

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2419/2009

ATAS/1307/2010

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 8

du 16 décembre 2010

En la cause

Madame F _____, domiciliée à Genève, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître CHEVALIER Suzette

recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE
GENEVE, sis rue de Lyon 97, Genève

intimé

**Siégeant : Patrick UDRY, Président; Christine LUZZATTO et Luis ARIAS, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Madame F _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1953, originaire d'Espagne et de nationalité suisse depuis 1998, divorcée depuis 1997, mère de deux enfants nés en 1981 et 1984, est arrivée en Suisse à l'âge de 16 ans.
2. Après avoir fréquenté l'école obligatoire en Espagne, la recourante a effectué, en Suisse, un apprentissage d'aide en pharmacie avec l'obtention d'un CFC. Depuis 1974, elle a toujours travaillé en qualité d'assistante en pharmacie.
3. A partir de mai 2001, la recourante a travaillé en qualité d'assistante en pharmacie auprès de la Pharmacie X _____, qui a été reprise en août 2006 par la Pharmacie Y _____ à raison de 28,25 heures par semaines (70%) pour un revenu mensuel brut de 3'718 fr. 75.
4. La recourante a été en incapacité de travail en raison d'un épisode dépressif depuis juin 2006.
5. Dans des certificats médicaux des 8 septembre et 6 novembre 2006, le Dr L _____ du Centre de Thérapie Brève (ci-après : le CTB) du Département de psychiatrie des Hôpitaux Universitaires de Genève (ci-après : HUG), a diagnostiqué un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11) suite à une prise en soins de crise de la recourante dans son unité du 20 juin au 24 août 2006. L'incapacité de travail de l'assurée était totale depuis le 20 juin 2006.
6. Dans un rapport à l'attention de Compagnie d'assurances Nationale Suisse (ci-après : Nationale Suisse), assurance maladie collective de l'employeur de la recourante, du 28 novembre 2006, la Dresse M _____, médecin généraliste traitant de l'assurée, a diagnostiqué un état dépressivo-anxieux sévère (sans se référer à une classification) depuis avril 2006, suite à un conflit au travail. Elle a indiqué que la patiente avait été adressée au CTB où elle avait été suivie pendant neuf semaines. Elle a estimé que l'incapacité de travail de l'assurée était totale depuis le 12 juin 2006.
7. Dans un rapport du 5 janvier 2007, le Dr N _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a diagnostiqué des troubles de l'humeur et un trouble [*recte* : épisode] dépressif sévère (F32.2). A l'anamnèse, il a indiqué que, d'origine espagnole, l'assurée avait été abandonnée à 3 ans par sa mère, qu'elle avait été à l'assistance publique puis élevée par sa grand mère, qu'elle se retrouvait seule après un divorce difficile et le départ de son fils, sa fille ayant vécu avec son père, qu'assistante en pharmacie, l'assurée avait mal supporté la dégradation successive des conditions de travail avec les changements successifs d'employeurs, qu'elle avait mal vécu les brimades successives de sa responsable, alors même qu'elle avait pourtant diminué son taux de travail pour être plus performante. Il a ajouté qu'un

état dépressif avait conduit la recourante à se mettre en incapacité de travail en juin 2006.

L'examen clinique avait mis en évidence que l'assurée était triste, abattue, qu'elle souffrait de ruminations mentales, d'idées de culpabilité, d'idées suicidaires, d'insomnies initiales et du milieu de la nuit, de sentiments d'injustice, d'aboulie, d'importante permanente grande fatigue, de ralentissement de la pensée, d'agoraphobie, d'attaques de panique, de tension psychique, de céphalées, de troubles digestifs et d'hyperventilation. Le test de Hamilton avait révélé une dépression sévère (21 à 33 items). Il a estimé que l'incapacité de travail était totale et qu'il était impossible de donner une date de reprise de travail, même à temps partiel.

8. Dans un rapport d'expertise, effectuée à la demande de la Nationale Suisse, du 4 mai 2007, le Dr O _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, ancien Privat Docent Genève et Ancien médecin chef Genève et Lausanne, a diagnostiqué des troubles de l'adaptation (au licenciement) avec réaction dépressive prolongée (F43.21). Il a estimé qu'une reprise d'activité à 100% ou à temps partiel ne pouvait pas être envisagée dans l'immédiat et qu'il n'était pas possible de se déterminer quant à la durée de l'incapacité. Dans l'appréciation de la situation, il a ajouté que l'expertisée avait eu une enfance et une adolescence difficile avec la séparation de ses parents, l'abandon de sa mère, l'émigration ensuite en Suisse, que son mariage à 22 ans s'était soldé par un divorce, qu'après 16 ans de travail dans la même pharmacie, où tout s'était toujours bien passé, malgré trois changements de propriétaires, les nouvelles techniques informatiques avaient décompensé son équilibre psychique qui devait être déjà assez fragile, que, dans la même période, ses enfants avaient aussi quitté la maison et qu'elle se retrouvait seule à la maison, à ruminer son malaise, sans un réseau familial ou d'amis de soutien, que l'amélioration était extrêmement lente, ce qui était peut-être lié à sa structure de personnalité particulière, fragile depuis toujours mais fragilisée peut-être aussi par l'âge.
9. En raison de la longue incapacité de travail de la recourante, son contrat de travail a été résilié pour le 31 mai 2007. Elle a bénéficié d'indemnités journalières de l'assurance-chômage à partir du 21 juillet 2007, calculée sur la base d'un gain assuré de 1'214 fr.
10. Dans un rapport à l'attention de la Nationale Suisse du 4 novembre 2007, le Dr N _____ a diagnostiqué des troubles de l'humeur et un trouble [*recte* : épisode] dépressif moyen à sévère (F32.2). Il a indiqué que l'assurée présentait les symptômes suivants : tristesse, abattement, ruminations mentales, idées de culpabilité, idées suicidaires, insomnies initiales et du milieu de la nuit, sentiments d'injustice, aboulie, grande fatigue, tension psychique et céphalées. Remontant à juin 2006 et constituant un unique épisode, cet état provenait de la dégradation des

conditions de travail et du sentiment d'abandon (par sa mère à 3 ans) lors de fragilisation psychique secondaires à la dépression. Il a indiqué que les troubles psychiques de la recourante se répercutaient sur sa capacité de travail par une diminution de la concentration, une diminution de la résistance et une diminution de rendement. Il a estimé que sa capacité de travail pourrait être améliorée si le traitement en cours faisait effet.

