

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1790/2009

ATAS/380/2010

ARRÊT

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 3

du 15 avril 2010

En la cause

Madame B _____, domiciliée à CHÂTELAINÉ, comparant
par Maître Georges ZUFFEREY en l'Étude de qui elle élit domicile

recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE
GENÈVE, sis 97, rue de Lyon, GENÈVE

intimé

**Siégeant : Karine STECK, Présidente; Maria GOMEZ et Evelyne BOUCHAARA, Ju-
ges assesseurs**

EN FAIT

1. Née en 1958, Madame B_____ (ci-après l'assurée ou la recourante) a d'abord travaillé dans le domaine du textile puis, de 1993 à 1995 - soit jusqu'à la naissance de son fils -, en qualité de sommelière.
2. Par courrier enregistré par l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après l'OAI ou l'intimé) le 8 juillet 2005, l'assurée a demandé l'octroi d'une rente. Elle alléguait être dans l'incapacité totale de travailler depuis décembre 1995 en raison d'une dépression.
3. Le docteur L_____, médecin généraliste, a établi en date du 3 septembre 2005 un rapport dans lequel il a mentionné, outre des lombalgies dont il a précisé qu'elles étaient sans répercussion sur la capacité de travail de sa patiente, un état dépressivo-anxieux sévère présent depuis l'accouchement, c'est-à-dire depuis une dizaine d'années, dont il a expliqué qu'il avait entraîné l'arrêt de toute activité professionnelle. Le médecin a précisé que les traitements médicamenteux prescrits n'avaient pas eu les effets escomptés ; une psychothérapie avait permis une amélioration qui avait toutefois disparu lorsque l'enfant avait dû aller à l'école. Par la suite, l'état de l'assurée s'était progressivement stabilisé, au point de lui permettre de garder un enfant deux fois deux heures par semaine en 2003 et 2004, mais elle avait rechuté sans cause apparente en septembre 2005.
4. Du rapport établi le 1^{er} novembre 2005 par le docteur M_____, médecin généraliste, il ressort que l'assurée souffrait d'un état dépressif récurrent d'intensité moyenne et de troubles statiques et dégénératifs modérés dorso-lombaires. Le médecin a précisé que sa patiente, hypocondriaque, émettait de multiples plaintes, mais qu'aucune n'était objectivable. En mars 2005, il l'avait adressée à un confrère psychiatre, ce qu'elle avait toujours refusé jusqu'alors.
5. Le docteur N_____, psychiatre, a quant à lui diagnostiqué une dysthymie (F34.1 selon la Classification internationale des maladies [CIM-10]) présente depuis plusieurs années, dont il a estimé qu'elle était sans répercussion sur la capacité de travail de l'assurée (cf. rapport du 30 octobre 2006).
6. Le 14 décembre 2006, l'OAI a rendu une décision niant le droit de l'assurée à une rente d'invalidité au motif que, selon les éléments médicaux recueillis, l'atteinte à la santé de celle-ci n'était pas invalidante.
7. Le 7 juillet 2008, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations à l'appui de laquelle elle a notamment produit :
 - un certificat établi le 2 mai 2008 par le docteur L_____, exprimant l'avis que l'assurée était incapable d'exercer une activité depuis le 1^{er} mai 2005 et que

son état ne permettait pas d'envisager une reprise d'activité ; le médecin précisait que la patiente était toujours en traitement et qu'anamnestiquement, la dégradation de son état de santé datait de 1995 déjà ; il ajoutait qu'elle n'avait jamais renoncé à essayer de mettre sa capacité de travail en valeur mais qu'il lui était impossible d'exercer une activité et de réaliser des revenus ; il en tirait la conclusion qu'on ne pouvait dès lors exiger d'elle l'exercice d'une activité lucrative ;

