

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3224/2008

ATAS/796/2010

**ORDONNANCE D'EXPERTISE
DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

**Chambre 3
du 4 août 2010**

En la cause

Madame G _____, domiciliée à Genève

recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE
GENEVE, sis rue de Lyon 97, 1203 Genève

intimé

Siégeant : Karine STECK, Présidente.

EN FAIT

1. Le 25 février 1999, Madame G _____ (ci-après l'assurée), née en 1951, physiothérapeute indépendante, a déposé une demande de rente auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (OAI).
2. Le Dr L _____, psychiatre traitant, a rédigé le 27 avril 1999 un rapport aux termes duquel il a retenu les diagnostics d'état dépressif majeur par épuisement (forme psychasténique) et d'hypoacousie bilatérale importante, plus marquée à gauche (traumatisme acoustique). Il a attesté d'une totale incapacité de travail de sa patiente du 7 juillet 1997 au 13 septembre 1998, puis d'une incapacité de 50% à partir du 14 septembre 1998.

Le médecin a expliqué que sa patiente souffrait d'acouphènes depuis 1978 et portait un appareil acoustique des deux côtés depuis 1996. Il a ajouté que, dotée d'une personnalité active et dynamique, elle s'était toujours engagée sans se ménager dans son travail de physiothérapeute, qu'à partir de 1994, elle avait modifié son rythme de travail pour pouvoir gérer sa fatigue (en s'arrêtant une semaine toutes les quatre semaines pour récupérer), qu'elle l'avait consulté en date du 27 mai 1997 au retour d'une semaine de vacances, parce qu'elle ne parvenait plus à supporter ses patients, raison pour laquelle il l'avait mise en arrêt de travail à compter du 7 juillet 1997.

Le médecin a indiqué que l'assurée était dans l'incapacité de fournir un effort physique ou intellectuel prolongé, qu'elle souffrait de céphalées, de douleurs dorsales, de troubles du sommeil, de fatigue croissante et paralysante, qu'elle rencontrait des difficultés pour prendre des décisions et avait énormément de peine à résister aux pressions extérieures. Le repos et une hygiène de vie appropriée lui avaient permis de reprendre progressivement des forces de telle sorte qu'elle avait pu reprendre le travail à 50 % le 14 septembre 1998. Le praticien a précisé que si sa patiente travaillait plus de quatre heures d'affilée, elle souffrait de céphalées, de douleurs dans la nuque, d'une baisse du moral, d'un manque d'intérêt et qu'elle avait de la peine à dormir. En outre, en présence de plusieurs personnes ou d'un bruit parasite, l'assurée n'entendait quasiment plus rien, ce qui la forçait à s'isoler. Elle avait pris l'habitude de lire sur les lèvres, son appareil acoustique ne pouvant plus être porté car amplifiant tous les bruits. Le médecin a indiqué que l'assurée était incapable de suivre un dialogue rapide à la télévision et devait voir les films en version sous-titrée.

3. L'assurée a quant à elle transmis à l'OAI ses avis de taxation de 1996 à 1999, différents bilans, comptes d'exploitation et avis de taxation afin que ce dernier procède au calcul de son degré d'invalidité.

4. Le 25 octobre 2000, l'OAI a procédé à une enquête économique pour les indépendants. Estimant qu'il était impossible de déterminer le taux d'invalidité sur la base de la méthode générale de comparaison des revenus, il a procédé à une comparaison des champs d'activités au terme de laquelle il a conclu à un degré d'invalidité de 45%.
5. Par décision du 16 mars 2001, l'OCAI a donc octroyé à l'assurée un quart de rente à partir du 1er juillet 1998.
6. Par écriture du 13 avril 2001, l'assurée a interjeté recours une première fois auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales en concluant à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité.