11. Dès décembre 2007, la recourante a recommencé à travailler, à 25%, comme aide aux cuisines scolaires, avec le statut de remplaçante sans contrat fixe, auprès du Groupement Intercommunal pour l'Animation Parascolaire (GIAP).
12. Dans un rapport à l'attention de la Nationale Suisse du 27 avril 2008, le Dr N_____ a diagnostiqué un trouble dépressif moyen. Il a indiqué que, depuis son rapport du 4 novembre 2007, l'évolution était lente, qu'il y avait une persistance des symptômes décrits à l'époque avec une diminution de l'intensité, que l'assurée devrait pouvoir récupérer progressivement sa capacité de travail, et que l'on pouvait envisager une reprise d'activité dans une autre activité (cuisines scolaires) à raison de 25%.
13. En raison de son incapacité de travail, la recourante a bénéficié d'une indemnité journalière de la Nationale Suisse de 100% du 1^{er} août 2006 au 2 décembre 2007, de 75% du 3 décembre 2007 au 31 janvier 2008, de 80% du 1^{er} février 2008 au 30 avril 2008 et de 75% du 1^{er} mai 2008 au 20 juillet 2008.
14. Le 21 juillet 2008, la recourante s'est inscrite à l'OFFICE CANTONAL DE L'EMPLOI en vue de l'octroi d'indemnités journalières, en déclarant être disposée à travailler à 100% sans pouvoir certifier d'une capacité de travail équivalente. Par décision l'OFFICE CANTONAL DE L'EMPLOI du 17 novembre 2009, l'assurée n'a été déclarée apte au placement dès le 21 juillet 2008 qu'à raison d'une disponibilité de 25%.
15. Le 7 août 2008, la recourante a déposé une demande de prestations auprès de l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE (ci-après : l'OAI). Concernant l'atteinte à sa santé, elle a déclaré une dépression, suivie depuis août 2005, d'abord par la Dresse P_____, puis le Dr N_____ dès novembre 2006. Dans les remarques complémentaires, elle a indiqué que, suite à des angoisses, pertes de mémoire, difficultés de concentration, paniques en situation de stress et sautes d'humeur, il ne lui était plus possible de vivre sans médication ni d'effectuer une activité quelconque pendant plus de 1 à 2 heures, les jours où elle ne se sentait pas trop mal. Elle a ajouté que, sur l'insistance de son médecin traitant, le Dr N_____, elle servait les repas de midi aux enfants de l'école des Crêts, tout en précisant que cette activité lui était très pénible certains jours car elle craignait de perdre ses moyens en cas de provocations des enfants ou en raison de la pression et de l'ambiance de travail.

16. Dans un rapport du 30 août 2008, la Dresse M_____ a indiqué que la patiente avait souffert d'un état dépressivo-anxieux sévère suite à un mobbing puis à son licenciement (sans se référer à une classification), mais qu'elle allait mieux et qu'elle devrait exercer un travail moins stressant, pas en pharmacie. Elle ne s'est en revanche pas déterminée sur la capacité de gain de l'assurée, en se contentant de renvoyer au Dr N_____.
17. Dans un rapport du 11 septembre 2008, le Dr N_____ a diagnostiqué un trouble de l'humeur épisode dépressif sévère (F32.2), avec une péjoration récente de l'état psychique, et une réaction de stress à l'abandon de sa mère dans l'enfance (F43.8). A l'anamnèse, il a indiqué que l'assurée de 55 ans, d'origine espagnole, avait été abandonnée par sa mère à trois ans, sa mère étant venue en Suisse, et avait été élevée chez sa grand-mère maternelle. En 1969, sa mère avait fait venir la recourante en Suisse mais après quelques mois de vie commune, la Protection de la Jeunesse avait retiré la garde à la mère pour maltraitance. L'assurée avait fait une tentative de suicide grave. Elle avait fait un apprentissage d'aide en pharmacie à Bienne et un mobbing au travail avait induit la dépression en 2004.

Il a précisé que les symptômes étaient des ruminations mentales, un sentiment d'injustice, de l'asthénie, de la tristesse et un sentiment d'impuissance, un sentiment d'abandon et des idées suicidaires.

Il a estimé que l'incapacité de travail de l'assurée était de 100% du 1^{er} décembre 2006 au 2 décembre 2007, de 80% du 3 décembre 2007 au 31 mars 2008 et de 75% à partir du 1^{er} mai 2008. Il a ajouté que la recourante travaillait au maximum à 25% comme aide aux cuisines scolaires, étant précisé qu'elle était remplaçante sans contrat fixe et qu'elle ne pouvait pas augmenter son pourcentage d'activité. Il a estimé que l'activité d'assistante en pharmacie ne pouvait plus être reprise mais que sa capacité de travail était de 25% à partir du 1^{er} mai 2008.

18. Par communication du 15 décembre 2008, l'OAI a informé la recourante qu'il était d'avis que des mesures de réadaptation n'étaient à cette époque pas possibles en raison de son état de santé.
19. Dans un rapport du Service Médical Régional (SMR) de Suisse romande du 16 janvier 2009, le Dr Q_____, psychiatre FMH, a diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail, un épisode dépressif moyen en rémission (F32.1) et, sans répercussion sur la capacité de travail, une dysthymie à début tardif (F34.1).

A l'anamnèse familiale, il a exposé que l'assurée (née en 1953 à Madrid) était fille unique, que son père (né aux alentours de 1920) était parti en Amérique du sud lorsque l'assurée avait 4 ans et qu'elle était sans nouvelles de lui depuis, et que sa mère (actuellement âgée de 83 ans) vivait à Berne mais que l'assurée n'avait plus de nouvelles d'elle depuis l'âge de 18 ans. A l'anamnèse psychosociale, il a ajouté que la recourante déclarait avoir été élevée par sa grand-mère maternelle dans une

ambiance chaleureuse, avec des camarades et des activités de son âge, avoir obtenu de bons résultats scolaires, qu'elle disait avoir senti que sa mère lui reprochait sa présence dès le plus jeune âge, que son adolescence était tranquille jusqu'à l'âge de 16 ans où elle avait des camarades et des activités de son âge et de bons résultats scolaires et qu'à 16 ans, elle était arrivée en Suisse, avait dû apprendre l'allemand, et que des difficultés relationnelles étaient apparues très tôt dans le cadre de la relation avec la mère. Elle avait ensuite rencontré celui qui deviendrait son mari en 1973, soit un homme de 10 ans plus âgé, italien et maçon. Leur mariage avait été célébré en 1975. L'assurée a déclaré une relation très insatisfaisante, aboutissant à un divorce en 1997. De cette union étaient nés deux enfants, soit un garçon en 1981, électricien, avec lequel l'assurée a déclaré des relations plutôt superficielles, et une fille née en 1984, employée de commerce, avec laquelle elle avait peu de nouvelles aussi. La recourante n'avait pas refait sa vie.

