aux prestations d'invalidité. L'institution de prévoyance est liée à certaines conditions par l'estimation de l'invalidité des organes de l'assurance-invalidité notamment pour la fixation du degré d'invalidité. Selon le Tribunal fédéral, la force contraignante des constatations juridiquement déterminantes du droit de l'assurance-invalidité à l'égard de l'institution de prévoyance - qui dispose d'un droit de recours propre dans les procédures régies par la LAI - existe lorsque celle-ci est attirée dans la procédure administrative, soit lorsque la décision de l'office AI lui a été notifiée, sauf si l'estimation de l'invalidité est manifestement insoutenable (ATF 129 V 73; 126 V 308 consid. 1) (art. 73bis RAI jusqu'au 31 décembre 2002, puis art. 76 al. 1 let. i RAI jusqu'au 30 juin 2006; dès cette date, pour la procédure de préavis les art. 57a LAI et 73bis al. 2 let. f RAI entrés en vigueur au 1er juillet 2006; RO 2006 2003 et 2007). En l'espèce, la décision de l'office AI a été notifiée à l'institution de prévoyance et a ainsi été attirée dans la procédure administrative.

5.2 En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que ce 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 enfin que 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 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références; ATF non publié du 23 juin 2008, 9C\_773/2007, consid. 2.1). En ce qui concerne un expert médecin, dont la mission diffère clairement de celle du médecin traitant, l'on peut et doit attendre de lui notamment qu'il procède à un examen objectif de la situation médicale de la personne expertisée, qu'il rapporte les constatations qu'il a faites de façon neutre et circonstanciée, et que les conclusions auxquelles il aboutit s'appuient sur des considérations médicales et non des jugements de valeur (voir à ce sujet MEINE, L'expert et l'expertise - critères de validité de l'expertise médicale, p. 1 ss., ainsi que PAYCHÈRE, Le juge et l'expert - plaider pour une meilleure compréhension, page 133 ss., in : L'expertise médicale, éditions Médecine & Hygiène, 2002; également ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références).

En principe, l'administration (ou le juge en cas de recours) ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à disposition de l'administration afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence du TFA, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contient des contradictions ou que d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert permettant une interprétation divergente des conclusions de ce dernier, ou au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références).

5.3 En l'espèce, sur demande de l'OCAI, le Dr T\_\_\_\_\_ s'est prononcé sur le status psychiatrique de l'appelée en cause et a principalement retenu les diagnostics de trouble de conversion avec une présentation mixte (F44.7), un trouble douloureux lié à des facteurs psychologiques (F45.4), un trouble dépressif majeur, épisode isolé, en rémission partielle, d'intensité actuelle mineure, avec caractéristiques psychotiques (F32.4), non observance du traitement médical (Z91.1) ainsi qu'un trouble de la personnalité non spécifié (F60.9), soit des traits de personnalité histrioniques, dépendants et abandonniques et une structure fruste. Les limitations fonctionnelles découlent pour le psychiatre, d'une part des manifestations conversives avec pertes d'équilibre et de force, et d'autre part des éléments douloureux tels que céphalées, maux de dos et fatigue ayant également un caractère invalidant. Les troubles cognitifs, l'anxiété neurovégétative et la nervosité

accrue représentent également des limitations, de même que le sentiment de dévalorisation et l'aboulie relative. Le psychiatre conclut à une incapacité totale de travail dans toute activité et à un pronostic sombre pour la récupération d'une capacité de travail. Des mesures professionnelles ne sont pas non plus indiquées et d'après le médecin, la priorité est à donner aux soins.

La recourante allègue que ce rapport d'expertise est contradictoire et que le diagnostic de dépression grave ne saurait être retenu.