Elle faisait valoir qu'en raison de sa maladie et des acouphènes importants dont elle souffrait, une grande fatigabilité s'était installée. De juillet 1997 à septembre 1998, elle avait ainsi dû interrompre son activité en raison d'une très grande lassitude. Elle exerçait depuis lors à 50%.

L'assurée expliquait qu'elle travaillait non seulement comme physiothérapeute, sophrologue et thérapeute psychocorporelle, mais qu'elle donnait aussi des cours de relaxation, des cours de massage et organisait depuis 1999 des voyages dans le désert.

L'assurée soulignait par ailleurs que sa perte d'audition, qui s'élevait en 1995 à 36,8% dans les fréquences aiguës à droite et à 39,2% à gauche, avait augmenté jusqu'à 57,5% à droite et à 68,7% à gauche, comme en attestait un certificat de la Dresse M_____ du 10 décembre 2001.

A l'appui de ses dires, l'assurée a produit un certificat du Dr L_____ du 23 août 2001, indiquant qu'elle souffrait d'un trouble dépressif récurrent, épisode sévère avec syndrome somatique et d'une personnalité dépendante et perfectionniste.

7. Le 13 novembre 2003, le Tribunal de céans, relevant que le seul rapport versé au dossier était celui du psychiatre traitant et qu'il n'était pas suffisamment motivé pour permettre de se déterminer précisément sur l'état de santé de la recourante, son taux d'incapacité de travail et, cas échéant, les activités que l'on pourrait encore exiger d'elle, a renvoyé le dossier à l'OAI à charge pour ce dernier de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire portant sur l'état de santé de l'assurée au plan psychiatrique et tenant compte des éventuelles répercussions de son hypoacousie sur sa capacité de travail (ATAS 216/2003).
8. L'OAI a alors mandaté le Dr N_____, spécialiste FMH en psychiatrie. Ce médecin s'est adjoint le concours du Dr O_____, spécialiste FMH en oto-

rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale. Les deux experts ont rendu leur rapport le 14 décembre 2004.

a) Le Dr O_____, chargé du volet ORL de l'expertise, a indiqué que l'audiogramme tonal montrait une perte auditive de 71.8% à droite et de 66.3% à gauche, tandis que l'audiogramme vocal révélait une compréhension de 50% à 100 dB à droite et de 80% à 95 dB à gauche.

Ce médecin a dès lors conclu à une sévère presbyacousie, avec une atteinte très importante dans les fréquences aiguës et une compréhension possible seulement lors de conversations menées dans un environnement calme, avec un interlocuteur faisant face à l'assurée. Il a relevé que ce problème avait conduit l'assurée à développer la lecture labiale, qui lui était indispensable.

L'expert a souligné qu'une telle atteinte dans les fréquences aiguës rendait l'appareillage difficile, la compréhension de la conversation restant mauvaise dans les ambiances semi-bruyantes à bruyantes malgré un appareillage optimal.

L'expert a émis l'avis que les difficultés de l'assurée étaient réelles lors de conversations avec des patients parlant doucement en baissant la tête.

Il a en outre constaté une nette dégradation de l'audition de l'assurée depuis 1995, avec une perte auditive surajoutée de 19.4% à droite et de 4.5% à gauche.

Le Dr O_____ a conclu qu'il n'était pas envisageable que l'assurée puisse exercer à plein temps dans de telles conditions, raison pour laquelle il a évalué sa capacité résiduelle de travail à 50% compte tenu de l'ensemble de sa symptomatologie.

b) L'expert psychiatre a établi son rapport sur la base de plusieurs tests psychologiques et de deux entretiens - le premier s'étant déroulé entre lui-même et l'assurée, le second entre cette dernière et une psychologue.

L'examen neurocognitif s'est révélé normal. L'expert n'a relevé ni signe de la lignée psychotique ni dépendance d'aucune sorte. Il a estimé que les critères permettant de poser le diagnostic d'épisode dépressif (soit présence de deux des trois critères majeurs nécessaires) n'étaient pas réunis.

