

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2550/2007

ATAS/555/2008

ORDONNANCE D'EXPERTISE
DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES

du 8 mai 2008

Chambre 3

En la cause

Madeline B_____, domiciliée à GENEVE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître MATHEY-DORET Marc

recourante

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, rue de
Lyon 97, case postale 425, 1211 GENEVE 13

intimé

Siégeant : Karine STECK, Présidente.

EN FAIT

1. Madame B _____, née en 1955, a déposé, en date du 26 novembre 2003, une demande de prestations sous la forme d'une rente auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (OCAI). L'assurée a allégué souffrir d'une importante dépression, ainsi que de problèmes au niveau de l'épaule et du coude gauches.
2. Procédant à l'instruction de la demande, l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OCAI) a requis des renseignements notamment de LA BALOISE, assureur perte de gain, qui lui a transmis les documents suivants :

Le 16 septembre 2002, le docteur L _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a transmis un rapport à LA BALOISE (pce 15-23 OCAI) dans lequel il posait le diagnostic de dépression majeure sévère récurrente sans caractéristique psychotique. Il relatait une persistance de l'asthénie, de la fatigue, une humeur triste, des angoisses avec attaques de panique, un sentiment de désespoir et de culpabilité. L'évolution paraissait très lente et l'incapacité de travail était totale dès le 14 janvier 2002.

Le docteur M _____, qui s'était vu confier un mandat d'expertise psychiatrique par l'assureur perte de gain, a rendu son rapport le 27 février 2003 (pce 15-30ss OCAI). Il a diagnostiqué un épisode dépressif majeur en rémission partielle, ainsi que des troubles de la personnalité de type borderline (présentant aussi des éléments histrioniques et besoins de passivité et dépendance). L'assurée, licenciée, était au chômage. Elle manquait de réseau de soutien social / psychologique. Quant à la symptomatologie, l'expert l'a qualifiée de légère à moyenne. Il a relevé un positionnement sur un refus de (re)assumer une existence professionnelle commençant avec un temps partiel. L'expert a estimé que les troubles de la personnalité présentés par l'expertisée étaient d'une grande importance, pas seulement dans l'apparition des troubles, mais aussi pour l'intensité du tableau clinique et son évolution (en dépit d'un traitement approprié) pas très satisfaisante. Il a relevé qu'il fallait ajouter l'impasse actuelle concernant la reprise partielle, progressive, d'une activité professionnelle. L'intéressée était là-dessus en désaccord avec son médecin traitant et avec l'expert. Sur le plan thérapeutique, ce dernier a estimé qu'il conviendrait théoriquement de pouvoir intervenir aussi sur les troubles de la personnalité. Tenant compte de l'âge, de la durée des troubles et de leurs particularités ainsi que de l'incapacité à se remettre en question, il ne voyait cependant pas que l'assurée acceptât un traitement de type psycho-

dynamique qui serait le seul en mesure de pouvoir éventuellement apporter un changement. Quant à la capacité de travail, le problème était que l'expertisée s'y opposait totalement, se considérant non désireuse de rentrer dans un milieu où elle a subi des frustrations et après s'être battue pendant 47 ans ; elle n'aurait plus ni la force ni l'envie de le faire. Il y avait donc un décalage important entre les considérations médico-théoriques concernant sa capacité d'exercer une activité professionnelle et son propre point de vue. Le médecin-expert a indiqué ne pas avoir de solution à proposer, tout en émettant l'avis qu'il fallait éviter de déposer une demande AI qui, objectivement, n'était selon lui pas justifiée ou tout au plus à 25 %. Il ne recommandait pas non plus de mesures professionnelles, car un changement d'orientation ne s'imposait pas. En conclusion, le docteur M_____ fixait l'incapacité de travail à 66 %, diminuant progressivement jusqu'à 25 %, ce qui supposait évidemment une collaboration active et intéressée de la part de l'assurée à la thérapie, ce qui n'était pas le cas. L'intéressée se cantonnait dans une position « déficiente » passive-agressive. Selon l'expert, la situation d'impasse était due fondamentalement aux particularités de la personnalité de l'assurée et à certains éléments contextuels comme une éventuelle retraite anticipée de l'époux qui serait envisagée. L'expert a enfin exprimé son regret de ne pouvoir faire de propositions concrètes réalistes de prise en charge, précisant que cela ne voulait pas dire qu'il s'agissait d'un cas relevant de l'AI.