Dans l'appréciation du cas, le Dr Q_____ a indiqué que l'examen clinique SMR mettait en évidence une dépression chronique de l'humeur dont la sévérité était insuffisante pour justifier à ce moment un diagnostic de trouble dépressif récurrent léger. En effet, l'examen clinique retrouvait une humeur labile avec ruminations existentielles, sans anhédonie, sans repli sur elle-même, sans perte d'estime, avec troubles de concentration et fatigabilité anamnétique n'empêchant ni promenades ni lecture. Ce tableau était particulier de par sa fluctuation avec, à raison de 80% du temps des moments où elle se sentait moins bien, s'asseyait sur son fauteuil, se forçait à sortir ou à marcher une heure à une heure et demie par jour et à raison de 20% du temps des moments où elle se sentait mieux, allait prendre un repas avec une amie, empruntait des livres à la bibliothèque, allait au marché. L'intensité et la fluctuation du tableau évoquaient le diagnostic de dysthymie où les sujets présentent habituellement des périodes de quelques jours à quelques semaines pendant lesquelles ils se sentent bien, mais la plupart du temps ils se sentent fatigués et déprimés, tout leur coûte et rien ne leur est agréable, ils ruminent et se plaignent, dorment mal et perdent confiance en eux-mêmes, mais ils restent habituellement capables de faire face aux exigences élémentaires de la vie quotidienne, ce qui était le cas de l'assurée. Le Dr Q_____ a ajouté que la CIM 10 précise que les formes à début tardif surviennent habituellement à la suite d'un épisode isolé en rapport avec un deuil ou tout autre événement stressant manifeste, ce qui était le cas de l'assurée, le tableau de dysthymie apparaissant, dès lors comme cicatriciel de l'épisode dépressif. Concernant la pathologie psychiatrique de l'assurée, il pouvait s'appuyer sur différents éléments au dossier, à savoir : (1) une hospitalisation en milieu psychiatrique aux HUG du 20 juin 2006 au 24 août 2006 pour un épisode dépressif moyen avec syndromes somatiques F32.11, (2) l'expertise psychiatrique du 7 mai 2007 auprès du Dr O_____ pour le compte de l'assurance perte de gain qui évoquait comme diagnostic un trouble de l'adaptation (au licenciement avec réaction dépressive prolongée CIM-10 F43.21 avec une incapacité de travail à 100% à l'époque), (3) le rapport médical de la Dresse

M_____, médecin traitant, du 3 septembre 2008 précisant comme diagnostic un état dépressivo-anxieux sévère sans cotation CIM-10, avec au paragraphe 1.4 page 2, à «symptômes actuels» : elle va mieux et «pronostics : elle devrait retrouver un travail qui lui convient et une stabilité psychique», (4) le rapport médical du 11 septembre 2008 du Dr N_____, psychiatre traitant, qui précisait comme diagnostic un trouble de l'humeur épisode dépressif sévère F32.2, péjoration récente de l'état psychique, réaction de stress à l'abandon de sa mère dans l'enfance F43.8, précisant une incapacité à 100% du 1^{er} décembre 2006 au 2 décembre 2007, une incapacité à 80% du 3 décembre 2007 au 31 mars 2008, une incapacité à 75% du 1^{er} mai 2008 au jour de l'expertise.

Le Dr Q_____ a ajouté qu'il ressortait de cette anamnèse que l'assurée avait présenté, dans le cadre de difficultés professionnelles, un épisode dépressif réactionnel dès juin 2006 et qu'elle déclarait, lors de l'entretien SMR, une amélioration de symptomatologie avec reprise d'une activité professionnelle dès octobre [recte : décembre] 2007. Le Dr Q_____ a indiqué être en accord avec l'appréciation de l'expert de l'assurance perte de gain qui proposait un diagnostic de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée. Il a précisé que, d'après la CIM-10, l'intensité d'un tableau de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive était équivalente à celui d'un tableau de dysthymie, seule la durée de l'affection les différenciait. Bien que le psychiatre traitant de la recourante affirmait l'existence d'un trouble de l'humeur, épisode dépressif sévère F32.2, le Dr Q_____ n'avait pas retrouvé, lors de l'examen SMR, les critères symptômes permettant d'établir ce diagnostic. Il lui apparaissait donc que l'assurée avait présenté un état dépressif réactionnel, épisode moyen, nécessitant un suivi au CTB en juin 2006, puis un suivi auprès d'un psychiatre traitant. L'assurée et son médecin traitant déclaraient une amélioration à partir de décembre 2007, ce qui correspondait au tableau clinique retrouvé lors de l'examen SMR. Par ailleurs, l'examen clinique effectué par le Dr Q_____ n'avait pas montré de signe de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée incapacitante, de trouble phobique, de trouble de personnalité morbide, de syndrome douloureux somatoforme persistant, de perturbation de l'environnement psychosocial ni de limitations fonctionnelles psychiatriques. Il a donc considéré que l'examen SMR ne mettait pas en évidence de maladie psychiatrique ayant pour conséquence une atteinte à la capacité de travail de longue durée.

Le Dr Q_____ a indiqué que les limitations fonctionnelles de l'assurée étaient une perte d'élan vital, des ruminations et un sentiment d'inutilité et d'incompétence. Il a estimé que l'incapacité de travail était de 100% de juin à décembre 2007, avec une amélioration progressive. Il a précisé que, sur le plan psychiatrique, la capacité de travail exigible était de 100% dans toute activité, en ajoutant que dans la mesure où l'assurée avait interrompu son travail depuis juin 2006, il serait probablement profitable qu'elle puisse bénéficier des services de réinsertion.