Les tests ont conduit à un score de Hamilton (quantifiant les symptômes de la dépression les jours précédant l'examen, HAMD-17) de 6, soit un résultat dans la norme permettant de conclure à l'absence de dépression. Le questionnaire de Beck (auto-questionnaire de dépression) a montré quant à lui un score élevé de 33. A ce sujet, l'expert a jugé qu'il existait un décalage entre les plaintes de l'assurée et ce qu'il avait pu observer objectivement, ce dont il a tiré la conclusion que l'intéressée avait une tendance à l'auto-apitoiement et que son seuil de tolérance aux

symptômes de la dépression était abaissé, en d'autres termes, qu'il y avait exagération des plaintes.

L'expert a par ailleurs relevé qu'il n'y avait ni apparition brutale de symptômes physiques d'anxiété correspondant à des attaques de panique, ni préoccupations excessives pour des problèmes sans importance à mettre en relation avec une anxiété généralisée, ni symptômes compatibles avec un trouble obsessionnel compulsif, ni phobie simple, ce qui était corroboré par le score de l'échelle de Hamilton permettant de quantifier les symptômes anxieux les jours précédant l'entretien (4, soit absence d'anxiété).

L'expert a relaté que l'assurée avait également rempli un auto-questionnaire, le STAI-Y-état, ayant pour objectif d'évaluer à la fois son angoisse immédiate et ses traits de personnalité anxieuse au moment de l'entretien, qui s'était soldé par des scores correspondant à une anxiété élevée. L'expert s'est déclaré surpris par ces scores, soulignant qu'ils suggéraient des états anxieux quasi permanents et flottants qu'il ne retrouvait pas à l'examen clinique et en a tiré la conclusion, une fois encore, qu'il y avait exagération des plaintes.

L'expert a conclu que tous les symptômes diagnostiques permettant de retenir une somatisation n'étaient pas réunis, raison pour laquelle avait été retenu un diagnostic "fourre-tout" assez flou, le syndrome douloureux somatoforme persistant. Il a exclu tout trouble de la personnalité. Quant à l'évaluation projective par les tests de Rorschach et TAT, ils révélaient que pour l'assurée, des images menaçantes venaient s'immiscer dans une atmosphère qui se voulait plutôt joyeuse, rappelant que des manifestations anxieuses ou dépressives n'étaient jamais loin, et que si l'assurée voulait donner une image parfaite, le protocole laissait entrevoir une certaine détresse avec une grande solitude. Ainsi, lors du TAT, les éléments dépressifs s'étaient manifestés dès le début du test et des zones troubles avec des signes dépressifs étaient venus s'immiscer dans un tableau qui pourrait passer pour normal. Par ailleurs, l'assurée avait obtenu un score de 23 au test MMPI-2 (échelle F), alors qu'un score normal se situe entre 6 et 11.7. L'expert a expliqué ce score élevé par le fait que l'assurée avait soit répondu au hasard, soit commis des erreurs de concentration, ou alors par le fait qu'elle était victime d'une dyslexie grave. Ayant pu écarter ces hypothèses lors de l'examen clinique, l'expert a conclu à un manque de participation, à une exagération des troubles et à une résistance aux tests. Quant au fait que l'assurée ait obtenu un score de 7 sur l'échelle K du test MMPI-2 - alors que la norme se situe entre 15.75 et 23 - l'expert a considéré que cela démontrait une falsification dans un sens négatif ainsi que des défenses inadéquates et denses à la demande d'aide. En définitive, il a émis l'avis que des scores aussi perturbés au MMPI-2 permettaient de nier la dimension véridique des symptômes rapportés par l'assurée, dont il a relevé qu'elle avait obtenu un score de 21 à l'échelle 6, correspondant à des troubles de la pensée et des croyances erronées qui n'avaient pu être mises en évidence lors de l'examen clinique.