- un rapport établi le 30 mai et complété le 4 juillet 2008 par le docteur O_____, spécialiste en médecine générale et rééducation, expliquant que l'assurée présentait, à l'examen clinique, un bon état général, qu'au niveau des poignets, quelques signes évoquaient un tunnel carpien, notamment à droite, mais sans aucun déficit neurologique, que la percussion entraînait toutefois quelques paresthésies au niveau des trois doigts, qu'au niveau des membres supérieurs, la mobilité était conservée dans tous les plans et la mobilisation indolore, qu'à la palpation, on relevait une légère contracture au niveau de la région scapulaire droite, sans déficit sensitivo-moteur, qu'un examen électromyographique s'était révélé négatif, qu'au niveau des membres inférieurs, on constatait également une légère contracture à la palpation de la région fessière droite, sans déficit sensitivo-moteur, que la manœuvre de Lasègue était restée négative et que les points de fibromyalgie étaient négatifs ; le médecin concluait que le problème principal se situait vraisemblablement au niveau de la sphère psychique ; sans parler d'un état dépressif franc, il y avait selon le médecin un net syndrome douloureux à mettre en relation directe avec la situation socio-familiale difficile de l'assurée.
8. Interrogé par l'OAI, le docteur P_____, spécialiste en radiodiagnostic, a estimé que l'assurée ne présentait pas de troubles dégénératifs significatifs de la colonne vertébrale, du bassin ou des genoux (cf. rapport du 21 août 2008).
 9. Le 10 octobre 2008, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) a émis l'avis que les pièces médicales fournies par l'assurée ne représentaient pas un motif de réexamen. Selon lui, les minimales modifications radiologiques observées ne pouvaient en effet pas expliquer l'importance des douleurs exprimées ou justifier quelque limitation fonctionnelle que ce soit sur le plan rhumatologique. Le bilan médical effectué était normal, tant sur le plan biologique qu'électro-physiologique, et il n'existait pas d'atteinte cardiaque. Enfin, les lombalgies décrites préexistaient à la décision de refus des prestations sollicitées.
 10. Le 15 octobre 2008, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision de refus d'entrer en matière sur sa nouvelle demande.
 11. Par lettre du 14 novembre 2008, l'assurée a notamment requis de l'OAI qu'il entre en matière sur la nouvelle demande. En substance, elle faisait valoir qu'il ressortait

clairement du certificat médical du docteur L_____ qu'elle n'avait jamais renoncé à mettre en valeur sa capacité de travail, mais qu'il lui était impossible, en l'état, d'exercer une activité et de réaliser des revenus. Souffrant de troubles paniques et d'un état dépressif récurrent, elle avait consulté le docteur Q_____, spécialiste en psychiatrie, qui la suivait depuis quelques mois et qui, selon le certificat qu'il avait établi le 10 novembre précédent et complété le 14, avait diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques mais avec nombreuses somatisations (F33.2) et une personnalité émotionnellement labile de type « *borderline* » (F60.31).

12. Suite à l'avis rendu le 1^{er} décembre 2008 par le SMR, le docteur Q_____ a été invité à établir un rapport, ce qu'il a fait en date du 23 décembre suivant. Il a confirmé les diagnostics posés précédemment et réservé son pronostic en raison du faible respect, par l'assurée, des traitements prescrits (Lamotrigine et millepertuis, ce dernier semblant « être le mieux toléré et accepté par la patiente, avec un résultat partiellement positif dans la durée prescrite écoulée [environ 2 mois] »). Le médecin a émis l'opinion que la reprise d'une activité professionnelle paraissait peu probable mais qu'un stage probatoire portant sur une activité de manutention légère, à 50%, pouvait cependant être tenté.
13. Le 20 janvier 2009, le SMR a émis l'opinion que la discordance entre le diagnostic du docteur Q_____ et celui précédemment posé par le docteur N_____ lequel avait conclu à une dysthymie – pouvait peut-être s'expliquer par une aggravation de l'humeur de l'assurée, sous forme d'un épisode dépressif sévère survenu dans le cadre d'une dysthymie, au moment de la prise en charge par le docteur Q_____, soit en août 2008. Le SMR a estimé qu'un tel épisode serait susceptible de s'améliorer avec un traitement conséquent, d'autant que le médecin avait mentionné une récente amélioration suite à la prescription de millepertuis.
14. Dans un rapport intermédiaire établi le 15 février 2009, le docteur Q_____ a notamment exposé que la thymie de base de l'assurée s'était très légèrement améliorée et que les diagnostics consistaient désormais en un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, en rémission très partielle, et en un trouble de la personnalité (« *borderline* »). Au chapitre des limitations fonctionnelles, le praticien a mentionné des difficultés relationnelles, des insomnies, de l'irritabilité, une labilité émotionnelle majeure, une mauvaise gestion des affaires de sa patiente et des « somatisations » (palpitations, transpiration). Pour le surplus, il a précisé que si le traitement prescrit était mieux observé, l'assurée serait capable d'exercer à 50% tant l'activité qui était la sienne précédemment qu'une autre, adaptée à ses limitations fonctionnelles ; le médecin a toutefois ajouté qu'en l'état, la capacité de travail de sa patiente était nulle, étant précisé qu'il conviendrait de le vérifier par un stage probatoire. Enfin, il a émis l'avis qu'une expertise psychiatrique approfondie pourrait s'avérer nécessaire.

