

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1249/2008

ATAS/673/2009

**ARRET**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**Chambre 3**

**du 29 mai 2009**

En la cause

Madame A \_\_\_\_\_, domiciliée à Carouge, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître HUBER Anne-Laure

recourante

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue  
de Lyon 97, 1203 Genève

intimé

**Siégeant : Karine STECK, Présidente; Violaine LANDRY-ORSAT et Maria GOMEZ,  
Juges assesseurs**

---

### EN FAIT

1. Madame A \_\_\_\_\_, née en 1956, originaire du KOSOVO, divorcée et mère de trois enfants, ayant exercé dans son pays la profession de maîtresse d'école et celle de nettoyeuse depuis son arrivée en Suisse depuis 1995, a déposé en date du 31 août 2004 une demande de rente et de reclassement auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OCAI) en invoquant des douleurs au niveau du dos et des jambes.
2. Il ressort du questionnaire rempli par le dernier employeur de l'assurée que cette dernière a travaillé en tant que nettoyeuse, à raison de 44 heures par semaine, de septembre 1996 à août 2004, date à laquelle elle a été licenciée pour cause de restructurations. Il a été précisé que l'horaire de travail de l'intéressée avait été diminué à 50% à compter du 1er mars 2003 pour des raisons de santé.
3. L'assurée a été adressée au SMR en date du 22 novembre 2006 pour un examen bidisciplinaire rhumatologique et psychiatrique confié au Dr L \_\_\_\_\_ pour le volet rhumatologique et au Dr M \_\_\_\_\_ pour le volet psychiatrique. Ces derniers ont rendu leur rapport en date du 15 janvier 2007 (pièce 23 OCAI).

Il ressort de l'anamnèse que l'assurée souffre de rachialgies diffuses depuis 1995, qu'elle a continué à présenter des rachialgies peu importantes et supportables jusqu'en 2002 et qu'elle a alors été mise en arrêt de travail à 50% pendant cinq à six mois en raison d'une accentuation des douleurs, lesquelles se sont étendues de la région lombaire à la nuque, avec irradiation à la face externe des deux cuisses jusqu'aux genoux. Par la suite, elle a développé des douleurs au niveau de toutes les articulations mais ce sont surtout les rachialgies aux niveaux cervical et lombaire qui l'ont gênée. De mars 2003 à juin 2004, l'assurée a à nouveau été mise en arrêt de travail à 50%, puis, depuis juin 2004, en arrêt de travail complet. Elle a ensuite bénéficié des indemnités chômage de juin 2004 à septembre 2006.

Les médecins du SMR retenus les diagnostics de rachialgies diffuses dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs modérés du rachis et une obésité mais ont considéré que ces atteintes étaient sans répercussion sur la capacité de travail de l'assurée.

Les médecins ont considéré que les douleurs rachidiennes avaient un caractère essentiellement mécanique. Des troubles statiques modérés du rachis ont été mis en évidence. Ils ont constaté une mobilité cervicale et lombaire diminuée mais ont également noté la présence de signes de non-organicité selon WADDELL et une démonstrabilité importante de l'assurée. Cette dernière présentait des douleurs à la palpation, non seulement des divers points de la fibromyalgie mais également des divers points de contrôle. Par contre, la mobilité des articulations périphériques a été qualifiée de bien conservée et sans signe pour une arthropathie inflammatoire.

Dans ce contexte, les médecins ont estimé que les douleurs ressenties dans les quatre membres n'avaient pas de substrat organique et que le diagnostic de fibromyalgie ne pouvait être retenu puisque les douleurs à la palpation ne touchaient pas seulement les points typiques de cette atteinte mais également les points de contrôles.

Ils ont en revanche admis l'existence de troubles statiques modérés et des troubles dégénératifs discrets du rachis mais ont estimé que ceux-ci, eu égard à leur modicité, n'entraînaient aucune incapacité de travail et ceci, quelle que soit l'activité envisagée (même celle de nettoyeuse).

Du point de vue psychiatrique, les médecins ont jugé que les critères n'étaient pas remplis pour admettre l'un des quatre troubles somatoformes définis par la CIM-10, pas plus que ceux permettant de retenir des diagnostics du registre dépressif. Les médecins ont donc conclu à l'absence d'atteinte à la santé psychique ayant valeur de maladie au sens de l'AI.