Dans le cadre de son expertise, le Dr T\_\_\_\_\_ résume les avis médicaux antérieurs, qui concordent tant avec ses constatations qu'avec ses conclusions. Il ressort notamment des rapports du Dr M\_\_\_\_\_ de février 2004 et de celui du Centre multidisciplinaire d'étude et de traitement de la douleur des HUG d'avril 2004 qu'un trouble dépressif majeur était alors diagnostiqué, alors que le Dr T\_\_\_\_\_ indique en mai 2006 que ce trouble dépressif majeur est en rémission partielle et que son intensité actuelle est mineure. Les constatations du Dr T\_\_\_\_\_ sont objectives et il en découle que l'état de santé psychique de l'assurée a évolué en partie favorablement, puisqu'en 2006, ce trouble dépressif majeur est en rémission partielle. Cette évolution est confirmée par le Dr M\_\_\_\_\_ dans son rapport du mois de mai 2008. De plus, l'intensité du trouble dépressif retenu par le Dr T\_\_\_\_\_ correspond aux constatations du Dr S\_\_\_\_\_, sur lesquelles se base la recourante.

Par conséquent, tous les rapports médicaux concordent sur les diagnostics et l'expertise ne contient aucune contradiction contrairement à ce que soutient la recourante.

De plus, l'expertise du Dr T\_\_\_\_\_ se fonde sur un examen complet de l'état de santé de l'appelée en cause, prend en considération les plaintes exprimées par l'appelée en cause et a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse. Quant à la description du contexte médical et à l'appréciation de la situation médicale, elles sont claires et les conclusions du Dr T\_\_\_\_\_ sont également dûment motivées. Les constatations et les conclusions du psychiatre ont été faites de manière neutre sur la base du dossier médical de l'appelée en cause et sont exemptes de tout jugement de valeur. Pour le surplus, ce rapport d'expertise concorde tant avec les diagnostics qu'avec l'évaluation du degré d'incapacité de travail retenus par les divers médecins qui ont reçu et suivi l'appelée en cause, soit notamment les Dr L\_\_\_\_\_ et M\_\_\_\_\_ ou encore les médecins du Centre multidisciplinaire d'étude et de traitement de la douleur des HUG.

Partant, il ne peut être que constaté que le rapport d'expertise du Dr T\_\_\_\_\_ a pleine valeur probante et que c'est à juste titre que l'OCAI s'est fondé sur ce rapport pour octroyer à l'appelée en cause une rente entière d'invalidité.

Pour ce qui est de l'avis du Dr S\_\_\_\_\_, il retient une capacité de travail de 50%, mais n'en motive pas la raison. Il sera relevé que le Dr S\_\_\_\_\_ n'a pas reçu l'assurée, que son avis médical est très sommaire et qu'il n'a pas posé de diagnostics.

Ce rapport succinct et non motivé ne saurait ainsi remettre en doute la pleine valeur probante de l'expertise du Dr T\_\_\_\_\_.

