

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4060/2008

ATAS/1478/2009

**ARRET**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**Chambre 3**

**du 26 novembre 2009**

En la cause

Madame D \_\_\_\_\_, domiciliée à THÔNEX, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître QUINODOZ Raphaël

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Karine STECK, Présidente; Maria GOMEZ et Evelyne BOUCHAARA,  
Juges assesseurs**

---

## EN FAIT

1. Madame D \_\_\_\_\_, née en 1960, a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après OCAI) en date du 8 décembre 2005. Elle y explique qu'elle a travaillé depuis l'âge de 15 ans et qu'elle a successivement exercé les professions d'employée de maison, d'infirmière assistante, d'aide-comptable, de réceptionniste-standardiste, de taxatrice au Département des finances, qu'après avoir obtenu son CFC d'employée de commerce, elle a été transféré dans le service de l'Office cantonal des personnes âgées en mai 1995. Ce poste a permis de réduire le nombre d'heures de saisie et d'établissement de pièces comptables manuscrites et de diminuer les douleurs ressenties par l'assurée, qui s'étaient faites de plus en plus violentes durant les dernières années – à tel point qu'elles lui interdisaient de soulever une tasse ou de se brosser les dents - et nécessitaient de fortes doses d'anti-inflammatoires. En 1998, l'assurée explique avoir commencé à suivre une formation destinée à lui permettre d'occuper le poste de contrôleur financier auprès des différents EMS du canton, poste qu'elle n'a cependant pas obtenu, malgré la réussite de la formation. En août 2001, elle a été nommée comptable, poste dont elle a expliqué qu'il lui convenait en raison de la diversité des tâches qui lui permettait de travailler à plein temps sans aucune difficulté. L'assurée a cependant rencontré des problèmes avec son supérieur, de sorte qu'un changement de poste lui a été proposé, qui impliquait cependant une activité de saisie soutenue, de sorte que ses problèmes de tendinites ont réapparu. Des problèmes de harcèlement s'étant une nouvelle fois posé, un nouveau changement de poste a été proposé à l'assurée, qui ne s'est finalement pas confirmé. Dans sa demande de prestations, l'assurée explique qu'après trois avis de licenciement de l'État et bien des problèmes qu'elle explique en détails, son état de santé est désormais gravement atteint, si bien que, depuis mars 2004, elle se trouve en arrêt complet et sous antidépresseurs.
2. Dans un rapport adressé à l'OCAI en date du 4 janvier 2006, la Dresse L \_\_\_\_\_, spécialiste AMPP en médecine psychosomatique et spécialiste FMH en médecine générale, retient les diagnostics d'épuisement suite à un surmenage professionnel, de tendinites bilatérales des poignets depuis 1996, et d'état dépressivo-anxieux réactionnel à un mobbing depuis 2003. Le médecin conclut à une première incapacité totale de travailler du 15 mars au 31 décembre 2004, puis à une seconde, à compter du 1er juin 2005. Le médecin explique qu'après cinq années de mobbing, sa patiente est arrivée au bout de sa résistance psychologique et ne peut plus continuer d'occuper son poste. Elle ajoute que, dans la mesure où ses poignets sont également touchés, sa patiente ne peut plus reprendre l'activité d'infirmière assistante mais souhaite néanmoins reprendre une activité professionnelle, raison pour laquelle son médecin a préconisé un reclassement.