Les médecins ont encore expliqué que leur évaluation ostéo-articulaire s'éloignait de celle du Dr N\_\_\_\_\_, qui avait attesté une incapacité de travail de 50% du 6 mars 2003 au 6 juin 2004 et de 100% depuis le 7 juin 2004.

4. Le Dr O\_\_\_\_\_ du SMR, a estimé dans un avis du 2 février 2007, que les conclusions des experts s'éloignaient certes de celles du Dr N\_\_\_\_\_, mais devaient se voir reconnaître pleine valeur probante dans la mesure où elles reposaient sur des observations cliniques et radiologiques précises.
5. Le 23 novembre 2007, l'OCAI a adressé à l'assurée un projet de décision dont il ressortait qu'il lui refuserait toute prestation.
6. Par décision du 26 février 2008, l'OCAI a nié le droit de l'assurée à toute prestation. Se référant aux rapports médicaux et plus particulièrement à l'examen rhumato-psychiatrique du SMR, l'OCAI a considéré que l'assurée ne présentait de pathologie invalidante ni sur le plan somatique, ni sur le plan psychiatrique et que rien ne justifiait donc une quelconque incapacité de travail.
7. Par courrier du 11 avril 2008, l'assuré a interjeté recours contre cette décision en concluant à l'octroi d'une rente entière, subsidiairement au renvoi du dossier à l'OCAI pour expertise pluridisciplinaire, notamment psychiatrique.

L'assurée a expliqué que, malgré ses douleurs dorsales, elle a continué son activité lucrative le plus longtemps possible mais qu'elle a finalement dû se résoudre à déposer une demande de prestations après que ces douleurs se sont encore aggravées et que s'y sont ajoutés des troubles du sommeil, des vertiges, des tremblements inexpliqués et une profonde dépression. L'assurée se réfère à l'avis de son psychiatre traitant, la Dresse P\_\_\_\_\_. Elle allègue par ailleurs avoir

également fait l'objet d'un examen au Centre de médecine du sommeil, où les médecins ont constaté une architecture globale du sommeil perturbée, ainsi que de scores d'anxiété et de dépression très élevés.

A l'appui de son recours, l'assurée a produit un courrier émanant de la Dresse P\_\_\_\_\_, daté du 26 mars 2008, indiquant brièvement que sa patiente souffre d'un état dépressif sévère avec éléments psychotiques, qu'elle se plaint de difficultés à faire face à la vie quotidienne, d'être déprimée, angoissée, fatiguée de la vie, de troubles de la concentration et de la mémoire, assez importants, des troubles du sommeil et de l'appétit, d'un manque de confiance en elle-même, d'un repli sur elle-même, d'une baisse d'élan vital et d'idées noires, mais non suicidaires. Le médecin ajoute que l'état actuel de la patiente ne lui permet pas de travailler et nécessite un suivi psychiatrique avec traitement antidépresseur et neuroleptique.

La recourante a également produit un rapport établi suite à une polysomnographie pratiquée le 30 janvier 2008, faisant état d'une architecture globale du sommeil perturbée, d'une instabilité du sommeil, de nombreux éveils sans causes décelables, d'événements respiratoires d'origine obstructive, peu nombreux et principalement dans les phases de sommeil paradoxal, d'une absence de mouvements périodiques des membres inférieurs. En conclusion, les médecins ont considéré que la polysomnographie était dans les limites de la norme, qu'une partie des anomalies observées pouvait être mise en relation avec un effet de première nuit, que l'index d'apnée ne permettait pas de retenir le diagnostic de syndrome d'apnée obstructive d'un sommeil mais que les scores d'anxiété et de dépression étaient très élevés (échelle de BECK et SPILBERGER)

8. Invité à se déterminer, l'OCAI, dans sa réponse du 27 mai 2008, a conclu au rejet du recours.

Il relève que l'assurée a été soumise à un examen bidisciplinaire, rhumatologique et psychiatrique, et que les experts n'ont retenu aucun diagnostic sur le plan psychique. L'intimé ajoute que si les médecins du SMR ont certes diagnostiqué, sur le plan physique, des rachialgies diffuses dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs modérés du rachis, ainsi qu'une obésité, ils les ont toutefois jugées sans répercussion sur la capacité de travail.

