

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1049/2009

ATAS/1436/2009

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 3

du 12 novembre 2009

En la cause

Madame Z_____, domiciliée c/o MME A_____, à
GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de
Maître BAGNOUD Georges

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Karine STECK, Présidente; Violaine LANDRY-ORSAT et Christine
LUZZATTO, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame Z_____A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante) a exercé de 1988 à 1991 la profession de caissière, de 1998 à 1999, celle de barmaid et de 2002 à 2004, celle de gérante de bar.
2. Le 13 décembre 2005, elle a déposé auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après OCAI) une demande de rente en invoquant une dépression sévère.
3. Dans un rapport adressé à l'OCAI le 5 mai 2006, la Dresse L_____, spécialiste FMH en médecine interne à la consultation de la Jonction des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après HUG), a posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent épisode actuel sévère sans symptôme psychotique. Le médecin a expliqué que ce trouble était probablement présent depuis l'adolescence, l'assurée décrivant des épisodes dépressifs antérieurs à août 2004, mais n'ayant été ni traités ni suivis médicalement. Le médecin a également mentionné, en précisant qu'ils étaient sans répercussion sur la capacité de travail, des troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, utilisation nocive pour la santé et un probable état de stress post-traumatique, survenu alors que l'assurée avait l'âge de dix ans.

Le médecin a conclu à une incapacité totale de travail depuis août 2004, en précisant que l'état de la patiente allait en s'aggravant.

De l'anamnèse, il ressort que l'assurée a travaillé jusqu'en août 2004, date à laquelle son médecin traitant, le Dr M_____, l'a mise en arrêt de travail pour épisode dépressif sévère avec vertiges et pertes de connaissance. La patiente décrit des cauchemars et flash-back concernant un accident domestique qui a coûté la vie à son frère jumeau alors qu'ils étaient âgés de dix ans. Selon elle, s'en sont suivis de nombreux épisodes dépressifs qui n'ont jamais été traités et pour lesquels elle n'a pas consulté. S'est développée en parallèle une consommation d'alcool épisodique. En août 2004, le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode sévère a été posé par le Dr M_____ et traité par SEROPRAM et LEXOTANIL. L'état de la patiente ne s'améliorant pas, son médecin traitant l'a adressée au programme dépression au mois d'octobre 2004.

La patiente décrit un sentiment de perte de goût à la vie, une fatigue constante, une impossibilité à effectuer les activités quotidiennes les plus simples, une anxiété handicapante, principalement le soir et la nuit lorsqu'elle se retrouve seule, des idées suicidaires qu'elle a peur de ne pouvoir contrôler ; elle se plaint également de céphalées récurrentes avec vertiges.

Objectivement, la Dresse L_____ dit avoir constaté une capacité d'orientation dans le temps et l'espace, de concentration et de mémoire diminuée, une baisse de l'élan vital, une anxiété invalidante, ainsi que des idéations suicidaires avec projet de défenestration. La consommation d'alcool est irrégulière.

Le médecin conclut à une capacité de travail de 0% en raison de la sévérité de l'épisode dépressif – étant précisé que l'incapacité de travail n'est due qu'à l'affection psychique – et émet un pronostic peu favorable.

4. L'assurée a été adressée par l'OCAI au Dr N_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, qui a rendu son rapport d'expertise en date du 6 novembre 2007, sur la base du dossier mis à sa disposition, d'entretiens avec l'assurée, d'un dosage médicamenteux, d'un entretien avec le médecin traitant et de divers autres documents.

L'expert a conclu à un épisode dépressif dans le contexte de difficultés psychosociales, entièrement compensé, n'atteignant que le niveau d'une dysthymie et n'ayant plus d'influence sur la capacité de travail. Il précise avoir fait abstraction de la problématique d'alcool qui, selon le tableau clinique et les renseignements anamnésiques, n'est plus d'actualité. L'expert a émis l'avis que, d'un point de vue psychiatrique, l'assurée pourrait exercer toutes les activités accessibles à ses formation et expérience.

Selon lui, on peut admettre une perturbation passagère en lien avec l'abandon de l'assurée par son mari et la période difficile qui s'en est suivie mais il est difficile, voire impossible, de procéder à une évaluation rétroactive. L'expert a cependant estimé que l'épisode dépressif mentionné par les médecins doit être considéré comme résorbé au plus tard deux ans après son début, ce qui correspond aussi à ce qui est habituellement observé dans un trouble d'adaptation.

L'expert dit n'avoir constaté aucun trouble de la concentration, de l'attention, de la mémoire ou de la pensée. Il relève que le médecin généraliste traitant, la Dresse O_____, n'a pas eu l'impression d'un état dépressif aigu, ni que l'état de sa patiente relevait de l'assurance-invalidité.