Le docteur L_____ a informé LA BALOISE en date du 1^{er} août 2003 que, compte tenu du fait que sa patiente ne voyait aucune amélioration de ses troubles, il lui avait conseillé de consulter un autre spécialiste. Il précisait avoir expliqué à l'intéressée qu'il était en accord avec les conclusions du docteur M_____ (pce 15-29 OCAI).

Dans un rapport du 11 août 2003, le docteur N_____ a mentionné des séquelles de distorsion scapulo-humérale gauche le 23 mai 2002 avec rétractation capsulaire et conclu à une capacité de travail nulle (pce 15-4 OCAI).

Le docteur O_____, psychiatre et psychothérapeute, a rapporté (questionnaire rempli le 25 août 2003 ; pce 15-27 OCAI) que l'assurée se plaignait d'épisodes de profonde tristesse, de sensations d'oppression et d'une grande fatigue. Une diminution des accès de pleurs et une légère amélioration thymique était constatée. Aux dires de la patiente, son état

clinique était resté stationnaire, voire légèrement aggravé. L'événement du licenciement avait bouleversé l'équilibre psychique préexistant de l'intéressée qui présentait un trouble de l'adaptation (suite au licenciement) avec réaction dépressive prolongée (F43.21). Le pronostic restait réservé pour une reprise du travail.

Le 10 avril 2003, le docteur P_____, spécialiste en chirurgie orthopédique, a examiné l'assurée à la demande de LA BALOISE. Dans son rapport du 15 avril 2003 (pce 15-6ss OCAI), il a posé le diagnostic de distorsion scapulo-humérale gauche le 23 mai 2002, les séquelles étant constituées notamment par une rétraction capsulaire. Accessoirement, une névrite cubitale gauche à partir de la gouttière cubitale était notée, ainsi que des douleurs abdominales chroniques sur endométriose et lombalgies intermittentes sur troubles statiques, ces deux dernières lésions étant sans relation avec l'accident de 2002. Il proposait de procéder à une éventuelle acromioplastie par voie arthroscopique et a adressé l'assurée chez le docteur Q_____, chirurgien-orthopédiste.

Le 6 octobre 2003, le docteur Q_____ a fait état d'un status après arthroscopie de l'épaule gauche et d'une récupération de la capacité de travail à 50 % en tant que secrétaire à compter du 17 novembre 2003 (pce 15-1 OCAI). Le 19 novembre 2003, le médecin a précisé avoir pratiqué une arthroscopie et acromioplastie de l'épaule gauche le 16 septembre 2003. Il maintenait son avis quant à la reprise de l'activité professionnelle, tout en mentionnant qu'elle était difficile à admettre pour la patiente, qui souffrait maintenant de son genou droit suite à une chute récente (pce 15-2 OCAI).

3. Le 26 novembre 2003, le docteur O_____ a remis un rapport médical à l'OCAI (pce 21 OCAI), dans lequel il fait état d'un trouble de l'adaptation, réaction mixte anxieuse et dépressive prolongée (F43.2.21), présent depuis décembre 2001. Il mentionne en outre un trouble de la personnalité (personnalité émotionnellement labile). Il conclut à une capacité de travail nulle dans la profession de secrétaire de direction et préconise une nouvelle expertise psychiatrique.
4. Questionné par l'OCAI, l'ancien employeur de l'assurée, X_____ SA, a précisé l'avoir licenciée pour des motifs économiques avec effet au 31 août 2002. Le salaire versé (équivalent à celui qui serait versé en 2004, était de 71'500 fr. annuellement; pce 26 OCAI).
5. Dans un rapport du 24 mars 2004 (pce 27 OCAI), le docteur N_____, médecin généraliste et médecin traitant de l'assurée, a posé les diagnostics de