Quant au score de 36 réalisé sur l'échelle 2 (dépression) - alors que les sujets normaux présentent un score entre 18.5 et 26 -, l'expert a précisé qu'il reflétait notamment les sentiments de découragement, de pessimisme ou de désespoir caractérisant l'état clinique des dépressifs, mais qu'il fallait considérer ce type de plainte avec prudence car les personnes obtenant un score aussi élevé étaient en principe repliées sur elles-mêmes, désespérées et écrasées par la culpabilité, avec des idées de mort et de suicide, ce qui était loin d'être le cas de l'assurée, raison pour laquelle il a conclu une nouvelle fois à une exagération des plaintes symptomatiques et fonctionnelles.

c) Dans son analyse globale, le Dr N_____ a résumé que l'assurée se plaignait d'une fatigue secondaire à ses troubles auditifs. Il a émis l'avis que si l'analyse audiométrique pure corroborait cette hypothèse, en revanche, le contenu des plaintes de l'assurée sur le plan psychique était des plus surprenants. Il a estimé que l'assurée montrait de forts symptômes de surcharge psychogène et faisait de son état une description certainement beaucoup plus grave que ce qu'elle vivait quotidiennement. Le Dr N_____ a relevé la présence de phénomènes paranoïaques et légèrement hystérisiformes. Il a terminé son analyse critique comme suit:

« Si l'examen audiométrique était normal, on pourrait donc penser que l'assurée simule des troubles psychiques en dehors de sa fatigue tant les désordres rapportés sont importants et inconsistants. En fait, l'un n'empêche pas l'autre dans le sens où il existe des désordres objectifs sur le plan ORL et des éléments de surcharge sur le plan psychique".

Les diagnostics retenus ont finalement été les suivants : presbyacousie, syndrome douloureux somatoforme persistant (léger) F54.4, exagérations symptomatiques pour des motifs non médicaux Z76.2.

Il a été relevé qu'au plan strictement ORL, il n'y avait pas lieu d'espérer améliorer les facultés auditives de l'assurée, vu le potentiel évolutif de sa maladie et le fait que son appareillage était déjà optimal.

Le Dr N_____ concluait :

« Madame G_____ est donc sauvée par les examens ORL objectifs, qui, sinon, feraient conclure à des phénomènes de surcharge psychogène ».

Il a conclu à une capacité résiduelle de travail de 50% « pour de stricts motifs ORL ». Quant au début de l'incapacité de travail, il considéré qu'en l'absence d'éléments objectifs permettant de retracer l'évolution de l'atteinte à la santé, il convenait, « par mesure de compromis », de la faire remonter à l'année 2000, étant

précisé que la capacité de travail avait été réduite de 20% au moins depuis 1998 déjà.

Quant aux troubles psychiques, l'expert a émis l'opinion qu'ils n'altéraient en rien la capacité de travail de l'assurée.