S'agissant de l'avis émis par le médecin de la consultation de la Jonction, l'expert estime qu'on comprend mal, à sa lecture, sur quelles bases le diagnostic de trouble dépressif récurrent a été posé, puisqu'essentiellement, c'est un épisode dépressif qui dure depuis l'été 2004 qui est décrit, réactionnel aux éléments adverses de la vie.

Le médecin indique qu'après avoir dressé un tableau plutôt sinistre et d'isolement social, il s'est avéré que l'assurée n'était pas si démunie. Il a relevé une certaine insatisfaction, un mécontentement et une dysphorie, mais aucun trouble psychopathologique majeur, et en particulier, aucun élément parlant en faveur d'un état dépressif clinique en vigueur.

L'expert a conclu à une situation clinique compensée, précisant que si un état dépressif plus intense a existé auparavant, il est désormais, avec l'aide de la médication, suffisamment et très bien compensé. L'expert ajoute qu'il n'a observé aucun élément significatif en faveur d'un état anxieux majeur ou d'un trouble de la personnalité. Il en tire la conclusion que l'état clinique de l'assurée ressemble à celui de grand nombre de patients ayant traversé un moment difficile dans leur vie, associé à des symptômes dépressifs, mais désormais suffisamment compensés pour que l'atteinte ne puisse plus être considérée comme étant manifeste cliniquement parlant. L'expert a encore souligné qu'un certain nombre de facteurs de vie difficiles, extra-médicaux (situation sociale limitée avec le cadre de l'Hospice général, soucis de logement, éducation des enfants, déception amoureuse, manque de formation rendant l'insertion difficile, vision négative malade et invalidante de son propre état), persistent, mais qu'ils ne peuvent entrer en ligne de compte dans la détermination de la capacité de travail.

5. Le dossier de l'assurée a été soumis au Dr P_____ du Service médical régional de l'AI (SMR), qui, dans un avis du 10 décembre 2007, a conclu à une incapacité totale de travail du 11 août 2004 au 11 août 2006, puis à une pleine capacité à compter du 12 août 2006.
6. Le 8 février 2008, l'OCAI a adressé à l'assurée un projet de décision aux termes duquel il ressortait qu'il se proposait de lui reconnaître le droit à une rente entière du 1^{er} août 2005 au 31 août 2006. Par ailleurs, dans un second projet de décision daté du même jour, l'OCAI a nié le droit de l'assurée à un reclassement.
7. Par courrier du 17 avril 2008, l'assuré a manifesté son désaccord avec ces projets de décision en alléguant souffrir toujours d'une dépression profonde qui lui interdit toute activité. Elle a produit à l'appui de ses dires un certificat médical établi le 18 mars 2008 par la Dresse Q_____, cheffe de clinique du Département de psychiatrie des HUG, précisant qu'elle est suivie au programme dépression depuis octobre 2004, qu'elle est atteinte d'une dépression récurrente et que divers traitements médicamenteux ont été essayé sans amélioration notable, de sorte qu'une prise en charge psychiatrique demeure nécessaire.
8. Le Dr P_____ du SMR, dans un avis du 29 avril 2008, a relevé que si cet avis de la Dresse Q_____ contrastait avec les observations de l'expert, il ne permettait cependant pas de conclure à un état de santé incompatible avec la reprise d'une activité lucrative.
9. En conséquence de quoi, le 13 mai 2008, l'OCAI a rendu une décision niant le droit de l'assurée à un reclassement. Cette décision, non contestée, est entrée en force.
10. Le 23 février 2009, l'OCAI a émis une seconde décision aux termes de laquelle il a accordé à l'assurée une rente entière, limitée dans le temps à la période du 1^{er} août 2005 au 31 août 2006.

11. Par écriture du 24 mars 2009, l'assurée a interjeté recours auprès du Tribunal de céans, en concluant à l'octroi d'une rente entière au-delà du 31 août 2006, en alléguant être dans l'incapacité totale de travailler.
12. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 22 avril 2009, a conclu au rejet du recours, en se référant au rapport d'expertise du Dr N_____.
13. Dans sa réplique du 19 mai 2009, la recourante a quant à elle persisté dans ses conclusions en se référant à l'avis des médecins traitants, selon lesquels elle souffre d'une dépression sévère et est totalement invalide depuis le 11 août 2004. Elle reproche à l'OCAI de s'être basé sur le seul rapport d'expertise du Dr N_____ pour rendre sa décision, alors que l'expert n'a pas pris contact avec la Dresse Q_____. La recourante demande qu'une nouvelle expertise soit mise sur pied.

A l'appui de ses dires, la recourante produit un certificat établi par la Dresse Q_____ en date du 3 mars 2009, laquelle conclut à une reprise du travail à plein temps à compter du 1^{er} février 2009, reprise du travail confirmée pour le 1^{er} mars 2009 et un certificat médical du Dr R_____, du Département de psychiatrie des HUG, daté du 30 mars 2009 et concluant à un arrêt de travail à 100% à compter du 1^{er} avril 2009.