trouble dépressif récurrent avec réaction anxieuse et symptômes somatiques, contusion de l'épaule gauche, épicondylite, sinusite chronique saisonnière, endométriose traitée par hystérectomie, salpingectomie et ovariectomie bilatérale en 1998 et 2001. Il a conclu à une capacité de travail nulle du 23 mai 2002 au 16 novembre 2003, puis de 50 % pour cause d'accident, précisant qu'elle était déjà nulle depuis le 14 janvier 2002 pour une durée indéterminée pour cause de maladie. Ce médecin a déclaré que sa patiente souffrait effectivement d'un trouble dépressif chronique accompagné de symptômes anxieux divers, de symptômes somatiques diffus et, au premier plan depuis quelques mois, de troubles du comportement alimentaire. Selon lui, ce trouble s'inscrit probablement dans le cadre d'un trouble de la personnalité limite (borderline) que le psychiatre traitant pourrait peut-être confirmer. Les plaintes somatiques diffuses lui faisaient évoquer un éventuel syndrome fibromyalgique, qu'il serait à son avis important de préciser par une expertise. L'examen d'une rente AI lui apparaissait nécessaire pour une patiente souffrant de troubles psychiques sérieux avec des symptômes somatiques importants difficiles à quantifier objectivement. Par contre, le médecin a émis l'avis que les suites favorables de l'accident de l'épaule gauche ne justifiaient pas l'octroi d'une rente.

6. Le docteur Q_____ s'est également prononcé en date du 24 mars 2004 (pce 34 OCAI). Il a posé les diagnostics suivants : cervicalgies sur discopathies multi-étagées et petite hernie discale non compressive C3-C4 à droite, status après acromioplastie de l'épaule gauche et libération du nerf cubital à gauche (suite à l'accident du 23 mai 2003), fibromyalgie, état dépressif. Il a conclu à une incapacité de travail de 50 % en raison de l'accident et de 100 % pour les causes malades. Il a toutefois estimé ne pas être en position de se prononcer sur la capacité de travail raisonnablement exigible.
7. L'OCAI a également requis des informations du docteur R_____, spécialiste en médecine interne (pce 40 OCAI). Ce dernier a mentionné les diagnostics d'épisode dépressif majeur, de trouble de la personnalité de type borderline (avec éléments histrioniques et besoins de passivité et de dépendance), de trouble alimentaire de type anorexie purgative, de névrome cubital gauche au coude persistant après neurolyse chirurgicale, de status après contusion-distorsion de l'épaule gauche avec bursite sous-acromio-deltaïdienne. En précisant qu'ils étaient sans répercussion sur la capacité de travail, il a encore fait état de cervico-dorsalgies sur troubles statiques et uncodiscarthrose prédominante en C5-C6, lombalgies sur discopathie lombo-sacrée par hyperlordose et hyperlaxité, sinusite chronique saisonnière et endométriose traitée par hystérectomie, salpingectomie et ovariectomie bilatérale. Il a notamment déclaré qu'un ENMG pratiqué le 12 mai

2003 par le docteur S_____, neurologue, avait conclu à une neuropathie bilatérale des nerfs cubitiaux discrète à modérée (pce 40-25 OCAI). Un deuxième examen avait été effectué le 28 janvier 2004 (pce 40-29 OCAI) et avait montré une atteinte irritative postopératoire du nerf cubital gauche au niveau de la gouttière humérale. Une IRM cervicale (examen du 11 février 2004 réalisé par le docteur T_____ ; pce 40-38 OCAI) avait mis en évidence une discarthrose C5-C6 avec herniation discale et une deuxième hernie discale au niveau C6-C7. Le 6 mai 2004, sa patiente avait à nouveau été expertisée par le chirurgien orthopédiste P_____ (pce 40-31 OCAI), qui avait conclu à une distorsion scapulo-humérale gauche le 23 mai 2002, avec douleurs capsulaires résiduelles, un névrome cubital gauche au coude persistant après une neurolyse chirurgicale le 16 septembre 2003, des cervico-dorsalgies sur troubles statiques et uncodiscarthrose prédominante en C5-C6, des lombalgies sur discopathie lombo-sacrée par hyperlordose et hyperlaxité et un état dépressif sévère survenu après un licenciement professionnel abusif en janvier 2002. Une révision chirurgicale de la cicatrice douloureuse au coude gauche par neurolyse itérative était préconisée. L'incapacité de travail n'était due qu'à 25 % à l'accident. Pour le surplus, elle était fonction de l'état dépressif selon le docteur P_____. Le docteur R_____ a encore relevé un problème somatique constitué par la constipation opiniâtre avec abus de laxatifs, constitution d'une mélanose colique et récemment mise en évidence d'une récurrence d'un rectocèle et d'une intussusception recto-rectale modérée, aucune sanction chirurgicale n'étant toutefois indiquée actuellement. Il avait pu mettre en évidence, parallèlement au trouble de la personnalité présenté par sa patiente, un trouble alimentaire de type anorexie purgative. La thérapie actuelle ne permettait toutefois pas l'élaboration de ce problème en raison d'une absence d'introspection. En conclusion, il estimait que le pronostic somatique restait fonction d'une nouvelle intervention chirurgicale au niveau du coude gauche et que le pronostic psychique était lié par le trouble de la personnalité incurable. Le médecin rejoignait donc l'avis de son confrère M_____, en ce sens qu'il y avait une impasse concernant une reprise partielle, progressive, d'une activité professionnelle.

