

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3970/2007

ATAS/308/2008

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 6

du 10 mars 2008

En la cause

Madame J_____, domiciliée à VESENAZ, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître ANDERS Michael

recourante

contre

**Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente; Teresa SOARES et Luis ARIAS, Juges
assesseurs**

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue intimé
de Lyon 97, GENEVE

EN FAIT

1. Madame J _____, de nationalité suisse, mariée le 21 décembre 1979, mère d'un enfant, est veuve depuis le 30 août 1984.
2. Entre 1979 et 1995, elle a exercé une activité d'employée de bureau et de secrétaire auprès de plusieurs employeurs.

Elle a été inscrite à l'assurance-chômage dès janvier 1995 et a travaillé en 1995-1996 et en 1998-2000 pour X _____ SA comme secrétaire, et en 1997 pour la Ville de Genève dans le cadre de mesures cantonales.

Entre mai 2001 et mai 2005, elle a bénéficié du RMCAS.

De 2003 à 2005, elle a travaillé, dans le cadre de mesures cantonales, auprès de l'Atelier d'art en matière d'animation d'activités artistiques et d'accompagnement de personnes en difficulté, puis comme employée de bureau pour la Fondation officielle de la jeunesse du 17 janvier au 31 mars 2006.

3. Du 10 au 31 janvier 2000, l'assurée a séjourné en entrée non volontaire à la Clinique psychiatrique II de Belle-Idée pour un diagnostic de manie avec symptômes psychotiques F30.2 et trait de personnalité dépendante F.69.0. Les Drs L _____ et M _____ indiquent le 17 février 2000 que la patiente présente une agitation psychomotrice, un état délirant et un risque auto-agressif. Les symptômes de la patiente avaient régressé grâce au traitement.
4. Le 12 décembre 2005, le Dr N _____, médecin-chef de clinique au CTB Jonction des HUG, a rendu un résumé d'intervention pour une prise en soins au CTB du 26 octobre au 9 décembre 2005. Il diagnostique un trouble affectif bipolaire, épisode central hypomaniaque F31.0. La patiente avait été hospitalisée à trois reprises à Belle-Idée entre 1999 et 2001. L'évolution avait été très favorable et l'assurée était suivie par le Dr O _____ dès le 9 décembre 2005.
5. Le 28 avril 2006, l'assurée a déposé une demande de prestation de l'assurance-invalidité en mentionnant des problèmes bipolaires depuis 1999.

Elle a indiqué dans le questionnaire servant à déterminer le statut de l'assuré qu'en bonne santé, elle exercerait une activité de secrétaire à 60 % depuis 2005 par besoins financiers.

6. Le 22 mai 2006, le Dr P _____, médecine générale, a rempli un rapport médical AI dans lequel il diagnostique un trouble affectif bipolaire. Il n'y avait pas d'arrêt de travail, l'assurée bénéficiant de l'aide de l'OCPA et de l'AVS.

L'état de santé était stationnaire. Il suivait l'assurée depuis le 29 janvier 1998 et le dernier examen avait eu lieu le 7 février 2006. Elle se sentait déprimée, asthénique, insomniaque, abandonnée et n'arrivait pas à surmonter le décès de son mari. Il avait constaté des absences, un manque de concentration et peu de joie de vivre. En cas d'activité à 60 %, le pronostic était favorable.

7. Le 25 mai 2006, le Dr O_____, FMH psychiatrie, a rendu un rapport médical AI dans lequel il diagnostique un trouble affectif bipolaire, épisode le plus récent hypomane F31.0 existant depuis janvier 1999 et atteste d'une incapacité de travail à 50 % dès le 14 octobre 2005, date du début de son suivi.

Elle avait subi un premier épisode dépressif du post-partum non traité à 21 ans. Elle avait dû travailler à partir des années 1990 en raison de difficultés financières de son conjoint. Après l'arrêt en 1990 de sa psychothérapie entamée en 1987, elle avait décompensé sur un mode délirant avec une forte agitation et avait été hospitalisée non volontairement à Belle-Idée du 29 janvier au 15 février 1999, puis une seconde fois en 2000, puis en juin 2002. Après le décès brusque de son mari en 2004, elle avait décompensé à nouveau en automne 2005 et avait été suivie au CTB. Elle avait pu travailler temporairement à 50 % comme secrétaire et cherchait un emploi à temps partiel.