9. Par courrier du 12 septembre 2004, l'assurée s'est adressée au Dr N_____, indiquant qu'elle avait l'impression de n'avoir pas suffisamment exprimé sa réalité, en insistant sur le fait qu'elle pensait souffrir d'un état dépressif aggravé par son hypoacousie. Elle a relevé qu'une activité à 50% lui permettait de bénéficier de suffisamment de repos pour faire face à ses troubles.
10. Interpellé par le médecin-conseil de l'OAI, le Dr N_____ a précisé par courrier du 18 avril 2005 qu'il évaluait la capacité de travail de l'assurée dans une activité ne nécessitant pas l'usage de l'ouïe à 100%. Le Dr O_____ quant à lui, avait estimé (cf. courrier du 7 avril 2005) que l'assurée ne pourrait exercer sa profession à plus de 50%, seule une activité s'exerçant en milieu calme voire silencieux, qui n'impliquerait pas de devoir écouter un interlocuteur, offrant la possibilité de lire sur les lèvres cas échéant, pourrait en effet être envisageable à plein temps.
11. Le dossier de l'assurée a été soumis au Dr P_____ du service médical régional AI (SMR) qui a émis en date du 27 avril 2005 l'avis que l'assurée avait conservé une pleine capacité de travail dans une activité ne nécessitant pas l'usage de l'ouïe.
12. Le 20 juin 2006, l'assurée s'est informé l'OAI que sa surdité s'aggravait, ce qui était problématique pour les cours obligatoires qu'elle devait suivre et la communication avec ses patients.
13. Le 4 octobre 2006, le Dr P_____ a relevé que l'activité professionnelle de l'assurée se déroulait en milieu calme et que ses difficultés de compréhension pouvaient être amoindries en prévenant ses interlocuteurs qu'ils devaient parler intelligiblement. Dans ces conditions, il a évalué la baisse de rendement à 10% au maximum.
14. En avril 2007, une nouvelle expertise a été demandée au Dr O_____, dans le cadre d'une demande de moyens auxiliaires. Le médecin a constaté une perte auditive de 86% à droite et de 77.7% à gauche, un seuil d'intelligibilité de 20% à droite à 100 dB et de 60% à 85 dB à gauche et a conclu à une aggravation de la perte auditive par rapport à 2004 de 19% à droite et de 12% à gauche.
15. Le 26 juin 2007, le Dr O_____ a précisé que les nouvelles prothèses fournies à l'assurée permettaient à celle-ci d'obtenir 100% d'intelligibilité à 70 dB et 90% à 65 dB. Il a ajouté que ces prothèses permettaient à l'assurée d'exercer correctement

sa profession et avaient également diminué les tensions dont elle souffrait auparavant le soir.

16. Le 9 octobre 2007, l'assurée a produit une lettre de la Caisse interprofessionnelle d'assurance vieillesse et survivants de la Fédération romande des syndicats patronaux du 1^{er} juillet 1999, indiquant que la valeur du point en physiothérapie avait fait l'objet d'une décision du Conseil fédéral, diminuant sa valeur de 1 fr. 32 à 91 centimes, soit 31% de diminution. Elle y a joint un article de journal faisant état d'une diminution de 30% dans les revenus des physiothérapeutes.
17. Le 17 mars 2008, l'Association Suisse des Assurés (ASSUAS) s'est constituée pour la défense des intérêts de l'assurée.
18. Le 5 juin 2008, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision dont il ressortait qu'il concluait à un degré d'invalidité de 9% et avait l'intention de supprimer sa rente.
19. Par courrier du 3 juillet 2008, l'assurée s'est opposée à ce projet en alléguant que sa fatigabilité ne lui permettrait pas de reprendre une activité à plein temps sous peine de voir ses troubles psychiques réapparaître.
20. Le 15 juillet 2008, l'OAI a rendu une décision aux termes de laquelle il a confirmé le droit au quart de rente qu'il avait reconnu à l'assurée par décision du 16 mars 2001 mais précisé que ce droit prendrait fin au premier jour du deuxième mois suivant la notification de sa décision. Au surplus, l'OAI a décidé qu'un éventuel recours n'aurait pas d'effet suspensif.

L'OAI a relevé que si l'assurée continuait à travailler comme sophrologue et à organiser des cours et des voyages, son handicap aurait des répercussions beaucoup plus importantes, ces activités impliquant une communication soutenue avec ses clients, mais qu'en revanche, une activité de physiothérapeute classique pour laquelle l'assurée était parfaitement formée, serait nettement plus adaptée à son problème de santé. Il a estimé que, dans cette activité, l'assurée ne subirait qu'une perte de gain de 9% insuffisante pour ouvrir droit à des prestations. Enfin, l'OAI a rappelé l'obligation incombant aux assurés de réduire le dommage.

21. Par écriture du 9 septembre 2008, l'assurée a interjeté recours auprès du Tribunal de céans. Elle dit admettre la suppression de sa rente mais demande, s'agissant de la période antérieure à septembre 2008, que cette dernière soit augmentée à une demi-rente.
22. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 17 octobre 2008, l'OAI a conclu au rejet du recours.