8. Le 25 avril 2005, le docteur O_____ a transmis à l'OCAI des renseignements complémentaires (pce 51 OCAI). Il a notamment indiqué que l'état de santé de la patiente était resté stationnaire depuis le 14 avril 2003 et que le pronostic était défavorable. Le diagnostic demeurait celui de trouble de l'adaptation, réaction mixte anxieuse et dépressive prolongée (F43.2.21). Aucune activité professionnelle n'était présentement envisageable et une expertise psychiatrique lui semblait indiquée.

9. Le 17 mars 2006, l'assurée a été soumise à une expertise psychiatrique réalisée par le docteur U_____ (pce 66-3ss OCAI), spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et médecin auprès du Service médical régional AI (ci-après : SMR). Celui-ci a posé les diagnostics de trouble de la personnalité mixte, avec des traits émotionnellement immatures, histrioniques, passifs-agressifs et émotionnellement labiles (F61.0) ; de trouble de l'adaptation : réaction dépressive prolongée en 2002, actuellement en rémission (F43) ; ainsi que, sans répercussion sur la capacité de travail, de trouble de l'alimentation sans précision (anorexie mentale atypique, partiellement en rémission) (F50.9). Il a déclaré que l'assurée avait souffert d'une dépression réactionnelle à un licenciement dès le 14 janvier 2002, qui s'était améliorée sous traitement par le docteur L_____, ladite amélioration étant contestée par l'intéressée. Cette dernière exprimait une souffrance psychique mal définie, ayant affaire avec un sentiment d'injustice subie, qu'elle appelait une « dépression », alors qu'au moment de l'examen, une dépression dans le sens clinique du mot n'était pas présente. Le docteur U_____ a constaté que l'assurée disposait, depuis l'adolescence, de très faibles stratégies pour faire face à des situations conflictuelles partout dans sa vie, mais en particulier dans ses postes de travail, ce qui avait engendré des échecs fréquents après des mois ou des années d'emploi. L'explication desdits licenciements par des conflits interpersonnels d'intensité inhabituelle, l'assurée se sentant par ailleurs toujours victime, correspondait à un trouble de la personnalité ancré depuis l'adolescence et encore présent à ce jour, d'une gravité certaine. Son intensité le rapprochait d'une maladie psychiatrique et représentait une atteinte à la santé ayant un impact sur la capacité de travail, l'assurée provoquant des échecs en série là où d'autres personnes dotées des mêmes capacités ou préconditions ne subiraient pas d'échec. Selon le médecin, en cumulant les périodes répétitives d'échec, on arrivait à un degré d'incapacité de travail durable de 25 % au maximum, car l'assurée avait prouvé dans sa vie qu'elle était, malgré son instabilité émotionnelle et son incapacité à gérer les conflits, capable de fonctionner correctement pendant plusieurs années à l'occasion de plusieurs emplois, ce qui était probablement dû à ses bonnes capacités intellectuelles et à des ressources de la personnalité résiduelles qui, malgré tout, rendaient possible un fonctionnement. Globalement, le docteur U_____ constatait que l'expertise du docteur M_____, tout en utilisant une autre nomenclature psychiatrique, se rapprochait beaucoup de ses propres observations et il croyait qu'il fallait suivre les recommandations du précédent expert (incapacité de travail durable de 25 % au maximum). Dès lors, la capacité de travail exigible était fixée de la façon suivante : 0 % dès le 14 janvier 2002, 33 % depuis le 7 février 2003 et 75 % à compter du 1^{er} juin 2003, tant tout type d'activité. Cela étant, l'expert posait tout de même des limitations fonctionnelles consistant en une labilité