Quant aux documents produits par la recourante à l'appui de son recours, l'OCAI se réfère à l'avis du Dr O\_\_\_\_\_, du SMR, qui estime que les informations apportées par la Dresse P\_\_\_\_\_ sont insuffisantes pour établir le diagnostic d'état dépressif sévère avec éléments psychotiques. Selon le Dr O\_\_\_\_\_, la Dresse P\_\_\_\_\_ se contente de relater les plaintes de l'assurée, sans faire aucune constatation clinique, ni reprendre les critères de la classification reconnue ou préciser depuis quand la pathologie serait présente. Le Dr O\_\_\_\_\_ ajoute qu'aucune pathologie psychiatrique n'a été constatée lors de l'examen du SMR et

relève que l'assurée a affirmé ne pas prendre le médicament antidépresseur prescrit par son médecin-traitant. Le Dr O \_\_\_\_\_ tire la conclusion qu'il n'y a pas suffisamment d'éléments cliniques pour se prononcer par rapport à l'éventualité d'une aggravation de l'état psychique de l'assurée et suggère, avant d'envisager une expertise psychiatrique, de poser des questions complémentaires à la Dresse P \_\_\_\_\_.

S'agissant par ailleurs du rapport de polysomnographie, le Dr O \_\_\_\_\_ admet qu'il mentionne une architecture globale du sommeil perturbée, mais souligne qu'il aboutit aussi à la conclusion que la polysomnographie est dans les limites de la norme et que les résultats ne permettent pas de retenir le diagnostic de syndrome d'apnée du sommeil.

Enfin, le médecin du SMR fait remarquer que ni le diagnostic de trouble somatoforme persistant ni celui de fibromyalgie n'a été posé, de sorte qu'il n'y a pas lieu de se baser, comme le fait le conseil de la recourante, sur les critères énoncés par la jurisprudence dans de tels cas pour vérifier le caractère exigible ou non d'une réintégration dans le processus du travail.

9. Par courrier du 18 août 2008, la recourante a informé le Tribunal de céans qu'elle était désormais suivie par la Dresse Q \_\_\_\_\_, laquelle avait succédé à la Dresse P \_\_\_\_\_.
10. Une audience s'est tenue en date du 6 novembre 2008, au cours de laquelle a été entendue la Dresse Q \_\_\_\_\_.

Le témoin a expliqué que sa prédécesseure, la Dresse P \_\_\_\_\_, avait retenu le diagnostic d'état dépressif avec éléments psychotiques car la patiente dit entendre des bruits. Le témoin a cependant admis qu'il était difficile de déterminer s'il s'agissait véritablement d'éléments psychotiques ou de séquelles de l'opération subie par la patiente suite à une otite.

La Dresse Q \_\_\_\_\_ a indiqué avoir continué le traitement instauré par sa collègue (antidépresseurs, anxiolytiques et neuroleptiques), précisant que les antidépresseurs sont prescrits en dose importante, thérapeutique, et les neuroleptiques à petite dose, de sorte qu'il ne s'agit donc pas d'un traitement lourd.

Le témoin a précisé que depuis avril 2008, l'état de la patiente a varié entre les degrés de gravité moyen et sévère.

La Dresse Q \_\_\_\_\_ a précisé que le diagnostic était basé sur l'échelle de BECK. Ont été relevés : une fatigue importante, une anhédonie, des troubles du sommeil, une asthénie importante, des troubles de la concentration objectivés et une difficulté à se prendre en charge au quotidien. Par ailleurs, la patiente se plaint de

douleurs cervicales et de céphalées importantes qui pourraient être en partie imputables à la dépression.

Selon le témoin, la compliance est bonne car, bien qu'aucun dosage n'ait été effectué, on peut constater que la patiente réclame des médicaments régulièrement et que les modifications de dosage ont été suivies d'effets cliniques.

D'après le dossier et les dires de la patiente, les problèmes psychiques remontent à plusieurs années, puisqu'avant même de cesser son activité, elle souffrait déjà d'une fatigue importante et d'autres symptômes.