14. L'intimé, dans sa duplique du 23 juin 2009, a soutenu l'opinion que la recourante n'avait apporté aucun élément probant susceptible de remettre en cause l'expertise du Dr N_____.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ; 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) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20).

En dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

La compétence du Tribunal de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au

moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse (ATF 129 V 1, consid. 1; ATF 127 V 467, consid. 1 et les références). C'est ainsi que lorsque l'on examine le droit éventuel à une rente d'invalidité pour une période précédant l'entrée en vigueur de la LPGA, il y a lieu d'appliquer l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et la nouvelle réglementation légale après cette date (ATF 130 V 433 consid. 1 et les références).

En l'espèce, la décision litigieuse est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA ainsi qu'à l'entrée en vigueur, le 1er janvier 2004, des modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4ème révision). Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à une rente d'invalidité doit être examiné au regard des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 4ème révision de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329).

Par ailleurs, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité est entrée en vigueur le 1er juillet 2006 (RO 2006 2003), apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). Le présent cas est soumis au nouveau droit, dès lors que le recours de droit administratif a été formé après le 1er juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).

3. Interjeté dans les forme et délai légaux (art. 56 à 60 LPGA), le recours est recevable.
4. Est litigieuse en l'espèce la question de savoir si les atteintes à la santé de la recourante entraînent une perte de gain susceptible de lui ouvrir droit à des prestations de l'assurance-invalidité
5. 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).

Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a; 105 V 207 consid. 2). Ainsi le taux d'invalidité ne se confond pas nécessairement avec le taux d'incapacité

fonctionnelle déterminé par le médecin; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a).

6. 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.

Parmi les atteintes à la santé psychique pouvant provoquer une telle invalidité, il faut mentionner - outre les affections mentales proprement dites - les anomalies psychiques équivalant à des maladies, étant précisé que l'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 définie aussi objectivement que possible. Il convient donc de déterminer si et dans quelle mesure un assuré peut, compte tenu de ses aptitudes et malgré l'atteinte à sa santé mentale, exercer une activité que lui offre un marché du travail équilibré.

7. a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4 et les références).

b) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical est que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 122 V 160 consid. 1c et les références). L'élément déterminant pour la valeur probante n'est en principe ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation, sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 122 V 160 consid. 1c; OMLIN, Die Invaliditätsbemessung in der obligatorischen Unfallversicherung p. 297ss.;

MORGER, Unfallmedizinische Begutachtung in der SUVA, in Revue Suisse des assurances sociales [RSAS] 32/1988 p. 332ss.).

c) Au sujet 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 (ATFA du 14 avril 2003, en la cause I 39/03, consid. 3.2, ATF 124 I 175 consid. 4 et les références citées; Plaidoyer 6/94 p. 67). Il n'a pas, d'emblée, de raison de mettre en doute la capacité alléguée par son patient, surtout dans une situation d'évaluation difficile. En principe, il fait donc confiance à son patient, ce qui est souhaitable, et ne fait donc pas toujours preuve de l'objectivité nécessaire, guidé qu'il est par le souci, louable en soi, d'être le plus utile possible à son patient. Les constatations du médecin de famille quant à l'appréciation de l'incapacité de travail de l'assuré ont ainsi une valeur probante inférieure à celles des spécialistes (RCC 1988 p. 504). La règle est d'ailleurs qu'il se récuse pour l'expertise de ses propres patients (VSI 2001, 109 consid. 3b/cc; RCC 1988 p. 504 consid. 2). L'expert est dans une position différente puisqu'il n'a pas un mandat de soins, mais un mandat d'expertise en réponse à des questions posées par des tiers. Il tient compte des affirmations du patient. Il doit parfois s'écarter de l'appréciation plus subjective du médecin traitant.

d) Quant aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs, le juge peut leur accorder pleine valeur probante aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

e) L'expert médical appelé à se prononcer sur le caractère invalidant de troubles psychiques doit poser un diagnostic relevant d'une classification reconnue et se déterminer sur le degré de gravité de l'affection.

Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. A cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la

santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).

Lorsqu'il apparaît que l'existence de l'atteinte à la santé doit être attribuée à des problèmes d'ordre familial, professionnel et socio-culturel, elle ne relève en principe pas de l'assurance-invalidité, à moins que ne soit mis en évidence un substrat médical pertinent entravant la capacité de travail et de gain de manière importante. Le TFA a ainsi estimé que lorsque le tableau clinique comporte des éléments convaincants autres que les facteurs socio-culturels, comme un trouble dépressif et de probables symptômes de conversion, par exemple, et qu'il ressort en termes clairs de l'expertise que la diminution de la capacité de travail s'explique par le seul diagnostic médical, il se justifie de retenir l'incapacité de travail en suivant l'avis de l'expert psychiatre quelles que soient en définitive les causes de l'atteinte à la santé psychique, dès lors que celle-ci entraîne une incapacité de travail indépendamment de son origine (ATF I 382/03 du 21 janvier 2004 consid. 5).