En substance, l'intimé fait valoir qu'une activité ne nécessitant pas l'usage de l'ouïe serait envisageable à plein temps.

23. Le 24 novembre 2008, l'assurée, soit pour elle, l'ASSUAS, a dupliqué en alléguant que le mode de calcul de son revenu relevait de l'arbitraire.
24. Dans sa réplique du 22 janvier 2009, l'intimé a persisté dans ses conclusions.
25. Par écriture du 20 septembre 2009, la recourante a une nouvelle fois contesté les conclusions de l'enquête économique et informé au surplus le Tribunal qu'elle n'était désormais plus représentée par l'ASSUAS.

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; E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA ; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI ; RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.
2. La LPGA est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 229 consid. 1.1). Les règles de procédure s'appliquent quant à elles sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 71 consid. 6b). Les modifications de la LAI relatives à la 4^{ème} et à la 5^{ème} révisions sont entrées en vigueur respectivement les 1^{er} janvier 2004 et 1^{er} janvier 2008.

Il y a cependant lieu de relever que les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi, de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3). Les dispositions de la nouvelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4^{ème} révision), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2004 (RO 2003 3852), sont régies par le même principe. S'agissant des modifications de la LAI consécutives à la 5^{ème} révision de cette loi, cette nouvelle n'a pas amené de modifications substantielles s'agissant de l'évaluation du taux d'invalidité (Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité [5^{ème} révision] du 22 juin 2005, FF 2005 4322).

En l'espèce, la décision litigieuse, datée du 15 juillet 2008, est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA ainsi qu'à l'entrée en vigueur, le 1^{er} janvier 2004 et le 1^{er} janvier 2008, des modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 et du 6 octobre 2006 (4^{ème} et 5^{ème} révisions). Cependant, les faits pertinents remontent à l'année 1999, date à laquelle la demande de prestation a été déposée par la recourante. Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à une rente d'invalidité doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et, après le 1^{er} janvier 2003, respectivement le 1^{er} janvier 2004 et le 1^{er} janvier 2008, en fonction des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 4^{ème} et la 5^{ème} révisions de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445, consid. 1).

3. Le présent recours, interjeté dans les forme et délai légaux, est recevable (art. 38 al. 3 et 56 à 61 LPGA).
4. Le litige porte sur la question de savoir quel est le degré d'invalidité qui doit être reconnu à la recourante du 1^{er} juillet 1998 au 1^{er} septembre 2008, voire au-delà.
5. En vertu de 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. Dès le 1^{er} janvier 2004, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% 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.
6. 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). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. 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 294, consid. 5a).

b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou 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 256 consid. 4; ATF 115 V 133 consid. 2).

7. a) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il convient que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3; ATF 122 V 157 consid. 1c).

b) On peut et on doit attendre d'un expert médecin, dont la mission diffère ici clairement de celle du médecin traitant, notamment qu'il procède à un examen objectif de la situation médicale de la personne expertisée, qu'il rapporte les constatations qu'il a faites de façon neutre et circonstanciée, et que les conclusions auxquelles il aboutit s'appuient sur des considérations médicales et non des jugements de valeur. D'un point de vue formel, l'expert fera preuve d'une certaine retenue dans ses propos nonobstant les controverses qui peuvent exister dans le domaine médical sur tel ou tel sujet: par exemple, s'il est tenant de théories qui ne font pas l'objet d'un consensus, il est attendu de lui qu'il le signale et en tire toutes les conséquences quant à ses conclusions. Enfin, son rapport d'expertise sera rédigé de manière sobre et libre de toute qualification dépréciante ou, au contraire, de tournures à connotation subjective, en suivant une structure logique afin que le lecteur puisse comprendre le cheminement intellectuel et scientifique à la base de l'avis qu'il exprime (ATF 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c; ATF 118 V 286 consid. 1b).