émotionnelle, une incapacité à faire face à des situations conflictuelles au lieu d'emploi (provoquant des échecs d'emploi en série, malgré une performance correcte sur le plan purement professionnel), une diminution de la concentration et de la performance au travail dans les périodes de conflit accru.

10. Le docteur V_____, médecin SMR, a procédé à une évaluation globale du dossier en date du 31 août 2006. En ce qui concerne le volet psychiatrique, il s'en est remis aux conclusions des docteurs M_____ et U_____. Quant au volet somatique, il a estimé que les deux expertises réalisées par le docteur P_____ précisaient clairement le status et les limitations fonctionnelles, de sorte que l'appréciation faite par ce praticien de l'incapacité de travail pouvait être suivie. Ni le psychiatre ni le rhumatologue n'ayant mentionné une fibromyalgie ou un trouble somatoforme, contrairement au médecin traitant, un tel diagnostic devait être écarté. Dès lors, et compte tenu de l'ensemble des affections, l'incapacité de travail avait été de 100 % du 14 janvier 2002 au 31 octobre 2003, puis de 50 % du 1^{er} novembre 2003 au 30 avril 2004 et finalement de 25 % à compter du 1^{er} mai 2004. Toute activité respectant les limitations fonctionnelles décrites était exigible de la part de l'assurée, y compris l'ancienne profession (secrétaire). Lesdites limitations étaient les suivantes : pas de port de charges lourdes (max. 10 kg), pas de travaux pénibles de manutention, pas de position statique prolongée, pas de mouvements de contrainte répétitifs au niveau du rachis, pas de position accroupie ou à genoux, pas de déplacements sur sol irrégulier ni de travail en hauteur ou sur une échelle. La diminution de rendement de 25 % reconnue était uniquement d'ordre psychique et, compte tenu du trouble de la personnalité et de l'adaptation, une activité professionnelle connue était probablement préférable.
11. Le 19 octobre 2006, l'OCAI a communiqué à l'assurée un projet de décision dont il ressortait qu'il avait l'intention de lui octroyer une rente entière pour la période du 14 janvier 2003 (fin du délai de carence d'une année) au 31 janvier 2004, puis une demi-rente du 1^{er} février 2004 au 31 juillet 2004, la rente devant être supprimée à compter de cette date. Pour le surplus, l'OCAI estimait que des mesures de reclassement n'étaient pas indiquées, mais précisait que l'assurée pourrait se voir octroyer une aide au placement, moyennant une demande écrite et motivée (pce 72 OCAI).
12. Par décision formelle du 24 mai 2007, l'OCAI a confirmé la teneur de son projet, contesté par l'assurée. Il a estimé ne pas avoir à revenir sur les conclusions probantes de son service médical.

13. Par mémoire du 28 juin 2007, l'assurée a interjeté recours contre cette décision, dont elle requiert la réformation en ce sens qu'une rente entière d'invalidité lui soit accordée sans limitation dans le temps, sous suite de dépens. A titre subsidiaire, elle conclut à la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique.