6. Par ailleurs, la recourante soulève qu'il n'existerait pas de compliance de l'appelée en cause concernant son traitement antidépresseur (Cipralex et Saroten), de sorte qu'elle n'aurait pas suivi tous les traitements nécessaires et donc pas respecté son devoir de réduire le dommage. Il sera tout d'abord souligné que certes, lors de l'expertise du Dr T\_\_\_\_\_, il y avait une non observance du traitement antidépresseur, toutefois, l'appelée en cause avait un suivi psychiatrique et un suivi ergothérapeutique à domicile ainsi qu'une prise en charge régulière sur le plan somatique. Par ailleurs, le Dr M\_\_\_\_\_ joint à son rapport de mai 2008 les résultats cliniques des examens de dosage des médicaments de septembre 2006, d'octobre 2007 et d'avril 2008, qui démontrent que l'appelée en cause prenait et prend toujours régulièrement ses médicaments. La recourante indique à cet égard que ce psychiatre est le médecin traitant de l'appelée en cause de sorte que ses constatations ne seraient pas neutres. La valeur probante des rapports des médecins traitants est, en effet, inférieure à ceux des spécialistes (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). Toutefois, contrairement à ce qu'affirme la recourante, le Dr M\_\_\_\_\_ ne prend pas parti pour sa patiente, mais rapporte objectivement les résultats des examens. La recourante ne contestant pas l'appréciation faite par le Dr M\_\_\_\_\_ des résultats des examens, le Tribunal de céans ne peut que retenir qu'il existe une compliance de l'appelée en cause quant au suivi de son traitement antidépresseur, de sorte que l'argumentation de la recourante ne saurait être retenue.
7. La recourante met également en doute la véracité des dires de l'appelée en cause quant à la survenance de l'accident de la circulation durant l'année 1996. Il sera remarqué que cet argument n'est pas pertinent, la question litigieuse étant celle de savoir si l'assurée était depuis le mois de mai 2002 en incapacité totale de travail, et non quelle était sa capacité de travail en 1996.
8. Enfin, le Tribunal de céans retient que l'OCAI a pris sa décision sur la base d'un dossier bien instruit mettant en exergue des conclusions concordantes, de sorte que le Tribunal de céans n'entrera pas en matière quant à la demande d'investigations complémentaires faite par la recourante.
9. Partant, le recours sera rejeté et la décision de l'OCAI confirmée.
10. L'appelée en cause sollicite l'octroi de dépens.

Aux termes de l'article 61 let. g LPGA repris par l'article 89H al. 3 de la loi genevoise sur la procédure administrative (LPA), la procédure devant le tribunal cantonal des assurances est réglée par le droit cantonal. Le tribunal cantonal doit octroyer au recourant qui obtient gain de cause le remboursement de ses frais et dépens, dans la mesure qu'il fixera.

L'article 61 let. g LPGA limite le droit à l'allocation de dépens à la personne du recourant. Toutefois, contrairement à la lettre restrictive de l'article 61 let. g LPGA, la jurisprudence a considéré que l'assuré, quelle que soit sa qualité en procédure cantonale (i.e: recourant, demandeur ou intimé), pouvait prétendre à des dépens s'il obtient gain de cause (ATF 108 V 111; cf. également ATAS/737/2008). De même, l'intervenant peut, selon la doctrine, faire valoir des dépens s'il obtient gain de cause, qui devront être pris en charge par l'institution d'assurance; si cette institution d'assurance obtient également gain de cause, les dépens devront être pris en charge par la caisse du Tribunal (KIESER Ueli, ATSG-Kommentar, 2003, p. 629, § 97). Enfin, le Tribunal fédéral a jugé, dans un arrêt du 7 août 2001 (I 245/01) publié en partie à la SVR 2002 IV Nr. 5, que l'épouse du recourant, qui était alors représentée par un avocat et qui avait été amenée à se prononcer dans le cadre de la procédure cantonale opposant son époux à l'office AI ("Mitinteressierte"), avait droit à des dépens, attendu qu'elle aurait pu recourir contre le jugement cantonal et qu'elle aurait obtenu la qualité pour recourir. Tel est a fortiori le cas de l'appelé en cause, qui a les mêmes droits qu'une partie. On peut citer également la jurisprudence du Tribunal fédéral selon laquelle la qualité de partie doit être reconnue à un assureur-maladie dans un litige opposant un assuré à l'assurance-accident de sorte que l'assureur-maladie peut être condamné aux frais (ATF 127 V 107).

Par conséquent, l'appelée en cause a droit à des dépens, fixés en l'espèce à 750 fr.

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

**Statuant**

conformément à l'article 56 U al. 2 LOJ

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. Le rejette.
3. Condamne GASTROSOCIAL Caisse de pension à verser à Madame I\_\_\_\_\_ une indemnité de 750 fr. à titre de dépens.
4. Met un émolument de 500 fr. à la charge de GASTROSOCIAL Caisse de pension.
5. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Brigitte BABEL

Isabelle DUBOIS

La secrétaire-juriste : Diane E. KAISER

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