20. Dans un rapport du SMR du 3 février 2009, la Dresse R_____, sans spécialisation indiquée, a estimé que la capacité de travail exigible de la recourante était de 100% dans toute activité dès le 1^{er} décembre 2007, en se référant à l'examen médical psychiatrique effectué par le Dr Q_____.
21. Dans une note du 11 février 2009, l'OAI a indiqué que, malgré le statut mixte de l'assurée (70% pour la sphère professionnelle et 30% pour la sphère ménagère), il renonçait à effectuer une enquête ménagère, puisque la capacité de travail qui avait été nulle de juin 2006 à décembre 2007 était désormais totale dans toute activité sans limitations fonctionnelles à partir de décembre 2007, que l'empêchement ménager avait donc été total pour la même période, et qu'une enquête à ce moment ne serait pas représentative de la situation entre juin 2006 et décembre 2007.
22. Dans un projet de décision du 17 février 2009, l'OAI a informé l'assurée que sa demande de prestations AI était tardive, de sorte que son droit y relatif ne prendrait naissance que le 1^{er} août 2007, que sa capacité de travail et celle dans l'accomplissement des travaux ménagers étaient nulles depuis juin 2006, mais que, sur la base de l'examen psychiatrique effectué par le SMR ainsi que de l'ensemble du dossier, sa capacité exigible était totale dans toute activité à compter du 1^{er} décembre 2007. Il envisageait donc de lui reconnaître le droit à une rente entière, basée sur un taux de 100%, dès le 1^{er} août 2007, puis de supprimer ce droit à partir du 28 février 2008.
23. Lors d'un entretien téléphonique du 4 mars 2009, la recourante a informé l'OAI de son désaccord au sujet du projet de décision.
24. Par courrier de son avocate - constituée dans l'intervalle - du 8 juin 2009, la recourante a indiqué à l'OAI que, selon le Dr N_____, l'anamnèse exposée par le Dr Q_____ faisait l'impasse sur des points importants et que ce dernier avait besoin de temps pour faire un argumentaire détaillé. De ce fait, elle a requis l'OAI de surseoir à la notification de sa décision.
25. Par courrier du 10 juin 2009, l'OAI a répondu à la recourante qu'il ne lui était pas possible de prolonger le délai de 30 jours pour faire valoir des observations concernant son projet de décision et, partant, qu'il ne pouvait pas surseoir à la notification de sa décision.
26. Par décision du 9 juin 2009, reçue le 10 par l'assurée, l'OAI a octroyé à la recourante une rente entière, basée sur un taux de 100%, à partir du 1^{er} août 2007, puis l'a supprimée à partir du 28 février 2008.
27. Par mémoire du 7 juillet 2009, l'assurée a recouru contre cette décision, en concluant à ce que le droit à une rente entière soit maintenu postérieurement au 28 février 2008. En substance, elle a exposé que le diagnostic d'épisode dépressif moyen en rémission retenu par le Dr Q_____ était contredit par l'avis des Dr

N_____, O_____ et M_____ qui tous retenaient une dépression sévère. De plus, elle considérait que le rapport du Dr Q_____ était dépourvu de valeur probante, pour le motif que l'expert n'avait pas pris contrat avec le médecin traitant de l'assurée, que l'examen avait été trop rapide pour faire une anamnèse détaillée et une investigation détaillée et objective, que les diagnostics n'étaient pas étayés et étaient contradictoires, que l'anamnèse était incomplète, que le rapport contenait des lacunes dans le parcours de la vie active de l'assurée, que le diagnostic d'épisode dépressif moyen n'avait pas été étayé par un questionnaire spécifique mais avait été retenu sur des considérations générales, que l'expert était le seul médecin à avoir noté des traits telle l'humeur labile avec des rires et des pleurs, que l'expert avait noté une absence d'irritabilité qui était en contradiction avec les déclarations de l'assurée et que l'expert avait noté une absence d'anhédonie derechef en contradiction avec les déclarations de l'assurée.

A l'appui de son recours, l'assurée a produit un document établi par le Dr N_____ le 5 juillet 2009, dans lequel il a exposé ses désaccords avec le rapport d'examen du Dr Q_____ du 16 janvier 2009. Il y indiquait que l'expert n'avait pas pris la peine de le contacter (remarque n° 1), que l'examen de l'assurée (50 minutes) avait été trop bref pour faire une anamnèse détaillée et effectuer une investigation détaillée et objective (remarque n° 2), que l'expert avait utilisé un ton et formulé des remarques inappropriés (remarques n° 3 à 5), que l'anamnèse n'était pas complète (remarques n° 6 à 8), que l'expert n'avait pas fait usage de questionnaire validé pour retenir le diagnostic d'épisode dépressif moyen en rémission, alors que la recourante répondait aux critères de la dépression sévère (remarques n° 9 à 12), que les observations de l'expert selon lesquelles la recourante avait une humeur labile, n'avait pas d'idées noires, et avait une absence d'anhédonie n'étaient pas conformes à la réalité (remarques n° 13 à 16), que les diagnostics retenus par le Dr O_____ étaient contradictoires (remarques n° 17 à 20) et que l'estimation d'une capacité subitement totale de travail dès décembre 2007 était incompréhensible (remarque n° 22).

28. Dans un rapport du SMR du 3 août 2009, la Dresse R_____ a estimé que le médecin examinateur était dans son droit de ne pas prendre contact avec le psychiatre traitant de l'assurée, que la longueur de l'examen médical avait été suffisante à l'examineur pour conclure, que les faits désagréables allégués par la recourante n'étaient que des faits subjectifs ressentis par l'assurée, que l'anamnèse familiale de l'assurée, décrite dans l'expertise du Dr O_____, devait être connue du Dr Q_____ même si elle n'avait pas été relevée dans son rapport, et qu'au demeurant, elle n'avait pas joué de rôle sur l'évolution psychiatrique de l'assurée, cette dernière n'ayant pas présenté de problèmes psychiatriques incapacitants jusqu'en 2006, et ayant toujours réussi à s'adapter jusqu'alors dans sa vie professionnelle et familiale.

Selon elle, le Dr Q_____ avait posé un diagnostic d'état dépressif moyen, en rémission, en se basant sur les critères diagnostics de la CIM-10, à l'aide d'une anamnèse psychiatrique et surtout d'un status psychiatrique. Il n'était pas nécessaire d'effectuer un questionnaire de type Hamilton, qui n'évaluait que les symptômes subjectifs; ce test permettait de suivre un état dépressif, mais en aucun cas de poser le diagnostic d'état dépressif. A noter que les rapports médicaux du CTB parlaient aussi en faveur d'un épisode dépressif moyen, et non sévère comme l'évaluait le Dr N_____. Le Dr Q_____ avait parlé d'un épisode dépressif moyen associé à une dysthymie à début tardif. En aucun cas on ne pouvait parler d'un trouble dépressif récurrent, car il s'agissait d'un premier épisode dépressif, comme décrit dans l'expertise du Dr O_____ (p. 3), et aussi dans les rapports médicaux du Dr N_____ (cf. rapport médical pour la Nationale Suisse du 04.11.2007). Il s'agissait ainsi bien d'un trouble de l'adaptation, avec état dépressif réactionnel dans un contexte professionnel difficile, comme expliqué dans l'expertise psychiatrique du Dr O_____.

Outre la question de l'orteil droit, pour laquelle il n'y avait pas de documents médicaux et qui était sans rapport avec les éléments médicaux discutés ci-dessus, la Dresse R_____ a conclu qu'il n'y avait pas de nouveaux éléments médicaux pouvant influencer ses conclusions du 3 février 2009.