S'agissant de l'anamnèse, dont il a précisé qu'il avait été difficile de l'établir, le docteur Q_____ a notamment exposé que l'assurée avait été suivie par le docteur M_____ de 1995 à 1996 pour une dépression du post-partum ayant duré plusieurs mois après la naissance de son fils ; cette première dépression, associée à des épisodes aigus d'attaques de panique, avait été traitée par Gladem et Xanax. Grâce à ce traitement, l'état clinique de l'assurée s'était légèrement amélioré, mais une rechute dépressive sévère avait eu lieu en 1997, qui faisait suite à un épisode traumatique (un incendie spectaculaire s'étant déroulé dans la rue où résidait l'assurée) accompagnée d'insomnies rebelles, d'angoisses de mort réitératives et d'une symptomatologie somatique diffuse. Le docteur M_____ avait alors préconisé une psychothérapie, que l'assurée avait suivie durant quelques mois avant d'opter pour une prise en charge par le docteur L_____, qui lui avait prescrit divers médicaments homéopathiques et l'avait finalement encouragée à consulter un psychiatre après avoir constaté que son état demeurait préoccupant. L'assurée avait alors consulté le docteur N_____ qui lui avait ainsi prescrit une médication de Deanax, interrompue en 2002 en raison d'une prise pondérale sévère (supérieure à 10 kg) ; un essai thérapeutique d'Efexor avait été fait de 2002 à 2004, mais le médicament avait été mal toléré (nausées chroniques) ; durant cette période cependant, l'état de santé de l'assurée s'était suffisamment amélioré pour qu'elle suspende sa psychothérapie et s'en tienne à la consultation du docteur L_____. En 2004, le docteur M_____ avait repris le traitement médicamenteux, à base de Trittico ; ce traitement, également mal supporté, n'avait été pris que de manière irrégulière. En 2005 et 2006, l'assurée était retournée chez le docteur N_____, auprès de qui elle avait bénéficié d'un suivi psychothérapeutique ; plusieurs tentatives avaient été faites pour lui administrer des antidépresseurs inhibiteurs de la capture de la sérotonine, qui, tous, avaient été mal tolérés. En août 2008, l'assurée avait encore consulté le docteur O_____ qui lui avait prescrit du Tryptizol - mal toléré lui aussi, de sorte que le traitement avait été interrompu rapidement.

Le docteur Q_____ a indiqué que désormais, faute de mieux, l'assurée était traitée avec du millepertuis et diverses substances homéopathiques prescrites par le docteur L_____ ; s'y ajoutaient des séances hebdomadaires de psychothérapie. Selon lui, une meilleure observance médicamenteuse pourrait permettre d'envisager l'instauration d'un antidépresseur évitant la voie sérotoninergique, mais l'assurée n'était pas prête à ce changement.