Il mentionne :

"Elle se plaint de difficultés de concentration et d'attention lorsqu'elle travaille. Elle a aussi de la peine à s'organiser et a besoin d'un rythme de travail adapté. Elle est vulnérable au stress et s'angoisse facilement, ce qui entraîne rapidement des ruminations et des difficultés de sommeil. Elle est par moment triste en fonction des circonstances. (...) La patiente est euthymique sous son traitement actuel. Elle a par moment des difficultés de sommeil sous forme d'insomnie d'endormissement. Elle est parfois anxieuse. Sa capacité de travail à 50 % reste bonne pour autant qu'elle ne soit pas soumise à de trop fortes pressions. (...) Lorsqu'elle (est) au bénéfice d'un traitement stabilisateur de l'humeur, l'évolution est stable à moyen terme. De par sa maladie, elle reste vulnérable au stress ou à des événements de vie marquants qui peuvent relativement facilement entraîner une décompensation, jusqu'à présent sur un mode maniaque ou mixte. Le pronostic est relativement favorable pour autant qu'elle continue à prendre son traitement médicamenteux et qu'elle ne soit pas soumise à une charge de travail trop intense."

L'incapacité de travail était de 50 % et due uniquement à l'affection mentale.

8. Le 22 novembre 2006, la Dresse Q_____ du SMR a estimé que la capacité de travail était de 50 % dans toute activité depuis le 14 décembre 2005. Les limitations fonctionnelles étaient des difficultés de concentration et d'attention, rumination, trouble du sommeil et vulnérabilité au stress.

9. Un rapport d'enquête économique sur le ménage du 5 février 2007 mentionne que l'assurée dit qu'en dehors des crises, elle fonctionne normalement, sans empêchement dans le ménage et qu'elle travaille à 60 % pour des raisons financières. Lors des décompensations, elle ne peut plus du tout fonctionner dans son ménage. Compte tenu de quatre décompensations depuis 1999, d'une durée de deux à trois mois, il convenait de prendre en compte une moyenne de décompensation par année, soit un empêchement de 25 %. Elle se disait incapable de travailler à 50 % dans un milieu social en raison de la charge émotionnelle insupportable (problèmes de collègues).
10. Le 4 juillet 2007, l'OCAI a calculé un degré d'invalidité dans la sphère lucrative de 16,7 % fondé, d'une part, sur un revenu sans invalidité de 61'312 fr. à 100 % (selon les tables ESS 2004, TA7, domaine 23 autres activités commerciales et administratives de niveau 4, indexé à 2006), soit 36'787 fr. à 60 % et, d'autre part, sur un revenu d'invalidité à 50 % de 30'656 fr. fondé sur les mêmes tables ESS.
11. Par projet de décision du 5 juillet 2007, l'OCAI a refusé la demande de rente et des mesures d'ordres professionnel et de reclassement en constatant que son statut était de 60 % d'une activité professionnelle et 40 % de travaux habituels, que l'empêchement subi dans ceux-ci était de 25 %, que la perte subie dans la sphère professionnelle était de 17 %, que le degré d'invalidité total résultant des deux domaines était de deux fois 10 %, soit 20 %, insuffisant pour avoir le droit à une rente, et que la perte économique de 17 % était insuffisante pour avoir le droit à des mesures professionnelles.
12. Le 9 juillet 2007, l'assurée a écrit à l'OCAI qu'elle n'était pas malade depuis octobre 2005, mais depuis janvier 1999. L'AI n'avait pas tenu compte des avis de son médecin-traitant et de sa psychiatre qui estimaient qu'une rente partielle de l'AI était justifiée. Enfin, son salaire comme employée de bureau de janvier à mars 2006 n'avait pas été investigué.
13. Par décision du 20 septembre 2007, l'OCAI a confirmé son projet de décision.
14. Le 25 septembre 2007, le Dr R_____, médecin adjoint au CTB Jonction des HUG, a attesté que l'assurée avait bénéficié d'une prise en soins au CTB du 7 au 28 août 2007 et depuis le 24 septembre 2007.
15. Le 22 octobre 2007, l'assurée, représentée par un avocat, a recouru auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales à l'encontre de la décision de l'OCAI, en concluant à son annulation et à l'octroi de toutes les prestations découlant de la LAI avec effet au 28 avril 2006.
16. Son emploi en 2006 lui avait causé de grandes difficultés en raison de son état de santé. Depuis avril 2006, elle n'avait plus travaillé du tout. Le Dr P_____ avait rendu un dernier avis médical en mai 2006 et non pas en mai 2007, et le