29. Dans sa réponse du 17 août 2009, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il a exposé que sa décision se fondait sur le rapport d'examen psychiatrique du Dr Q_____, qui remplissait les critères fixés par la jurisprudence pour revêtir une pleine valeur probante, que ce rapport était corroboré par les avis du Dr O_____ du 4 mai 2007 et de la Dresse M_____ du 30 août 2008 qui, tous deux, relevaient une amélioration de l'état de santé de la recourante, et qu'il se référait également à l'avis du SMR du 3 août 2009.
30. Lors de sa comparution du 22 décembre 2009, la recourante a déclaré qu'elle avait réduit son activité d'assistante en pharmacie à 50 % lors de la naissance de son deuxième enfant, qu'elle avait ensuite augmenté cette activité à 80 % à la suite de son divorce, prononcé en 1997, et qu'elle avait réduit son activité à 70 % à partir de janvier 2006 car elle n'arrivait plus à faire face au stress. La mention dans sa demande de prestations AI d'une activité à 70 % depuis mai 2001 était une erreur de sa part. Du point de vue somatique, elle souffrait d'un hallux valgus (oignon) au pied droit depuis plusieurs années. Tel était déjà le cas lorsqu'elle travaillait comme assistante en pharmacie, mais dans la mesure où cette activité nécessitait une position debout, elle avait renoncé à l'époque à se faire opérer. Finalement, la situation s'était aggravée au point qu'il avait fallu procéder à une reconstitution du pied en juin 2009.

-
31. Entendu par le Tribunal de céans le 22 décembre 2009, le Dr N_____ a déclaré qu'il était le psychiatre de la recourante depuis novembre 2006 et qu'il la suivait à raison d'une fois par mois au minimum.
32. En se référant au document qu'il avait établi le 5 juillet 2009 (ch. 27 supra), il a déclaré, par rapport à la durée de l'examen effectué par le Dr Q_____, que c'était l'assurée qui lui avait indiqué la durée de cinquante minutes. Selon son expérience, il n'était pas possible, dans ce laps de temps, de procéder à une anamnèse complète, ainsi qu'à un examen détaillé en fonction des questionnaires d'évaluation. Lorsqu'il procédait lui-même à des expertises, il rencontrait généralement l'expertisé à deux ou trois reprises et le voyait au total environ deux heures.

Par rapport à ses remarques n° 3 à 5, il s'agissait d'hypothèses formulées sur la base des affirmations énoncées par la recourante.

Pour sa remarque n° 7, il s'était fié aux déclarations de sa patiente.

En se référant à ses remarques n° 9 à 12, il a maintenu son diagnostic d'état dépressif sévère, existant en tout cas depuis l'expertise effectuée par le Dr O_____ en mai 2007. Lorsque la recourante avait été prise en charge par le CTB en juin 2006, il était question d'un état dépressif moyen. En avril 2008, l'état dépressif était moyen. Il y avait effectivement eu une amélioration de l'état de santé de la recourante à cette époque, suivie d'une péjoration intervenue au mois de janvier 2009. Les difficultés rencontrées par la recourante dans son activité à temps partiel d'aide aux cuisines scolaires pouvaient expliquer cette péjoration. Elle avait été confrontée à une surcharge de travail sans disposer des moyens en personnel pour y faire face. A cette époque, elle travaillait à 25%. Sa situation avait nécessité un arrêt de travail à 100%. Par rapport à sa remarque n° 12 in fine, où il avait affirmé que huit des critères de la classification CIM-10 étaient réalisés, le Dr N_____ a précisé qu'en réalité, tous les critères mentionnés sous les remarques n° 10 et 12 étaient remplis. Par «modification de l'activité psychomotrice», il fallait comprendre que la recourante fonctionnait au ralenti. Il a ajouté que, généralement, pour évaluer l'intensité de la dépression, il fallait utiliser des questionnaires standardisés, tels que Hamilton ou Montgomery, en précisant que pour poser le diagnostic d'état dépressif, il fallait interroger tous les items. Généralement, ces questionnaires étaient utilisés pour examiner des variations dans le temps. Dans le cas d'espèce, à la lecture du rapport d'examen du Dr Q_____ qui ne mettait en évidence que certains items, il a déduit qu'il n'y avait pas tous les items qui avaient été interrogés.

Par rapport au constat d'humeur labile (remarque n° 13), il observait que les Drs O_____ et L_____ ne l'avaient pas relevé, raison pour laquelle il a indiqué que les autres constatations démentaient ce constat.

Pour les remarques n° 14 à 16, il s'était fondé sur les déclarations de sa patiente.

Par rapport à la remarque n° 17, il a confirmé que le diagnostic de dysthymie était incompatible avec celui de trouble récurrent léger, en précisant que, dans le cas d'espèce, la recourante souffrait d'un état dépressif persistant et non récurrent, lequel impliquait une rémission entre deux épisodes. L'incompatibilité susmentionnée s'appliquait également en présence d'un trouble dépressif non récurrent. Selon lui, il était possible de poser le diagnostic de dysthymie après celui d'état dépressif léger, ce dernier devant alors être de courte durée et consécutif, par exemple, à un deuil. Dans le cas d'espèce, il excluait cette hypothèse, puisque le Dr O_____ avait diagnostiqué, en mai 2007 déjà, un état dépressif sévère. En réalité, c'était l'intensité de l'état dépressif qui excluait le diagnostic de dysthymie plutôt que la récurrence de l'état dépressif.

Par rapport aux remarques n° 18 à 20, il confirmait que le diagnostic de trouble de l'adaptation était incompatible avec celui d'état dépressif sévère. Il était d'avis qu'actuellement, la capacité de travail de la recourante était toujours nulle. Depuis septembre 2008, la recourante souffrait d'un état dépressif moyen, qui s'était péjoré en janvier 2009 pour devenir sévère.

Par rapport à l'avis du Dr Q_____ selon lequel la recourante disposerait d'une capacité de travail exigible de 100 % à partir de décembre 2007, il ne voyait aucune raison médicale le justifiant. Lorsque le Dr Q_____ parlait d'amélioration à partir de décembre 2007, il parlait de l'idée qu'il s'était basé sur l'avis de la Dresse M_____, qui elle-même avait parlé d'amélioration. De son point de vue, il n'y avait pas d'amélioration envisageable de l'état de santé. Il en allait de même de sa capacité de travail.

Enfin, il a répété que, selon lui, le trouble d'adaptation était incompatible avec un état dépressif sévère relevé par le Dr O_____, ainsi qu'avec un arrêt de travail, même si le précité avait diagnostiqué un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive.

33. Entendu par le Tribunal de céans le 29 avril 2010, le Dr Q_____ s'est déterminé comme suit au sujet des remarques contenues dans le document du Dr N_____ du 5 juillet 2009 (ch. 27 supra).

Par rapport à la remarque n° 1, il a indiqué que le SMR ne prenait d'habitude pas contact avec le médecin traitant sauf en cas de doute particulier et que, dans le présent cas, un tel contact téléphonique ne s'était pas justifié.

Au sujet de la remarque n° 2, il a précisé ne pas avoir la notion du temps exact de cet examen et ne savait pas s'il avait duré 50 minutes ou plus. Il avait duré le temps nécessaire à l'examen.