En substance, la recourante fait valoir que les troubles qu'elle présente ont été unanimement reconnus comme constituant une atteinte à sa santé psychique. La méthode de fixation de la capacité de travail à laquelle s'est livrée le docteur U_____ n'est selon elle pas admissible, dès lors qu'il s'agit d'un calcul arithmétique de la moyenne des périodes d'incapacité de travail et d'activité depuis qu'elle est professionnellement active. Sa conclusion relative à la reconnaissance d'une capacité de travail (calculée sur une moyenne du taux d'activité) de 75 % n'est par conséquent ni pertinente, ni relevante. Elle soutient que l'expert se devait au contraire d'évaluer aussi précisément que possible, compte tenu de son état au moment de l'expertise et de son évolution depuis le début de l'incapacité de travail, la capacité de travail raisonnablement exigible. Par ailleurs, elle reproche au docteur U_____ d'avoir omis de considérer que - tel que cela ressort des avis concordants des différents médecins figurant au dossier - son état de santé s'est décompensé à la suite de conflits professionnels, au début de l'année 2002, et qu'elle souffre depuis cette date d'un épisode dépressif qualifié de sévère, ainsi que de troubles de la personnalité asymptomatiques jusqu'alors.

Quant à l'avis émis par le docteur M_____, la recourante estime qu'il ne permet pas non plus de déterminer sa capacité de travail résiduelle, puisqu'il date de février 2003 et repose largement sur des postulats et des pronostics largement démentis par les faits. Elle ajoute encore que l'avis du SMR sous-estime très largement l'incidence des limitations fonctionnelles somatiques sur sa capacité de travail, la profession de secrétaire, sédentaire, étant incompatible avec l'impossibilité de maintenir une position statique, notamment. Enfin, elle reproche au SMR de retenir une incapacité de travail de 25 %, tout en parlant de diminution de rendement de 25 %, ce qui semble démontrer une confusion entre ces deux notions dont elle relève qu'elles ne sont pas identiques.

Dans ces circonstances, la recourante soutient que l'OCAI ne pouvait pas se dispenser, à tout le moins, d'effectuer un calcul du taux d'invalidité selon la méthode de comparaison des revenus, en retenant une diminution de rendement de 25 % ainsi que des facteurs de réduction supplémentaires.

14. Dans sa réponse du 6 août 2007, l'OCAI soutient que le rapport d'examen SMR rédigé par le docteur U_____ emporte la conviction et remplit les critères

posés par la jurisprudence pour se voir accorder pleine valeur probante. Les conclusions auxquelles il parvient sont corroborées par les docteurs M_____, qui avait en son temps procédé à une expertise sur la personne de la recourante, et L_____, ancien psychiatre traitant. Pour le surplus, aucun motif ne lui permet de s'écarter de son appréciation et il conclut donc au rejet du recours.

15. Les parties ont persisté dans leurs conclusions et argumentations respectives (courriers des 4 et 24 septembre 2007).
16. Le 8 avril 2008, le Tribunal a informé les parties de ce qu'il entendait ordonner une expertise psychiatrique et confier celle-ci au docteur W_____. Il les a par conséquent invitées à se prononcer sur le projet de mission d'expertise et à faire valoir une éventuelle cause de récusation.
17. L'OCAI a souhaité qu'une question complémentaire soit inscrite dans la mission d'expertise, à savoir "en cas de divergence avec les conclusions de l'examen psychiatrique du docteur U_____, en expliquer les raisons ?" (lettre du 2 mai 2008). Pour le surplus, il n'a pas fait valoir de motif de récusation à l'encontre de l'expert, pour autant que ce dernier réalise personnellement l'expertise et ne la confie pas à un interne.
18. Quant à la recourante, elle ne s'est pas prononcée.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). La compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.
2. Le recours interjeté respectant les forme et délai prévus par la loi (art. 56 à 60 LPGA), il y a lieu de le déclarer recevable.
3. La LPGA est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des

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

En l'espèce, la décision litigieuse, du 24 mai 2007, est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA ainsi qu'à l'entrée en vigueur, le 1^{er} janvier 2004, des modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4^{ème} révision). Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à une rente d'invalidité doit être examiné au regard des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 4^{ème} révision de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329).