Dr O _____ le 25 mai 2006. Son état de santé s'était détérioré en 2006 et 2007 en raison de décompensations en août et septembre 2007. L'enquête économique avait retenu un empêchement de 25 % sans motivation et qui tenait compte de l'aide du fils qui n'était pas permanente. Son empêchement était en réalité de 100 % et sa capacité de travail devait faire l'objet d'une nouvelle appréciation.

17. Le 21 novembre 2007, l'OCAI a conclu au rejet du recours en se fondant sur un avis de la Dresse S _____ du SMR selon lequel le certificat du Dr R _____ ne remettait pas en cause l'avis du SMR, fondé sur les avis des Drs P _____ et O _____, et ne décrivait pas une aggravation de l'état de santé. Par ailleurs, son emploi de 2006 lui avait posé problème en raison du milieu social et du contact avec les problèmes existentiels des autres personnes en détresse, mais non pas en raison du travail de secrétaire en lui-même. L'empêchement ménager de 25 % était fondé sur une décompensation par année de deux mois, ce qui était généreux dès lors que la recourante subissait en réalité une décompensation tous les deux ans. Enfin, la recourante n'avait pas besoin d'un reclassement puisqu'elle pouvait reprendre son activité antérieure.
18. Le 5 décembre 2007, la recourante a transmis un certificat médical du Dr O _____ du 30 novembre 2007 selon lequel le trouble bipolaire dont elle souffrait avait entraîné quatre hospitalisations non volontaires entre 1999 et 2007. Malgré une bonne compliance au traitement, elle avait souffert d'un grave épisode maniaque en août 2007. Le traitement avait dû être modifié. Son état psychique s'était aggravé depuis sa demande de rente en mai 2006. La nature de sa maladie qui la rendait très vulnérable au stress et la gravité des phases maniaques déclenchées par ce stress la rendaient très inapte à exercer une activité à 100 %. Ainsi, même si dans un premier temps une capacité de travail de 50 % avait pu être envisagée, ce n'était plus le cas depuis août 2007.

Par ailleurs, la recourante a indiqué que le médecin du CTB n'établissait que des certificats médicaux sur formulaire de l'AI. En conséquence, il convenait d'entendre les Drs P _____, O _____ ET R _____. Le 15 janvier 2008, elle a transmis un certificat médical de la Dresse T _____, médecin interne aux HUG, attestant que la recourante avait été suivie au CTB de la Jonction pour une décompensation maniaque d'un trouble bipolaire, puis du 25 septembre au 28 octobre 2007 dans le contexte d'un épisode mixte de son trouble bipolaire.

19. A la demande du Tribunal de céans, le Dr R _____, médecin-adjoint au service de psychiatrie adulte des HUG, a indiqué que la recourante avait séjourné du 25 septembre au 22 octobre 2007 au Centre de thérapies brèves (CTB) et avait été suivie par la Dresse T _____, médecin interne.

20. Le 10 janvier 2008, la Dresse T_____ a attesté que la recourante avait été suivie au CTB du 7 au 29 août 2007 pour une décompensation maniaque d'un trouble bipolaire, puis du 25 septembre au 18 janvier 2007 dans le contexte d'un épisode mixte de son trouble bipolaire.
21. Le 4 février 2008, le Tribunal de céans a tenu une audience de comparution personnelle des parties et d'enquête au cours de laquelle le Dr O_____ a été entendu. Celui-ci a déclaré que sa patiente souffrait d'un trouble bipolaire avec décompensations extrêmement graves. Il y avait eu une aggravation en août 2007 avec une hospitalisation en raison d'une décompensation. L'incapacité de travail était totale et durable. La patiente était très vulnérable au stress et une activité professionnelle l'exposait à un risque de grave décompensation.