En ce qui concerne la remarque n° 3, il était désolé si la recourante avait perçu cela ainsi. Il avait 30 ans d'expérience et cela ne le caractérisait pas, pas plus que l'utilisation d'un ton sarcastique ne lui correspondait.

Par rapport à la remarque n° 4, les propos qui lui étaient prêtés étaient contradictoires par rapport à sa situation, puisqu'à l'époque, il était le seul psychiatre du SMR à exercer une activité indépendante.

En ce qui concerne la remarque n° 5, il contestait avoir tenu ces propos. Ce n'était pas sa manière de faire. Il n'avait pas le souvenir d'avoir indiqué à la recourante qu'il serait bien qu'elle se trouve un copain, en répétant qu'il n'avait pas pour habitude de tenir ce genre de propos.

Au sujet de la remarque n° 6, en particulier s'agissant de la relation de la recourante avec sa mère, il a déclaré avoir eu les informations en sa possession, raison pour laquelle il avait indiqué dans son rapport que des difficultés relationnelles apparaissaient très tôt dans le cadre de la relation avec la mère. Il a ajouté que l'examen effectué par le SMR visait à déterminer la capacité de travail. Dans le cas d'espèce, il observait que la recourante avait travaillé malgré les difficultés relationnelles précitées. A la question de savoir si, du point de vue médical, il n'effectuait pas de distinction entre la maltraitance et des difficultés relationnelles, il a répondu qu'il n'avait pas d'élément attestant d'une maltraitance, en répétant que la recourante avait pu travailler par la suite.

Par rapport à la remarque n° 7, il lui semblait qu'il avait les informations qui y étaient mentionnées. Il avait le souvenir que la recourante avait décidé de travailler à 50 % par choix, pour s'occuper de ses enfants. Par rapport aux autres taux d'activité de la recourante, il lui semblait qu'il détenait les informations dans la mesure où il avait fait état de difficultés à partir de juin 2006. En regardant en détail les informations relatives au taux de travail de la recourante et les raisons pour lesquelles il avait varié, il a déclaré qu'il ne modifierait pas les conclusions de son rapport.

En ce qui concerne la remarque n° 8, il a précisé que ces informations correspondaient à la remarque relative à l'incapacité de travail à partir de juin 2006.

Pour ce qui est des remarques n° 9 à 12, les questionnaires utilisés (Hamilton et Beck) n'étaient pas autorisés par la communauté scientifique pour poser un diagnostic. Ils servaient uniquement à valider le suivi d'un traitement. Pour effectuer son examen, il s'était référé à la classification CIM-10. Il a réfuté la critique selon laquelle son diagnostic n'aurait pas été étayé par un questionnaire spécifique. S'agissant du diagnostic posé par le Dr N_____, à savoir une dépression sévère, il a indiqué que, selon les critères CIM-10, un tel état relèverait de l'urgence médicale et serait incompatible avec une activité professionnelle. Dès lors, il n'était pas d'accord avec le diagnostic précité.

Par rapport à la remarque n° 13, il a déclaré que, par expérience, les patients ne présentaient pas nécessairement le même tableau devant un expert ou devant leur médecin traitant. S'il n'avait pas constaté d'humeur labile, les conclusions de son rapport auraient été différentes.

En ce qui concerne la remarque n° 14, il a observé qu'il n'avait pu faire de constatations que par rapport à ce qui s'était passé lors de l'examen.

Par rapport à la remarque n° 15, il a indiqué dans son rapport avoir recherché les idées noires et ne pas en avoir trouvées. A la question de savoir si, pendant l'examen la patiente était présente et attentive, il a répondu qu'il avait indiqué dans son rapport qu'elle était présente et partageait le focus d'attention (page 3). Il avait eu l'impression que la recourante répondait bien aux questions qui lui étaient posées.

En ce qui concerne la remarque n° 16, il s'est référé à ce qu'il avait développé dans son rapport concernant l'anhédonie.

Pour la remarque n° 17, il a répondu que le diagnostic de trouble dépressif récurrent léger n'avait pas été posé, si bien qu'il ne comprenait pas cette remarque.

En ce qui concerne les remarques n° 18 à 20, il a précisé que la distinction entre trouble de l'adaptation et dysthymie s'effectuait, selon la classification CIM-10, en fonction de la durée du tableau clinique, étant précisé que l'intensité des deux était strictement comparable. Dans la mesure où les troubles duraient depuis juin 2006, il avait posé le diagnostic de dysthymie. Par rapport à une éventuelle incompatibilité d'un trouble de l'adaptation avec une symptomatologie de la dépression, il a déclaré que le tableau constaté ne lui avait pas permis de retenir de dépression. Par ailleurs, il avait précisé l'évolution dans son rapport (pages 4 et 5).

Par rapport à la remarque n° 21, il a répondu que la recourante était déjà en arrêt de travail avant de consulter le Dr N_____.

En ce qui concerne la remarque n° 22, il se souvenait avoir indiqué dans son rapport les raisons pour lesquelles il retenait le mois de décembre 2007 comme date à partir de laquelle il estimait que la capacité de travail de la recourante était de 100 %. Dès ce moment, elle avait repris un travail à 25 % et s'était également inscrite au chômage en juillet 2008 pour un emploi à 100 %.

Par rapport aux idées suicidaires que la recourante aurait pu manifester au cours de l'examen, il a précisé qu'il posait toujours la même question, de manière circonstanciée. Il ne se souvenait pas précisément si la recourante lui avait indiqué qu'elle ne se suiciderait pas, uniquement pour ses enfants et compte tenu de ce qu'elle-même avait vécu avec sa mère. Pour déterminer s'il existe des idées suicidaires, il y a un ensemble de critères à prendre en considération. On ne discute pas de cela sur la base d'une seule formulation.

Il a ajouté qu'il n'était pas le seul à avoir posé un diagnostic précisant une telle intensité du tableau symptomatique puisqu'un autre médecin avait diagnostiqué un trouble de l'adaptation.

34. Entendue une nouvelle fois le 29 avril 2010, la recourante a déclaré que lorsqu'on lui posait la question de savoir si elle avait des idées suicidaires, elle répondait invariablement qu'elle n'avait pas envie de vivre mais qu'elle ne se suicidait pas uniquement à cause de ses enfants, compte tenu de ce qu'elle avait elle-même enduré avec sa mère. De ce fait, elle ne comprenait pas comment l'expert avait pu retenir qu'il n'y avait pas d'anhédonie.