Enfin, le docteur Q_____ a émis l'avis que le diagnostic de dysthymie posé par le docteur N_____ minimisait la gravité et la durée des épisodes dépressifs passés, ainsi que de l'actuel, en dépit des divers traitements instaurés. Il a fait remarquer que des épisodes successifs de dépression légère n'expliquaient pas les difficultés rencontrées au cours des treize années précédentes dans le respect du traitement et de suivi thérapeutique et en a tiré la conclusion qu'il n'y avait pas véritablement eu péjoration de l'état de santé mais que le diagnostic de « trouble dépressif récurrent épisode actuel majeur en rémission très partielle » aurait dû être posé

en 1997 déjà ; selon lui, les épisodes majeurs avaient duré plusieurs mois, et il y avait eu des rémissions durables avant l'épisode actuel qui datait du début 2008.

15. Au vu de la discordance d'opinions des médecins traitants, les docteurs R_____, spécialiste en psychiatrie, et S_____, médecin chef au SMR, ont procédé à un examen psychiatrique de l'assurée le 19 mars 2009.

Du rapport établi le 26 mars 2009 par les médecins du SMR, il ressort que l'assurée souffre d'une personnalité émotionnellement labile type « *borderline* », non décompensée (F60.31) et d'une dysthymie d'intensité légère (F34.1). Les médecins ont jugé que ces atteintes n'avaient pas de répercussions sur la capacité de travail de l'assurée. À l'appui de leurs conclusions, ils ont exposé que l'examen clinique n'avait montré ni dépression majeure, ni décompensation psychotique, ni anxiété généralisée, ni trouble phobique, ni perturbation de l'environnement psychosocial, ni syndrome douloureux somatomorphe persistant, ni limitation fonctionnelle psychiatrique incapacitante. En conclusion, les médecins ont estimé que l'aggravation décrite par le psychiatre traitant en août 2008 était en rémission complète et ne représentait pas une aggravation de longue durée. Selon eux, on pouvait admettre une incapacité totale de travail du 22 août 2008 au 13 février 2009, date à compter de laquelle l'assurée avait recouvré une pleine capacité de travail et ce, quelle que soit l'activité envisagée.

16. Par décision du 20 avril, notifiée le 24 avril 2009, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande, motif pris de l'absence d'éléments susceptibles de conclure à une modification de l'état de santé de l'assurée.
17. Le 22 mai 2009, l'assurée a interjeté recours auprès du Tribunal de céans en concluant, à titre principal, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité pour une durée indéterminée. À titre subsidiaire, elle a conclu, notamment, à la mise en œuvre d'une expertise médicale neutre.

À l'appui de ses prétentions, la recourante fait valoir en substance que ses médecins traitants s'accordent à dire qu'elle est totalement incapable de travailler ; en particulier, le docteur Q_____ a insisté à plusieurs reprises sur ses troubles de la personnalité, qui sont au premier plan et aggravent le trouble dépressif récurrent constaté. Selon elle, mettre en doute l'avis de ce praticien n'est pas acceptable puisqu'il s'agit d'un spécialiste qui la suit de façon régulière. Pour le surplus, elle s'étonne de ce que l'on puisse conclure qu'elle aurait recouvré une pleine capacité de travail à compter du 13 février 2009, alors que son état de santé n'a pas évolué et qu'il s'est même aggravé.

18. Invité à se déterminer, l'OAI, dans sa réponse du 17 juin 2009, a conclu au rejet du recours.

À l'appui de ses conclusions, l'intimé relève que la recourante conteste essentiellement l'appréciation médicale de l'expert en s'appuyant sur l'avis de ses médecins traitants alors que le docteur L_____ est généraliste et que la lecture attentive des rapports du docteur Q_____ fait apparaître, selon l'intimé, lacunes et contradictions ; en particulier, ce praticien semble ignorer que la recourante a été suivie par le docteur N_____, il mentionne de manière erronée que le docteur L_____ est psychiatre, il diagnostique un état dépressif sévère tout en reconnaissant à sa patiente une capacité de travail de 50%, et enfin, le traitement prescrit ne correspond nullement à la gravité du diagnostic retenu. L'intimé ajoute que, dans son rapport du 15 février 2009, le docteur Q_____ a en outre mentionné que, malgré la compliance très limitée de la patiente, son état de santé s'était cependant amélioré.