La recourante a déclaré que, dans le cas où le SMR ne rejoignait pas l'avis du Dr O_____, elle souhaitait qu'une expertise judiciaire soit mise en place.
22. Le 15 février 2008, la Dresse S_____, du SMR, a estimé qu'au vu des déclarations du Dr O_____, une aggravation de l'état de santé devrait être admise et l'instruction du dossier complétée pour déterminer les répercussions de la décompensation maniaque à moyen terme.
23. Le 25 février 2008, l'OCAI a proposé que le dossier lui soit renvoyé pour procéder selon l'avis du SMR ou que l'instruction complémentaire psychiatrique soit ordonnée dans le cadre de la procédure de recours.
24. Le 3 mars 2008, la recourante a écrit qu'elle souhaitait qu'il soit procédé à une expertise judiciaire qui pourrait être confiée à un membre de l'IUML.
25. Sur quoi la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1^{er} août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales statuant conformément à l'article 56V al. 1 let. a ch. 2 LOJ en instance unique, sur les contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.
2. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (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 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). Les règles de procédure, quant à elles, s'appliquent sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

En l'espèce, la demande de prestations a été déposée le 28 avril 2006. La LGPA s'applique donc au cas d'espèces.

3. a) Le 1^{er} juillet 2006, sont entrées en vigueur les nouvelles dispositions relatives aux mesures de simplification de la procédure dans l'assurance-invalidité, adoptées le 16 décembre 2005. Celles-ci ont eu, notamment, pour effet de remplacer la procédure de l'opposition par la procédure de préavis (art. 57a al. 1 LAI), en rétablissant ainsi la situation antérieure à l'introduction de la LPGA (cf. message du Conseil fédéral du 4 mai 2005, FF 2005, p. 2899 et ss). L'art 69 al. A LAI, dans sa nouvelle teneur, prévoit que les décisions des offices AI cantonaux peuvent faire directement l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du canton de l'office qui a rendu la décision.
 - b) En l'espèce, l'OCAI a communiqué à l'assuré un projet de décision en date du 5 juillet 2007, qui a été confirmé par la décision du 20 septembre 2007, contra laquelle l'assuré a interjeté directement recours devant le Tribunal de céans le 22 octobre 2007.
 - c) Interjeté dans les formes et délais prévus par la loi, devant l'autorité compétente, le recours est en conséquence recevable (art. 56 ss LPGA).
4. L'objet du litige porte sur le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité.
 5. Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 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 (art. 7 LPGA). Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA).

-
6. a) Depuis l'entrée en vigueur, le 1^{er} janvier 2004, de la novelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4^{ème} révision) la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI est la suivante : «1. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins. La rente est échelonnée comme suit, selon le taux d'invalidité : 40 % au moins un quart, 50 % au moins une demie, 60 % au moins trois-quarts, 70 % au moins rente entière.».

Selon la lettre f des dispositions finales de la modification du 21 mars 2003, les rentes entières en cours perçues au titre d'un taux d'invalidité égal ou supérieur à 66^{2/3} % continuent d'être versées, après l'entrée en vigueur des nouvelles dispositions légales, à tous les rentiers qui, à ce moment là, ont atteint l'âge de 50 ans. Toutes les autres rentes entières perçues au titre d'une invalidité inférieure à 70 % font l'objet d'une révision dans le délai d'un an dès l'entrée en vigueur des nouvelles dispositions.

b) Selon l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente au sens de l'art. 28 LAI prend naissance au plus tôt à la date à partir de laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40 % au moins (let. a) ou à partir de laquelle il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable (let. b).

L'existence d'une incapacité de gain durable (art. 29 al. 1 let. a LAI) doit être admise lorsque l'atteinte à la santé est largement stabilisée et essentiellement irréversible et qu'elle affectera, selon toute vraisemblance, durablement la capacité de gain de l'assuré dans une mesure suffisamment grave pour justifier l'octroi d'une rente (art. 29 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 - RAI). Une atteinte originellement labile peut être considérée comme relativement stabilisée seulement lorsque son caractère a clairement évolué de manière que l'on puisse prévoir que pratiquement aucun changement notable n'interviendra dans un avenir prévisible (ATF 119 V 102 consid. 4a et les références ; VSI 1999 p. 81 consid. 1a).

7. Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, 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. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 130 V 348 consid. 3.4, 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b; jusqu'au 31 décembre 2002 : art. 28 al. 2 LAI; du 1^{er} janvier au 31 décembre 2003: art. 1 al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA; depuis le 1^{er} janvier 2004: art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du

droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue, doivent être prises en compte (ATF 129 V 223 consid. 4.1, 128 V 174).

Le revenu d'invalidé doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires (ESS) de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 126 V 78 consid. 5).

Le revenu de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la référence). Il doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires intervenue jusqu'au moment du prononcé de la décision. On ne saurait s'écarter d'un tel revenu pour le seul motif que l'assuré disposait, avant la survenance de son invalidité, de meilleures possibilités de gain que celles qu'il mettait en valeur et qui lui permettraient d'obtenir un revenu modeste (ATF 125 V 157 consid. 5c/bb et les arrêts cités); il convient toutefois de renoncer à s'y référer lorsqu'il ressort de l'ensemble des circonstances du cas que l'assuré, sans invalidité, ne se serait pas contenté d'une telle rémunération de manière durable (cf. AJP 2002 1487; RCC 1992 p. 96 consid. 4a).

- 8 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).

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. A cet égard, il importe 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. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 352 ss consid. 3).

b) 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).

c) Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

d) 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).

e) En ce qui concerne les 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc).

f) 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).

9. En l'espèce, le Dr O _____, entendu en audience, a attesté que l'état de santé de la recourante s'était aggravé dès août 2007, aggravation admise par l'intimé, lequel se fonde sur l'avis médical de la Dresse S _____ du 15 février 2008.

Il convient dans ces conditions de compléter l'instruction du dossier par le biais d'une expertise psychiatrique, afin de déterminer l'impact de l'affection psychique de la recourante sur sa capacité de travail. En conséquence, le recours sera partiellement admis, la décision litigieuse annulée et la cause renvoyée à l'intimé, suivant en cela sa proposition, afin qu'il complète l'instruction du dossier par le biais d'une expertise psychiatrique confiée à un expert indépendant. A cet égard, il convient de relever que le juge cantonal dispose d'une large liberté dans le choix des preuves qu'il entend administrer. Cette liberté est le corollaire de l'obligation à sa charge d'établir les faits déterminants pour l'issue du litige. S'agissant d'une expertise médicale, il a en principe la possibilité soit de commettre lui-même un

expert, soit de renvoyer la cause à l'administration pour qu'elle mette en œuvre l'expertise. La décision de renvoi ne doit pas se trouver en contradiction avec des pièces évidentes et concordantes du dossier ou méconnaître des preuves pertinentes et suffisantes pour trancher le litige. Un renvoi à l'administration ne saurait en effet apparaître comme le prétexte à un refus de trancher le litige au fond sur la base du dossier constitué et conduire de ce fait à un déni de justice de la part de l'autorité (cf. RAMA 1999 N° U 342 p. 410, 1993 N° U 170 p. 136, ATFA du 7 août 2003 I 656/02).

Le renvoi de la cause à l'intimé est justifié en l'espèce, en particulier dès lors que celui-ci reconnaît que l'instruction doit être complétée.

10. La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité est entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2006 (RO 2006 2003), apporte des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). En particulier, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le Tribunal de céans est désormais soumise à des frais de justice, qui doivent se situer entre 200 fr. et 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, le présent cas est soumis au nouveau droit (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).

Un émolument de 200 fr. sera mis à la charge de l'intimé et une indemnité de 1'500 fr. sera allouée à la recourante, à charge de l'intimé.

**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'OCAI du 20 septembre 2007.
4. Renvoie la cause à l'OCAI pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.
5. Condamne l'OCAI à payer 1'500 fr. à la recourante.
6. Met un émolument de 200 fr. à la charge de l'OCAI.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La Présidente

Florence SCHMUTZ

Valérie MONTANI

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