En général, sa journée se déroulait de la manière suivante : elle mettait le réveil pour 09h00 dans la mesure où elle ne voulait pas dormir la journée et rester éveillée la nuit. Généralement, elle arrivait à se lever à cette heure, mais pas toujours. Elle prenait son petit-déjeuner et s'habillait. Elle devait se pousser pour se vêtir et se laver. Parfois, elle n'y arrivait pas. Cela dépendait notamment du temps qu'il faisait. A midi, parfois elle mangeait, parfois elle ne mangeait pas. C'est elle qui préparait le repas. Elle sautait souvent son déjeuner, en fonction de l'heure à laquelle elle avait pris son petit-déjeuner. Elle avait très peu de contacts avec ses proches car cela l'incommodait de discuter. Elle n'avait rien à raconter. Son fils lui rendait visite très irrégulièrement, lorsqu'il le pouvait. Elle voyait très rarement sa fille. Elle avait une amie qui, de temps à autre, lui rendait visite. Lorsqu'elle était seule, elle ne faisait pas grand chose, elle regardait la télévision. Elle faisait des courses lorsque cela était nécessaire. Elle n'avait pas les moyens de sortir, ni nécessairement l'envie. Elle a précisé qu'en janvier 2009, ses journées se déroulaient déjà comme décrit ci-dessus. Elle avait dû attendre deux ans avant de se faire opérer des pieds et cela s'était ajouté à son état. Elle a déclaré ne pas aller bien, raison pour laquelle elle était souvent au bord des larmes et ne tenait pas à voir des personnes. Elle utilisait l'excuse des pieds pour éviter de les voir.

La recourante a encore déclaré qu'elle prenait des antidépresseurs, prescrits par son médecin traitant, depuis 2005. Lorsque la situation s'était péjorée, ce dernier l'avait envoyée au Service de psychiatrie des HUG et lui avait conseillé de suivre une thérapie auprès d'un psychiatre, en l'occurrence le Dr N_____, qu'elle voyait une fois par mois environ.

35. Dans un avis du SMR du 17 mai 2010, la Dresse S_____, sans spécialisation indiquée, a relevé que les opérations des pieds de la recourante et l'incapacité de travail en découlant constituaient un nouvel élément médical qui était survenu postérieurement à la décision du 17 février 2009. Concernant la description faite par la recourante de ses limitations sur le plan psychiatrique, il n'y avait pas de nouvel élément justifiant de remettre en question l'anamnèse psychiatrique effectuée par le Dr Q_____. Elle a estimé que l'avis du SMR du 3 août 2009 demeurait toujours valable.

36. Par lettre du 26 mai 2010, l'OAI a persisté dans ses conclusion visant au rejet du recours, en se référant pour l'essentiel à l'avis du SMR du 17 mai 2010.
37. Dans ses conclusions motivées du 27 mai 2010, la recourante a persisté intégralement dans ses conclusions initiales. En substance, elle a remis en cause les déclarations et conclusions du Dr Q_____, pour conclure que, vu les lacunes et les paradoxes du rapport du médecin précité, il ne se justifiait pas d'en retenir les conclusions.

A l'appui de son mémoire, la recourante a produit un document établi par le Dr N_____ le 22 mai 2010, dans lequel il a commenté les déclarations du Dr Q_____ du 29 avril 2010.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la Loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la Loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA ; RS 830.1) qui sont relatives à la Loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI ; RS 831.20).
 1. Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.
 2. Interjeté dans les forme et délai prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA).
 3. Le litige porte sur la question de savoir si l'état de santé de la recourante s'est amélioré à compter du 1^{er} décembre 2007, au point de ne plus présenter une invalidité ouvrant le droit aux prestations et, partant, si l'OAI était fondé à supprimer la rente entière d'invalidité de la recourante au 28 février 2008.
 4. Selon l'art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003, 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; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1bis LAI, prétendre à une demi-rente s'il est invalide à 40 % au moins. L'entrée en vigueur, le 1^{er} janvier 2004, de la 4^{ème} révision de la LAI a modifié la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI relatif à l'échelonnement des rentes selon le taux d'invalidité. Alors qu'une rente entière était accordée auparavant à un assuré dès que le degré d'invalidité atteignait 66 2/3 %, cette disposition prévoit désormais d'octroyer un trois-quarts de rente à un assuré présentant un degré d'invalidité d'au moins 60 % et une rente entière à celui dont le taux est supérieur à 70 %, les conditions relatives à l'octroi d'un quart ou d'une demi-rente demeurant inchangées. En revanche, les principes développés jusqu'alors par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité

conservent leur validité, que ce soit sous l'empire de la LPGA ou de la 4^{ème} révision de la LAI (ATF 130 V 348 consid. 3.4; ATFA non publiés du 17 mai 2005, I 7/05, consid. 2, du 6 septembre 2004, I 249/04, consid. 4).

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). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI).
6. Une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit la réduction ou l'augmentation de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 125 V 417 ss consid. 2 et les références; VSI 2001 p. 157 consid. 2). Conformément à cette disposition, lorsque l'invalidité d'un bénéficiaire de rente subit une modification de manière à influencer le droit à la rente, celle-ci est révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence (ATFA non publié du 30 août 2005, I 362/04, consid. 2.2). Selon la jurisprudence, la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même et que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 113 V 275 consid. 1a et les arrêts cités; voir également ATF 120 V 131 consid. 3b, 119 V 478 consid. 1b/aa). Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver la révision de celle-ci. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2, 125 V 369 consid. 2 et la référence; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b).
7. a) En ce qui concerne la preuve, le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit

des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a).

b) La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office AI, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'AI (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b; S. BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). 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, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1 in fine).

Le juge des assurances sociales 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. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider 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. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions du médecin 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 et les références). Ces principes, développés à propos de l'assurance-accidents, sont applicables à l'instruction des faits d'ordre médical dans toutes les branches d'assurance sociale (SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, in Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHÜPBACH, Bâle 2000 p. 268).

c) Lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base

d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 353 consid. 3b/bb).

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

S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

8. En l'espèce, la recourante a présenté des problèmes psychiques ayant entraîné une incapacité de travail de 100 % depuis juin 2006, qui n'est pas contestée. Elle a repris une activité lucrative (aide aux cuisines scolaires), différente de celle exercée auparavant (assistante en pharmacie), à 25% dès décembre 2007, ce qui n'est pas contesté non plus. Se pose en revanche la question de savoir si une reprise de travail à plein temps était exigible dès décembre 2007.
9. Le Tribunal de céans constate que de nombreux psychiatres ont été appelés à se prononcer sur le cas de la recourante.
10. Ainsi, le Dr L_____ du CTB a diagnostiqué en septembre et novembre 2006 un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11) engendrant une incapacité de travail totale depuis juin 2006.
11. Dans un rapport d'expertise du 4 mai 2007, le Dr O_____ a diagnostiqué des troubles de l'adaptation (au licenciement) avec réaction dépressive prolongée (F43.21) et a estimé qu'une reprise d'activité à 100% ou à temps partiel ne pouvait pas être envisagée dans l'immédiat et qu'il n'était pas possible de se déterminer quant à la durée de l'incapacité.