c) En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impérieux 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 du 26 juin 2003, I 671/02, consid. 4.1; ATF 125 V 352 consid. 3b/aa).

d) En matière d'expertise portant sur des troubles psychiatriques, on peut encore préciser que d'après une majorité d'auteurs, les tests psychologiques ne sont à considérer que comme un complément d'examen clinique (voir Lignes directrices de la Société suisse de psychiatrie d'assurance pour l'expertise médicale des troubles psychiques, *in* Bulletin des médecins suisses, 2004/85, n° 36, p. 1905 et ss), comme le retient le Tribunal fédéral (ATF du 6 septembre 2006, I 145/06, consid. 4.2).

8. En l'espèce, il y a lieu d'examiner à la lumière des critères rappelés ci-avant quelle valeur probante peut être reconnue à l'expertise réalisée par les Drs N_____ et O_____.

Le rapport du Dr O_____ contient une anamnèse fouillée et prend en compte les rapports médicaux établis par le passé. L'expert a également relaté les plaintes de la recourante et procédé à leur examen. Enfin, il a eu recours à divers tests audiométriques pour évaluer objectivement l'atteinte auditive.

L'expert, qui conclut à une capacité de travail de 50% eu égard au degré de gravité de la surdité de la recourante, a également pris soin de motiver son évaluation en expliquant quelles étaient concrètement les difficultés engendrées par ce handicap. Il y a dès lors lieu de reconnaître pleine valeur probante à ce rapport.

Il n'en va en revanche pas de même du rapport du Dr N_____ et ce, pour les raisons suivantes.

En premier lieu, l'expertise psychiatrique semble avoir essentiellement consisté en la passation de tests psychologiques. Cela n'est pas critiquable en soi car même si de tels tests ne sont pas indispensables à une expertise psychiatrique, ils n'en constituent pas moins des outils de diagnostic censés permettre des constats objectifs. En revanche, on comprend mal les raisons pour lesquelles l'expert, après avoir soumis l'assurée à ces tests, a ensuite décidé de ne pas tenir compte de leurs résultats. Alors même que les résultats de plusieurs de ces tests ont démontré l'existence chez l'expertisée de symptômes anxieux et dépressifs marqués, l'expert psychiatre a choisi de les ignorer systématiquement. Loin d'expliquer de manière circonstanciée les raisons qui l'amenaient à agir de la sorte, il s'est contenté d'écarter les conclusions auxquelles on pouvait aboutir au vu des résultats pour leur substituer son appréciation subjective de l'état de la recourante et ce, sous la forme d'appréciations pour le moins péremptoires.

On ajoutera que le Dr N_____ n'a ni pris connaissance du dossier médical de la recourante et ni contacté son médecin et son psychiatre traitants.

Dans de telles conditions, la motivation de la conclusion selon laquelle l'assurée disposerait d'une pleine capacité de travail sur le plan psychique apparaît pour le moins insuffisante au vu des contradictions importantes relevées entre les résultats des tests et la conviction du psychiatre.

Pour cette raison déjà, l'expertise du Dr N_____ ne saurait se voir reconnaître pleine valeur probante.

S'y ajoute le fait que le Dr N_____, après avoir relevé en page 24 de son expertise que si la recourante n'avait pas objectivement souffert d'un problème ORL, on aurait pu conclure à des phénomènes de surcharge psychogène, se contredit en concluant précisément à de tels phénomènes.

Enfin, la manière dont a été fixée le début de l'incapacité de travail par l'expert, qui, dans l'incapacité d'argumenter, a choisi de le faire remonter à l'année 2000 à titre de « compromis », n'est pas non plus satisfaisante.

Eu égard à ces carences manifestes, le rapport du Dr N_____ ne peut donc se voir reconnaître la moindre valeur probante.

9. 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 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2).