3. Dans un rapport du 17 février 2006, la Dresse M \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale, a quant à elle retenu les diagnostics d'état dépressif suite à un mobbing depuis la fin de l'année 2002, d'épicondylite et d'épinochléite droites et de syndrome du canal carpien à gauche et à droite. Elle a conclu à une incapacité totale de travail depuis le 10 mars 2004 mais précisé que, dans un autre poste que celui occupé jusqu'alors c'est-à-dire dans la même activité mais auprès d'un autre employeur, la capacité de travail de sa patiente serait totale.
4. Par décision du 4 juillet 2007, l'OCAI a octroyé à l'assurée une rente entière limitée à la période du 1er juin au 31 octobre 2006. L'OCAI a en effet considéré que l'assurée avait été dans l'incapacité totale de travailler du 1er juin 2005 au 6 août 2006 mais qu'à compter du 7 août 2006, elle avait retrouvé une capacité totale à exercer son activité précédente à condition d'éviter les mouvements répétitifs des poignets et de changer d'employeur.
5. Le 25 juillet 2007, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations, dans laquelle elle précisait :

« J'ai pris contact avec l'office et Mme E \_\_\_\_\_ m'a indiqué que, vu l'évolution de ma situation, je devais déposer une nouvelle demande. »

Pour le surplus, l'assurée indiquait être sous antidépresseurs depuis le mois de mars 2004, ajoutait que sa situation n'avait fait que se péjorer depuis plus de 6 ans, qu'elle n'avait plus la force de se battre et qu'elle demandait donc « une reconsidération médicale de son dossier ».

L'assurée a par la suite transmis à l'OCAI un certificat médical établi le 30 août 2007 par la Dresse L \_\_\_\_\_ dont il ressort que son état psychique et physique s'aggrave malgré les médicaments et la psychothérapie de soutien, qu'elle continue de souffrir de tendinites au niveau des membres supérieurs et que, sur le plan psychique, elle présente un état de dépression grave avec sentiment de perte de contrôle, accès d'angoisse intense, sentiment de « déréalisation » et souffre d'états de dissociation durant lesquels elle perd toutes ses capacités de concentration et n'est même plus en mesure de répondre à une question simple. Le médecin en tire la conclusion que cette aggravation psychique met sa patiente dans l'incapacité totale d'exercer son activité, laquelle nécessite une bonne concentration, et qu'il lui est par ailleurs impossible de manier la souris d'ordinateur toute la journée.

6. Le dossier de l'assurée a été soumis au Dr N \_\_\_\_\_, du Service médical régional de l'AI (SMR), qui a noté que l'atteinte psychiatrique évoquée par la Dresse O \_\_\_\_\_ pourrait évoquer un trouble panique, diagnostic non retenu jusqu'alors. Il en a tiré la conclusion que l'assurée avait rendu l'aggravation de son état de santé plausible.
7. Le 27 novembre 2007, la Dresse P \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, a indiqué à l'OCAI qu'elle avait eu l'occasion de voir

l'assurée à deux reprises, en septembre et novembre 2007, et que cette dernière lui semblait se trouver dans une problématique psychiatrique préoccupante, probablement non compensée, qu'il a préconisé d'investiguer rapidement.

Sur le plan physique, le médecin a fait état d'un discret trouble statique rachidien, assorti d'atteintes dégénératives très débutantes sans répercussion sur la capacité de travail, d'une chondropathie rotulienne, d'un syndrome d'épicondylite-épitrochléite du coude droit, d'une périarthropathie de l'épaule gauche, d'une hypoacousie modérée n'entravant ni le discours ni la voix ni la conversation.

8. Interrogée par l'OCAI, la Dresse L\_\_\_\_\_, dans un rapport du 3 décembre 2007, a retenu les diagnostics d'état dépressivo-anxieux depuis 1996, d'attaques de panique, et d'états de dissociation avec amnésie circonstancielle depuis 2006. Elle a confirmé les périodes d'incapacité de travail mentionnées dans son rapport précédent, précisant que plusieurs reprises temporaires avaient été tentées, qui s'étaient soldées par des échecs. Le médecin a réservé son pronostic, indiquant que la situation physique et psychique de sa patiente s'était encore aggravée, de sorte qu'il n'était plus possible d'envisager une reprise du travail et que l'incapacité était désormais totale, quelle que soit l'activité envisagée.
9. La Dresse M\_\_\_\_\_ a également établi un nouveau rapport médical en date du 9 février 2008 dans lequel elle a retenu les diagnostics d'hernie discale C6-C7 et de syndrome du tunnel carpien bilatéral. Elle y a ajouté ceux d'état dépressif grave, de synovite, de tendinite du sus-épineux de l'épaule gauche, et d'épicondylite. Ce médecin fait lui aussi état d'une aggravation de l'état dépressif, avec perte totale de l'estime de soi, trouble majeur de la concentration, sentiment de perte de contrôle, épisodes de déréalisation et état de dissociation, épisodes d'agoraphobie.
10. L'assurée a été adressée pour une expertise bi-disciplinaire au centre d'expertise médicale de Nyon (CEMED). L'examen a été pratiqué par le Dr Q\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et par la Dresse R\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie.