12. Le psychiatre traitant, le Dr N_____, a diagnostiqué en janvier 2007 des troubles de l'humeur et un trouble [*recte* : épisode] dépressif sévère (F32.2) justifiant une incapacité de travail à 100 % depuis juin 2006, sans pouvoir se déterminer sur une éventuelle reprise d'activité. En novembre 2007, il maintenait son diagnostic de troubles de l'humeur et de trouble [*recte* : épisode] dépressif moyen à sévère (F32.2), en estimant que la capacité de travail de la recourante, qui demeurait nulle, pourrait être améliorée si le traitement en cours faisait effet. En avril 2008, le Dr N_____ a diagnostiqué un trouble dépressif moyen, en précisant que, depuis son rapport de novembre 2007, l'évolution était lente, qu'il y avait une persistance des symptômes décrits à l'époque avec une diminution de l'intensité, que l'assurée devrait pouvoir récupérer progressivement sa capacité de travail et qu'une reprise d'activité dans une autre activité (cuisine scolaire) à raison de 25% était envisageable. En septembre 2008, le Dr N_____ a diagnostiqué un trouble de l'humeur épisode dépressif sévère (F32.2), avec une péjoration récente de l'état psychique, et une réaction de stress à l'abandon de sa mère dans l'enfance (F43.8) et a estimé que l'incapacité de travail de l'assurée était de 100% du 1^{er} décembre 2006 au 2 décembre 2007, de 80% du 3 décembre 2008 au 31 mars 2008 et de 75% à partir du 1^{er} mai 2008, en ajoutant que la recourante travaillait au maximum à 25% comme aide aux cuisines scolaires, qu'elle ne pouvait pas augmenter son pourcentage d'activité et que l'activité d'assistante en pharmacie ne pouvait plus être reprise. Lors de son audition par le Tribunal de céans en décembre 2009, le Dr N_____ a maintenu son diagnostic d'état dépressif sévère, existant en tout cas depuis l'expertise effectuée par le Dr O_____ en mai 2007, en exposant que les Drs O_____ et L_____ n'avaient pas relevé d'humeur labile et que la capacité de travail de la recourante était toujours nulle.

Dans un rapport du SMR du 16 janvier 2009, le Dr Q_____ a diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail, un épisode dépressif moyen en rémission (F32.1) et, sans répercussion sur la capacité de travail, une dysthymie à début tardif (F34.1), en indiquant que les limitations fonctionnelles de l'assurée étaient une perte d'élan vital, des ruminations et un sentiment d'inutilité et d'incompétence. Il a estimé que l'incapacité de travail était de 100% de juin à décembre 2007, avec une amélioration progressive et que, sur le plan psychiatrique, la capacité de travail exigible était de 100% dans toute activité depuis décembre 2007. Lors de son audition par le Tribunal de céans en avril 2009, le Dr Q_____ a confirmé son rapport de janvier 2009, et a notamment déclaré que, par expérience, les patients ne présentaient pas nécessairement le même tableau devant un expert ou devant leur médecin traitant, et que s'il n'avait pas constaté d'humeur labile, les conclusions de son rapport auraient été différentes. Il a ajouté que, selon ses souvenirs, il avait retenu le mois de décembre 2007 comme date à partir de laquelle il estimait que la capacité de travail de la recourante était de 100 % car, dès ce moment, elle avait repris un travail à 25 % et s'était également inscrite au chômage en juillet 2008 pour un emploi à 100 %.

Le Tribunal de céans constate que tant les diagnostics que l'évaluation de la capacité de travail en résultant sont contradictoires. Le psychiatre traitant conteste le diagnostics et la capacité de travail retenus par le Dr Q_____, dont les conclusions n'emportent pas la conviction du Tribunal. Alors que, d'un côté, le médecin précité retient un diagnostic «avec répercussion sur la capacité de travail», il estime, d'un autre côté, qu'au contraire, la capacité de travail de la recourante serait totale dans toute activité. Par ailleurs, le Dr Q_____ n'indique rien au sujet du passage d'une incapacité de travail totale à une pleine capacité de travail, alors que la recourante n'a repris une activité professionnelle – de surcroît dans un autre domaine que son activité habituelle – qu'à 25%. De plus, les explications données au sujet de la date à partir de laquelle cette capacité de travail aurait évolué de 0% à 100%, soit décembre 2007, ne sont pas convaincantes : dans son rapport de janvier 2009, le Dr Q_____ ne fournit pratiquement pas d'explication à ce sujet, en se limitant à indiquer que l'assurée et son médecin traitant déclaraient une amélioration à partir de décembre 2007, ce qui correspondait au tableau clinique retrouvé lors de l'examen SMR. Lors de son audition par le Tribunal de céans, il a modifié son argumentation, en déclarant que le mois de décembre 2007 correspondait à la reprise d'activité à 25% de la recourante (alors qu'elle était située en octobre 2007 dans son rapport), qui par la suite, s'était également inscrite au chômage en juillet 2008 pour un emploi à 100%. Enfin, parmi les divers psychiatres ayant examiné la recourante, le Dr Q_____ est le seul à avoir constaté une humeur labile, tout en précisant lors de son audition que les patients ne présentaient pas nécessairement le même tableau devant un expert ou devant leur médecin traitant, et que s'il n'avait pas constaté d'humeur labile, les conclusions de son rapport auraient été différentes.

Au vu de ce qui précède, le Tribunal considère qu'il n'est pas en mesure de statuer définitivement, que les faits ne sont pas suffisamment élucidés et qu'il convient de renvoyer le dossier à l'intimé afin qu'il détermine, au moyen d'une expertise menée par un médecin externe à l'assurance, la capacité de travail de la recourante dans son activité habituelle et/ou une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles à partir de décembre 2007. Le cas échéant, il appartiendra à l'intimé de déterminer le revenu réalisable dans cette activité adaptée et de le comparer au revenu sans invalidité afin de déterminer l'éventuelle invalidité de la recourante.

13. La recourante étant représentée par un avocat, elle a droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens, fixée en l'occurrence à 2'500 fr. (art. 89H al. 3 LPA, 61 let. g LPGA).
14. Un émolument de 500 fr. est mis à la charge de l'intimé, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI).

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 de l'OAI du 9 juin 2009 en tant qu'elle reconnaît à la recourante une capacité de travail entière dans toute activité à partir du mois de décembre 2007.
4. Renvoie la cause à l'OAI pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.
5. Condamne l'intimé à payer à la recourante la somme de 2'500 fr. à titre de participation à ses frais et dépens.
6. Met un émolument de 500 fr. à la charge du .
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

Le président

Irène PONCET

Patrick UDRY

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