Dès lors, conformément au principe inquisitoire régissant la procédure en matière d'assurances sociales, l'administration ou le juge doit procéder à l'établissement des faits de manière complète. Ce devoir d'instruction s'étend à tous les éléments pertinents dont dépend l'issue du litige. Ainsi, l'administration est tenue d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure (ATF 117 V 282, consid. 4a; ATF 110 V 48, consid. 4a).

En l'espèce, le Tribunal de céans ne dispose pas des éléments nécessaires pour trancher. En effet, si l'on peut se fonder sur les conclusions claires du Dr O_____ pour admettre, au moment de l'expertise, une incapacité de travail à 50% du point de vue ORL, il est impossible de se déterminer sur l'existence d'une

atteinte psychique, la date à laquelle celle-ci aurait débuté et la manière dont elle aurait évolué.

Quant à la période postérieure au 1^{er} septembre 2008, si la recourante a certes admis qu'elle a bénéficié d'un appareillage permettant d'améliorer son état, elle ajoute aussi que son médecin continue de préconiser un taux d'activité réduit à 50%.

En conséquence, il n'est pas possible de se prononcer sur l'état de santé passé et actuel de la recourante de manière fiable. Ses atteintes à la santé doivent donc faire l'objet de nouvelles investigations sur le plan psychique, afin de déterminer la gravité de l'état dépressif dont elle a souffert ou souffre encore, de déterminer comment il a évolué dans le temps et quelles ont été (ou sont encore) ses répercussions sur la capacité de travail de la recourante.

Le volet ORL de l'expertise est quant à lui suffisamment documenté.

10. Il se justifie dès lors de procéder à une nouvelle expertise afin de déterminer quelle a été la capacité de travail passée et actuelle de la recourante sur le plan psychique.

Cette expertise sera confiée au Dr Q_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Préparatoirement:

2. Ordonne une expertise psychiatrique.
3. Commet à ces fins le Dr Q _____, médecin spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie à Genève.
4. Invite l'expert, après avoir pris connaissance du dossier de l'OAI et de celui versé à la présente procédure, examiné et entendu l'assurée, s'être entouré de tous les éléments utiles et avoir notamment consulté les médecins de l'intéressée (notamment le Dr O _____), à établir un rapport portant sur les points suivants :
 1. Anamnèse détaillée du cas
 2. Données subjectives et plaintes de l'assurée
 3. Constatations objectives
 4. Diagnostic(s)
 5. En cas de troubles psychiques, quel est le degré de gravité de chacun de ceux-ci (faible, moyen, grave) ?
 6. Ces troubles psychiques ont-ils valeur de maladie en tant que telle selon le DSM IV ou la CIM-10 ?
 7. Quelle a été l'évolution de l'état de santé de l'assurée dans le temps (depuis 1997) ?
 8. Les atteintes éventuelles à la santé entraînent-elles ou ont-elles entraîné par le passé (depuis 1997) une incapacité de travail et à quel taux ?
 - a) dans l'activité précédemment exercée
 - b) dans une autre activité

9. Le cas échéant, dater la survenance de l'incapacité de travail durable (diminution de 20% au moins).
10. Existe-t-il une activité adaptée aux limitations de l'assurée ? Laquelle ? Y aurait-il diminution de rendement ? Le cas échéant, à partir de quand peut-on exiger de l'assuré une telle activité ?
11. Si les troubles ont disparu, à quand remonte la guérison? S'ils sont encore présents, une amélioration ou une guérison semble-t-elle possible? Si oui, dans quelle mesure et dans quel délai?
12. Si votre diagnostic et/ou votre appréciation de la capacité de travail de l'assuré diffèrent des conclusions des autres médecins s'étant déjà exprimés (en particulier le psychiatre traitant et le Dr N_____), veuillez en expliquer les raisons.
13. Toute remarque utile et proposition de l'expert
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 ; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Yaël BENZ

Karine STECK

La secrétaire-juriste : Christine PITTELOUD

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