8. En l'espèce, la recourante fait grief à l'administration d'avoir fondé son appréciation de sa capacité de travail sur le rapport du Dr N_____, dont les conclusions ne sont pas partagées par la Dresse L_____.

Le Tribunal de céans ne saurait suivre l'argumentation de la recourante pour les motifs suivants.

Le rapport d'expertise du Dr N_____ se fonde sur une anamnèse détaillée, un examen clinique de la recourante et tient compte des plaintes rapportées par cette dernière. Il a été établi en pleine connaissance du dossier et ses conclusions, dûment motivées, ne laissent pas apparaître de contradiction. En particulier, l'expert a expliqué les raisons pour lesquelles il a considéré que l'épisode dépressif survenu dans le contexte de difficultés psychosociales était désormais entièrement compensé et n'avait plus d'influence sur la capacité de travail : il n'a observé aucun trouble de la concentration, de l'attention, de la mémoire ou de la pensée; il a indiqué qu'il n'y avait pas non plus d'abaissement de l'humeur au sens de la CIM-10, mais plutôt une certaine morosité et des fluctuations euthymiques; il a également exclu la présence d'une diminution constante et marquée de l'intérêt et du plaisir, expliquant que l'assurée conservait divers intérêts et activités; l'expert a admis la présence d'une certaine perte de l'estime de soi, mais exclu l'existence d'une culpabilité excessive ou inappropriée, les pensées récurrentes de mort, la diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou la diminution de l'appétit, car bien que l'assurée affirme ne pas avoir d'appétit, une prise de poids importante

(dix kilos) plaidait le contraire; un très léger ralentissement et quelques perturbations du sommeil ont été notées, mais plutôt dans le sens d'un décalage du rythme. Bien motivé, le rapport de l'expert doit se voir reconnaître pleine valeur probante.

Il y a lieu de rappeler, au surplus, qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat de soins et un mandat d'expertise (cf. arrêt du Tribunal fédéral du 5 janvier 2003, I 701/05, consid. 2 et les références, en particulier l'ATF 124 I 170 consid. 4), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire : il n'en va autrement que si lesdits médecins traitants font état d'éléments objectifs ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de cette dernière.

Cette hypothèse n'est cependant pas réalisée en l'espèce. En effet, la Dresse Q_____ se contente, dans son rapport du 18 mars 2009, de préciser que la recourante est suivie par le programme dépression depuis octobre 2004 et qu'une prise en charge demeure nécessaire, sans se prononcer aucunement sur les symptômes qui lui permettent d'arriver à cette conclusion ou encore sur la capacité de travail de la patiente. Cet avis ne saurait dès lors justifier que l'on s'écarte des conclusions détaillées de l'expert. Il en va de même des derniers certificats produits. Il sied d'ailleurs de relever que celui établi par la Dresse Q_____ en date du 3 mars 2009, conclut même à une reprise du travail à plein temps à compter du 1^{er} février 2009, reprise du travail confirmée pour le 1^{er} mars 2009. Certes, le certificat médical établi en date du 30 mars 2009 par le Dr R_____ et concluant à un arrêt de travail à 100% à compter du 1^{er} avril 2009 donne à penser que la Dresse Q_____ a commis une erreur mais il n'en demeure pas moins que, là encore, aucun élément n'est soulevé à l'appui de l'affirmation selon laquelle l'assurée serait totalement incapable de travailler qui permettrait de remettre en cause le rapport clair et probant de l'expert.

On retiendra donc que, sur le plan psychique, la recourante a recouvré une capacité de travail entière dès le 11 août 2006, soit deux ans après le début de l'incapacité de travail.

Force est cependant de constater que l'intimé a omis d'appliquer l'art. 88a al. 1 RAI, lequel prévoit que si la capacité de gain s'améliore au point de supprimer le droit aux prestations, ce changement doit avoir duré trois mois. En conséquence, le recours est très partiellement admis en ce sens que la suppression du droit à la rente est reportée au 30 novembre 2006. La décision litigieuse est confirmée pour le surplus.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet très partiellement en ce sens que la suppression du droit à la rente entière est reportée au 30 novembre 2006.
3. Le rejette pour le surplus.
4. Renvoie la cause à l'intimé pour calcul des prestations dues.
5. Condamne l'intimé à verser à la recourante la somme de 700 fr. à titre de dépens.
6. Renonce à la perception d'un émolument.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la Loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF ; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Yaël BENZ

Karine STECK

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