19. Par écriture du 14 septembre 2009, la recourante a fermement contesté l'appréciation de l'intimé. Elle fait valoir que l'expertise sur laquelle celui-ci s'appuie est en réalité un simple examen clinique psychiatrique réalisé par le SMR, dont la valeur probante doit selon elle être mise en doute.

Elle ajoute que le docteur Q_____ a confirmé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques mais avec nombreuses somatisations, et de personnalité émotionnellement labile de type « *border-line* », que ce médecin a émis l'avis qu'on ne peut espérer à moyen terme de changement déterminant permettant d'envisager la reprise d'une activité professionnelle dans la durée, même à temps partiel, qu'il a rappelé au surplus que sa patiente semblait s'être installée depuis 2004 dans une dépression majeure, à laquelle s'ajoutent une labilité de l'humeur, une irritabilité, une instabilité dans ses capacités à gérer ses affaires ou à maintenir une qualité relationnelle, ainsi qu'un trouble de la personnalité émotionnellement labile, pour lequel un traitement de Lamictal a été instauré. Selon la recourante, l'avis du docteur N_____, dans la mesure où il est plus ancien et où son état de santé a depuis lors évolué de façon défavorable, ne saurait être opposé à celui du docteur Q_____.

20. Par lettre du 19 octobre 2009, l'OAI a pour sa part confirmé la teneur de ses précédentes écritures. Il fait en particulier valoir que le rapport d'examen du 26 mars 2009 remplit l'ensemble des critères jurisprudentiels pour se voir reconnaître pleine valeur probante et rappelle que le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à lui.
21. Par pli du 15 février 2010, le Tribunal de céans a communiqué à l'intimé les documents recueillis lors de l'instruction de la cause A/1644/2009, ouverte suite au recours interjeté par l'époux de l'assurée contre une décision du Service des prestations complémentaires (décision qui calculait les prestations dues en tenant compte d'un montant à titre de gain hypothétiquement réalisable par l'assurée) :

- Le procès-verbal de l’audition, le 22 août 2008, du docteur L_____, lequel avait notamment déclaré que si l’état psychique de sa patiente ne s’était pas réellement aggravé depuis la première demande de prestations, ses douleurs physiques s’étaient en revanche amplifiées ; elle souffrait de troubles cardiaques se manifestant sous forme de palpitations, sans doute d’origine psychoaffective ; s’y ajoutaient une arthrose de la colonne et des douleurs au dos, aux hanches et aux genoux parfois si importantes qu’elles l’empêchaient de dormir ; il n’y avait cependant pas de limitation articulaire.

Le docteur L_____ avait expliqué que, sur le plan psychique, la recourante était atteinte de troubles paniques – lesquels ne se manifestaient pas quotidiennement – et d’un état dépressif récurrent ; un seul antidépresseur avait permis d’équilibrer cet état mais il avait fallu y renoncer, la patiente ayant pris plus de vingt kilos ; elle ne prenait désormais plus qu’un simple tranquillisant, les autres antidépresseurs entraînant des effets secondaires.

Le docteur L_____ se disait d’avis que sa patiente était incapable de travailler en raison de l’instabilité qu’elle montrait au quotidien : certains jours, elle parvenait à accomplir ses activités alors que d’autres, elle était paralysée par ses angoisses ou des palpitations ; elle était parfois également handicapée par ses douleurs ; en 2004, elle avait essayé de garder un enfant à son domicile mais avait dû y renoncer en raison de ses maux de dos et, surtout, de son trouble panique. Le témoin avait attesté du désarroi important de sa patiente, confrontée à son incapacité à tenir son propre ménage et à assumer son fils.