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

4. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un diagnostic médical pertinent soit posé par un spécialiste et que soit mise en évidence une diminution importante de la capacité de travail (et de gain) (ATF 127 V 299). Ainsi, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, 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. 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).
- b) Selon la jurisprudence et la doctrine, l'autorité administrative ou le juge ne doit considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (KUMMER, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4^{ème} édition Berne 1984, p. 136 ;

GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2^{ème} édition, p. 278 ch. 5). Dans le domaine des assurances sociales, le juge 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. 5 let. b 125 V 195 consid. ch. 2 et les références).

c) En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, a fortiori judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice ou de l'administration 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 contienne des contradictions, ou qu'une sur expertise 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).

En effet, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, l'administration est tenue d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure. En particulier, elle doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 K 646 p. 240 consid. 4). En revanche, si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; KIESER, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, p. 212, n° 450; KÖLZ/HÄNER, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 2e éd., p. 39, n° 111 et p. 117, n° 320; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2e éd., p. 274; cf. aussi ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2

Cst. (SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d et l'arrêt cité).

5. a) En l'espèce, sans remettre en cause les diverses atteintes à la santé physiques reconnues dont souffre la recourante, il est constant que les troubles de santé principaux qu'elle présente sont d'ordre psychiatrique : l'ensemble des médecins qui se sont prononcés sur son cas ont pu constater qu'elle présente un trouble de l'adaptation, un trouble de la personnalité, ainsi qu'un trouble du comportement alimentaire. La qualification desdits troubles mentaux et leur influence sur la capacité de travail est toutefois sujette à des fluctuations en fonction du praticien concerné.

b) Parmi les atteintes à la santé psychique, qui peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGa, on doit mentionner - à part les maladies mentales proprement dites - les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible. Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son infirmité mentale, exercer une activité que le marché du travail lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Le point déterminant est ici de savoir quelle activité peut raisonnablement être exigée dans son cas. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).

c) Dans le cas d'espèce, la recourante a été soumise à une expertise réalisée en 2003 par le docteur M_____, puis à un examen spécialisé effectué par le docteur U_____ en 2006. L'intimé se fonde sur les conclusions de ce dernier médecin, corroborées selon lui par celles des docteurs M_____ et L_____, ancien psychiatre traitant de la recourante.

Or, on relèvera tout d'abord, avec la recourante, que l'expert U_____ a fixé la capacité de travail résiduelle de l'intéressée sur la base d'une méthode qui ne

saurait emporter la conviction. En effet, il a procédé par une sorte de moyenne arithmétique en tenant compte des périodes d'activité et d'inactivité, semble-t-il, de l'intéressée avant la survenance de l'invalidité au lieu de se concentrer sur ce qui est (ou était, à tout le moins au jour de son examen) raisonnablement exigible de la part de cette dernière compte tenu des affections dont elle souffre. Le docteur U_____ se réfère, il est vrai, aux conclusions de l'expert précédent, le docteur M_____. Toutefois, il ne ressort pas du rapport rédigé par ce médecin qu'il ait reconnu le trouble de la personnalité de la recourante, qualifié de grave et constituant une atteinte à la santé au sens de l'art. 4 LAI selon le docteur U_____, comme pouvant avoir une influence sur sa capacité de travail. Il apparaît bien plutôt qu'il a écarté ce trouble au motif qu'il ne constituait pas, pour lui, une atteinte à la santé et s'est dès lors concentré sur la capacité de travail raisonnablement exigible eu égard au seul trouble de l'adaptation avec réaction anxieuse et dépressive. Or, dans la mesure où il a déclaré que l'existence du trouble de la personnalité conduisait à une impasse sur le plan thérapeutique et, par voie de conséquence, sur celui de la reprise d'une activité lucrative, on ne peut qu'en déduire que les conclusions des deux experts sont incompatibles entre elles. On ajoutera encore que le psychiatre traitant de la recourante, le docteur O_____, de même que les autres praticiens consultés, partagent tous l'avis selon lequel les troubles psychiques de la recourante présentent une certaine gravité et se trouvent au premier plan, empêchant également la prise en charge et le traitement du trouble alimentaire. Le seul avis prétendument contraire exprimé par le docteur L_____, il y a de cela cinq ans, ne peut se voir accorder une importance décisive à cet égard ; il ne se rapporte en réalité qu'au trouble de l'adaptation avec réaction dépressive dont la négation de l'amendement par la recourante semble, eu égard aux pièces médicales du dossier, être la conséquence d'un autre trouble psychique (le trouble de la personnalité).