Le témoin a émis l'avis que l'exercice d'une activité pourrait jouer un rôle thérapeutique. La Dresse Q\_\_\_\_\_ en a discuté avec l'assurée qui a manifesté dernièrement qu'elle pourrait éventuellement envisager d'exercer une activité à 50% car il s'écoule des périodes où elle se sent mieux.

Le témoin a préconisé une activité n'impliquant ni facteur de stress ni effort physique et permettant à l'assurée de rester assise en commençant progressivement, par un taux d'occupation de 30% par exemple, ce qui permettrait d'évaluer la situation plus précisément et d'évaluer s'il subsiste une capacité résiduelle de travail, étant précisé qu'une activité pourrait peut-être aider la patiente à surmonter ses problèmes de concentration en agissant de manière favorable sur les symptômes dépressifs.

Sur le principe, le témoin a émis l'avis qu'une mesure de réadaptation dans le cadre de l'assurance-invalidité serait utile.

De manière générale, la Dresse Q\_\_\_\_\_ a affirmé s'efforcer toujours à l'optimisme et essayer de remettre ses patients au travail dans un but thérapeutique. Elle a cependant reconnu que, dans le cas de la recourante, l'évolution lui paraissait incertaine, ajoutant qu'il faudrait également prendre en compte les problèmes somatiques.

11. Par écriture du 26 novembre 2008, l'intimé a maintenu sa position en se référant à un nouvel avis du Dr O\_\_\_\_\_ du 25 novembre 2008. Le médecin émet l'opinion que les informations données par la Dresse Q\_\_\_\_\_ sont contradictoires ou insuffisantes, dans la mesure où elle ne peut se déterminer sur l'existence d'éléments psychotiques - ce qui conduit à mettre en doute le diagnostic d'état dépressif sévère avec éléments psychotiques -, où elle précise par ailleurs que le traitement suivi par l'assurée n'est pas lourd - ce qui remet également en question la sévérité de l'état dépressif.
12. Pour sa part, la recourante, par écriture du 9 février 2009, a demandé à être mise au bénéfice d'une rente entière d'invalidité, subsidiairement d'une mesure d'orientation professionnelle. La recourante soutient que l'audition de son médecin a permis

d'objectiver son état dépressif. Elle relève que si la Dresse Q\_\_\_\_\_ a effectivement émis l'opinion qu'une activité à 50% serait envisageable, elle a également précisé que cela serait dans un but thérapeutique. Elle a par ailleurs décrit cette activité comme pouvant consister à coller des timbres ou effectuer de petits travaux d'horlogerie et précisé qu'elle était, par principe, convaincue de la nécessité de proposer une activité à ses patients pour faciliter leur guérison.

La recourante a suggéré qu'une mesure d'observation professionnelle serait à même de déterminer son éventuelle capacité de travail résiduelle.

En définitive, la recourante souligne que les activités envisageables telles que décrites par la Dresse Q\_\_\_\_\_ implique l'absence d'efforts physiques, ce qui permet d'admettre que sa capacité de travail dans l'activité préalablement exercée de nettoyeuse est nulle et que les activités par ailleurs évoquées, comme celle de coller des timbres ainsi que le taux d'activité exigible (entre 30 et 50%) démontrent que l'exigence d'une perte de gain durable de 20% au moins est réalisée dans son cas.

### **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'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI).

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. 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).

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 la recourante peut prétendre une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement celle de savoir quel est son degré d'invalidité éventuel et si, cas échéant, elle peut se voir octroyer des mesures d'ordre professionnel.
5. a) 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).  
  
b) 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).  
  
c) 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.).

d) 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.

e) 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).

6. La recourante fait grief à l'intimé d'avoir nié toute atteinte à la santé invalidante en se basant sur le rapport du SMR du 22 novembre 2006.