- Le rapport médical établi par le docteur Q_____ le 10 novembre 2008 (cf. *supra* 11), qui précisait suivre la recourante régulièrement depuis le 22 août précédent en raison d’un état de fatigue prolongé, d’insomnies persistantes et d’une baisse de la motivation et de l’humeur. Le médecin indiquait que sa patiente lui avait signalé deux épisodes dépressifs antérieurs, le premier remontant à la naissance de son fils, le deuxième à 1997 et accompagné de crises aiguës d’attaques de panique apparues suite à un incendie spectaculaire dans sa rue. Le médecin relatait que sa patiente décrivait depuis lors un état d’extrême sensibilité en relation avec des éléments extérieurs, des fluctuations émotionnelles subites ainsi que des bouffées d’angoisse répétitives, accompagnées de palpitations et de transpiration profuse traduisant une importante instabilité interne ; elle assurait que son état ne s’était guère amélioré jusqu’en 2002, date à laquelle s’est produite une rémission partielle, avec une capacité d’adaptation légèrement améliorée jusqu’en 2005 ; en 2006, son état l’a contrainte à mettre un terme à toute activité professionnelle.
- Le rapport complémentaire du docteur Q_____, daté du 14 novembre 2008, précisant que la recourante souffrait d’une grande labilité émotionnelle qui la déstabilisait de manière sérieuse, aussi bien dans ses capacités relationnelles que

dans la gestion de ses affaires. Selon le médecin, cette situation tendait à devenir chronique, de sorte qu'il n'y avait pas d'espoir d'une reprise d'activité professionnelle même à temps partiel dans les prochains mois ; une réévaluation pouvait être envisagée à moyen terme, si le contexte clinique était plus favorable et, cas échéant, une expertise et une objectivation par un stage probatoire.

- Le procès-verbal d'audition, par le Tribunal, du docteur Q_____ le 12 février 2009.

Le médecin avait notamment expliqué que sa patiente avait traversé de nombreux épisodes d'intolérance médicamenteuse qui s'étaient surtout traduits par des nausées, raison pour laquelle elle était relativement réticente à accepter une médication non homéopathique, de sorte qu'elle ne prenait plus qu'un traitement de millepertuis. Le témoin avait exposé qu'il préférait attendre que l'alliance thérapeutique, sur laquelle il misait beaucoup, soit consolidée pour proposer une médication plus lourde. Il avait précisé que la réticence de sa patiente ne constituait pas un refus volontaire mais plutôt l'expression de craintes importantes, motivées par son expérience, vis-à-vis des effets secondaires qui pourraient survenir.

Selon le médecin, l'instabilité émotionnelle de l'intéressée, désormais au premier plan, était particulièrement frappante, de même que sa logorrhée importante et sa difficulté à suivre le fil de ses pensées ; elle passait ainsi très facilement à un état de crise de larmes ou d'effondrement, disproportionné par rapport à la situation décrite. Le trouble dépressif était aggravé par cette instabilité, qui remontait certainement loin dans le passé, peut-être accrue par les épisodes traumatiques.

S'agissant des attaques de panique, le témoin a indiqué qu'il y avait eu une nette amélioration depuis qu'il suivait la recourante. Des manifestations telles que palpitations, bouffées de chaleur ou maux de tête subsistaient, mais il ne s'agissait plus d'attaques de panique à proprement parler, plutôt de somatisations correspondant au trouble de la personnalité.

Enfin, bien que le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques, aille à l'encontre de celui de dysthymie retenu par le docteur N_____, les épisodes dépressifs étaient suffisamment graves et prolongés dans la durée pour justifier de le retenir. En conclusion, la recourante était totalement incapable de travailler, vraisemblablement depuis 2006.

22. Par écriture du 17 mars 2010, l'intimé a indiqué au Tribunal de céans qu'après analyse du SMR, il persistait dans ses conclusions.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1^{er} let. a ch. 2 de la loi genevoise du 22 novembre 1941 sur l'organisation judiciaire (LOJ ; RSGe E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) relatives à la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI ; RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.
2. La LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, est applicable à la présente procédure.
3. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi (art. 38 et 56 ss LPGA), le recours, déposé au guichet du Tribunal de céans le 22 mai 2009, est recevable.
4. Le litige porte sur la question de savoir si c'est à bon droit que l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de rente d'invalidité formée par la recourante le 7 juillet 2008.
5. À teneur de l'art. 87 al. 3 et 4 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI ; RS 831.201), lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité ou son impotence s'est modifiée de manière à influencer ses droits. Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 125 V 410 consid. 2b).

Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière. À cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 4 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif (ATF 109 V 114 consid. 2b).

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 considéra-

tion 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 351 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références).

Enfin, 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 celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3b).

6. En l'espèce, les avis médicaux exprimés par les expertes, d'une part, et par le docteur Q_____, d'autre part, divergent quant aux conséquences des troubles psychiques dont la recourante est affligée.

L'expertise conduite par les docteurs R_____ et S_____ le 19 mars 2009 se fonde sur un examen clinique étendu, sur une anamnèse abondante, sur les plaintes exprimées par la recourante lors de la consultation et sur un status psychiatrique détaillé, de sorte que le diagnostic posé, qui retient une personnalité émotionnellement labile type « *borderline* », non décompensée (F60.31) et une dysthymie d'intensité légère (F34.1), apparaît cohérent et digne de foi. Il en va de même des conclusions que les expertes tirent de ces diagnostics, à savoir une capacité de travail entière dans quelque activité que ce soit et ce, depuis février 2009.

Pour sa part, le docteur Q_____ retient les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques mais avec nombreuses somatisations (F33.2) et de personnalité émotionnellement labile de type « *borderline* » (F60.31). Les conclusions qu'il en tire, cependant, à savoir une totale incapacité de travail de la recourante, ne convainquent pas dans la mesure où il apparaît que la plupart des limitations fonctionnelles décrites (difficultés relationnelles, insomnies, mauvaise gestion des affaires courantes, palpitations et transpiration) n'ont pas été objectivées ou ne sont généralement pas de nature à empêcher l'exercice d'une profession. Au demeurant, le docteur Q_____, qui n'est consulté par la recourante que depuis le mois d'août 2008, se borne essentiellement à relayer les plaintes de sa patiente en affirmant que cette dernière souffre depuis plus de douze ans d'un trouble dépressif récurrent et que sa capacité de travail s'améliorerait si elle respectait le traitement prescrit. À cela s'ajoute que, parmi les rares éléments nouveaux, l'évolution du traitement prescrit semble avoir eu pour conséquence, de l'avis de ce praticien, une « rémission très partielle » du trouble dépressif de sa patiente, c'est-à-dire une légère amélioration.

À cet égard, il sied encore de relever que, dans le rapport intermédiaire qu'il a établi le 15 février 2009, le docteur Q_____ précisait que, de son point de vue, la gravité de l'état de santé de sa patiente avait été d'emblée sous-estimée, que le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, aurait dû être posé en 1997 déjà, et que l'on ne pouvait dès lors conclure à une péjoration de cet état de santé.

Il s'impose en outre de relever que le rapport d'examen psychiatrique du 26 mars 2009 ne se distingue pas essentiellement du rapport établi le 30 octobre 2006 par le docteur N_____, le contenu de ces deux documents étant largement superposable. Force est donc de constater que, sur la base d'un état de fait identique à celui retenu par ce psychiatre et par les expertes du SMR, le docteur Q_____ aboutit à des conclusions différentes. Or, le médecin n'explique pas en quoi et dans quelle mesure l'état de santé de la recourante se serait aggravé dans la période relativement brève séparant la nouvelle demande de la décision rendue par l'intimé dix-huit mois plus tôt. En d'autres termes, on ne saurait considérer que l'aggravation alléguée a été rendue plausible.

Pour le surplus, il n'est pas contesté que les troubles dégénératifs constatés par les médecins somaticiens consultés, soit les docteurs L_____, M_____, O_____ et P_____, sont insignifiants et ne sauraient dès lors avoir de réelle répercussion sur la capacité de travail de la recourante.

Partant, c'est à bon droit que l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la demande du 7 juillet 2008. Le recours devra par conséquent être rejeté.

7. L'art. 69 al. 1^{bis} LAI, entré en vigueur le 1^{er} juillet 2006, prévoit qu'en dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. Le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr.

L'émolument, arrêté à 200 fr., sera mis à la charge de la recourante, qui succombe.

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Met un émolument de 200 fr. à la charge de la recourante.
4. Informe les parties 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 du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral (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

Le secrétaire-juriste : Olivier TSCHERRIG

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