Il n'est dès lors pas possible, dans ces circonstances, au Tribunal de céans de se forger une opinion sur la base des deux expertises psychiatriques effectuées. Pas plus qu'il n'est envisageable de fixer la capacité de travail de l'intéressée sur la base des autres documents, dès lors qu'il n'appartient pas au juge de substituer sa propre appréciation à celle des médecins. Il convient donc d'ordonner la mise en œuvre d'une expertise judiciaire psychiatrique, aux fins de déterminer, d'une part, quelles sont les atteintes dont souffre (et/ou a souffert) la recourante et si celles-ci doivent être considérées comme des atteintes au sens de l'art. 4 LAI, ainsi que, d'autre part, déterminer sa capacité de travail résiduelle depuis la survenance de l'atteinte à la santé (a priori le 14 janvier 2002) à ce jour, de même que les limitations que les affections psychiques présentées induisent dans l'exercice d'une activité professionnelle.

7. Cette expertise sera confiée au docteur W_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, Département de psychiatrie adulte, Hôpitaux universitaires de Genève. Le Tribunal rend attentif le médecin au fait qu'il est tenu de réaliser personnellement l'expertise qui lui est présentement confiée.

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

Statuant préparatoirement

1. Déclare le recours recevable.
2. Ordonne une expertise psychiatrique, l'expert ayant pour mission d'examiner et d'entendre Madame B_____, après avoir pris connaissance de tous les éléments utiles, du dossier de l'OCAI, ainsi que du dossier de la présente procédure et en s'entourant d'avis de tiers au besoin.
3. Charge l'expert de répondre aux questions suivantes :
 1. Anamnèse
 2. Données subjectives de la personne
 3. Constatations objectives
 4. Diagnostic(s)
 5. Si le diagnostic de trouble de la personnalité est retenu, celui-ci constitue-t-il une atteinte à la santé assimilable à une maladie mentale, au sens de l'art. 4 LAI ?
 6. Déterminer la capacité de travail de l'expertisée, en pour-cent, en précisant, cas échéant, les interactions éventuelles ou la prépondérance de telle affection sur les autres. En d'autres termes, expliciter l'influence des diverses pathologies reconnues sur la capacité de travail.
 7. Si un trouble de la personnalité a été diagnostiqué en tant que maladie mentale avec influence sur la capacité de travail, depuis quand ledit trouble est-il présent chez l'expertisée ? Depuis quand a-t-il des effets sur sa capacité de travail et est-il possible qu'un tel trouble soit demeuré sans influence notable sur la capacité de travail durant de nombreuses années pour devenir ensuite symptomatique ? Le licenciement vécu par l'expertisée - ou tout autre élément survenu à cette période - est-il de nature à décompenser un trouble de la personnalité jusqu'alors pas ou peu symptomatique ?

8. Dater la survenance de l'incapacité de travail durable, le cas échéant, ainsi que chaque modification de son taux.
 9. Dans quelle mesure une activité lucrative adaptée est-elle raisonnablement exigible de la recourante, et dans ce cas dans quel domaine ?
 10. Quelles sont les chances de succès d'une réadaptation professionnelle si une telle mesure est indiquée (y compris pour des motifs autres que psychiques) ? L'état de santé de l'expertisée lui permet-il de suivre une telle mesure ?
 11. La capacité de travail peut-elle être améliorée par des mesures médicales ? Si oui, lesquelles et si non, pourquoi.
 12. Pronostic.
 13. En cas d'appréciation divergeant des conclusions de l'examen psychiatrique pratiqué par le docteur U_____, en expliquer les raisons.
 14. Faire toute remarque ou proposition utile.
4. Commet à ces fins le docteur W_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, Département de psychiatrie adulte, Hôpitaux universitaires de Genève.
 5. Invite l'expert à déposer à sa meilleure convenance un rapport en deux exemplaires au Tribunal de céans.
 6. Réserve le fond.

7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La Présidente

Brigitte LUSCHER

Karine STECK

La secrétaire-juriste : Laurence SCHMID-PIQUEREZ

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