Sur le plan somatique, il apparaît que le Dr L\_\_\_\_\_ s'est en effet écarté des conclusions du Dr N\_\_\_\_\_, qui avait attesté d'une incapacité de travail. Cependant, ainsi que le relève le Dr O\_\_\_\_\_, le Dr L\_\_\_\_\_ a motivé ses conclusions par des observations cliniques et radiologiques précises et convaincantes, ceci après avoir procédé à examen clinique complet et détaillé de l'intéressée. Au surplus, aucun élément au dossier ne permet de mettre en doute les conclusions du Dr L\_\_\_\_\_ en dehors de l'attestation d'incapacité de travail du Dr N\_\_\_\_\_ évoquée supra. Quant aux troubles du sommeil invoqués par la recourante, force est de constater que les spécialistes ont certes constaté une « architecture globale du sommeil perturbée » mais ils ont aussi conclu que la polysomnographie était dans les limites de la norme, qu'une partie des anomalies observées pouvait être mise en relation avec un « effet de première nuit » et que l'index d'apnée ne permettait pas de retenir le diagnostic de syndrome d'apnées obstructives du sommeil.

Reste la question d'éventuelles atteintes psychiques. Le Dr M\_\_\_\_\_ a conclu à l'absence de toute atteinte psychique, alors que la Dresse P\_\_\_\_\_ concluait à un état dépressif sévère avec éléments psychotiques. Il est vrai cependant que la Dresse P\_\_\_\_\_ n'a aucunement étayé ce diagnostic et s'est contentée de se faire l'écho des plaintes de sa patiente, de sorte que son avis ne saurait jeter le doute sur les conclusions du Dr M\_\_\_\_\_.

Quant à la Dresse Q\_\_\_\_\_, force est de constater qu'elle ne s'est pas montrée très catégorique quant au diagnostic d'état dépressif avec éléments psychotiques retenue par sa collègue. Elle a d'emblée admis qu'il était difficile de déterminer si les bruits que disait entendre la patiente constituaient véritablement des symptômes psychotiques ou s'il s'agissait simplement des séquelles d'une opération de l'oreille. La Dresse Q\_\_\_\_\_ a également admis que l'on ne pouvait qualifier le traitement suivi par la patiente de « lourd ».

D'un autre côté, le témoin a aussi précisé que, depuis avril 2008, l'état de la patiente, s'il avait varié, n'avait jamais été, au mieux, que de gravité moyenne. On peut également relever que la Dresse Q\_\_\_\_\_, si elle a certes estimé envisageable une reprise d'activité, a soumis cette dernière à certaines conditions et décrit une activité très légère et à temps partiel seulement.

Ces éléments, s'ils ne sont pas suffisants pour s'écarter des conclusions du Dr M\_\_\_\_\_, sèment toutefois le doute, d'autant qu'un laps de temps pour le moins important s'est écoulé entre l'examen du SMR (22 novembre 2006) et la date à laquelle a été rendue la décision litigieuse (26 février 2008). Dans ces circonstances, il n'est pas exclu que l'état psychique de la recourante ait pu se dégrader, ce qui expliquerait la divergence importante entre les diagnostics retenus par le SMR et ceux des Dresse P\_\_\_\_\_ et Q\_\_\_\_\_. Le Dr O\_\_\_\_\_ évoquait d'ailleurs cette éventualité, préconisant, avant de solliciter

une expertise complémentaire, d'interroger le psychiatre traitant. L'audition de ce dernier ne permettant pas au Tribunal de se forger une opinion, il conviendrait de procéder à une expertise complémentaire sur le plan psychique, pour déterminer de quelle manière a évolué l'état de l'assurée et, s'il s'est aggravé, quelles sont les répercussions exactes sur sa capacité de travail et quelles activités pourraient être envisagées.

Étant rappelé que le juge qui considère que les faits ne sont pas suffisamment élucidés peut renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction ou procéder lui-même à une telle instruction complémentaire (RAMA 1993 p. 136). et qu'en matière d'assurance-invalidité, la première solution est en principe préférée (ATFA I 431/02 du 8 novembre 2002), la cause est renvoyée à l'intimé à charge pour ce dernier de confier le soin à un psychiatre indépendant de procéder à une nouvelle expertise.

Eu égard aux considérations qui précèdent, le recours est partiellement admis.

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

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision du 26 février 2008.
4. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
5. Condamne l'intimé à verser à la recourante la somme de 2'000 fr. à titre de dépens.
6. Renonce à percevoir l'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); 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

Florence SCHMUTZ

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