Sur le plan psychique, il a été relaté que l'assurée se plaignait essentiellement de troubles de la concentration, de l'attention et de la mémoire, de fatigue, de ruminations, d'épisodes d'anxiété paroxystique sans agoraphobie, de difficultés à s'affirmer, d'une tristesse sévère, d'une diminution de la capacité à éprouver du plaisir, d'un sentiment de culpabilité de dévalorisation, d'un manque de confiance en soi et d'idées noires.

Globalement, l'expert a jugé que les plaintes subjectives étaient plus importantes que les constatations objectives.

Il a retenu le diagnostic de dysthymie entrant dans le cadre d'un trouble de l'adaptation avec une réaction dépressive prolongée au-delà de 2 ans. Le

Dr Q\_\_\_\_\_ a considéré qu'il était probable que le tableau clinique ait atteint le seuil d'un épisode dépressif par le passé, à partir de mars 2004, mais a constaté que ce n'était désormais plus le cas.

De la même manière, il a considéré que si l'assurée avait présenté un trouble anxieux avec un trouble panique assez sévère deux ans plus tôt, elle arrivait désormais en partie à atténuer ses épisodes d'anxiété paroxystiques en prenant un traitement homéopathique. Le diagnostic de personnalité anankastique avec traits dépendants a été retenu.

La présence d'éléments suggérant un syndrome douloureux somatoforme persistant a été mentionnée mais le diagnostic écarté en raison du fait que les douleurs ne constituaient pas la plainte principale.

Le Dr Q\_\_\_\_\_ a estimé que les troubles de la concentration et de la mémoire représentaient des limitations fonctionnelles dans une activité de comptable mais a relevé que, dans un passé récent, l'assurée avait pu exercer à nouveau cette activité sans problème particulier. Il en a tiré la conclusion que ces troubles cognitifs n'étaient donc pas sévères mais qu'ils pourraient être responsables d'une diminution de rendement de 20% sur une journée de travail de 8h. Il a cependant ajouté que, selon lui, c'était essentiellement l'incapacité à retrouver un travail qui alimentait la dysthymie, de sorte que l'on pouvait penser que si l'assurée retrouvait un poste, son état clinique s'améliorerait très rapidement.

En conclusion, l'expert psychiatre a retenu une dysthymie, un trouble panique et une personnalité anankastique responsables d'une diminution de rendement de 20% de façon transitoire et ne modifiant pas globalement la capacité de travail à moyen terme. Il a été reconnu que l'incapacité de travail avait été totale de mars 2004 à août 2006.

Sur le plan somatique, ont été retenus les diagnostics d'épicondylite droite chronique, de tendinopathie du sus-épineux de l'épaule gauche et de tunnel carpien bilatéral prédominant à gauche. Il a été préconisé d'éviter les mouvements répétitifs des membres supérieurs, l'usage exclusif de la souris d'ordinateur et le port de charges répétées. Sur un plan strictement physique, la Dresse R\_\_\_\_\_ - a jugé que l'assurée pouvait effectuer toute activité légère de bureau variée n'impliquant pas de travaux répétitifs.

11. Le 9 juillet 2008, un projet de décision a été adressé à l'assurée dont il ressortait que l'OCAI se proposait de rejeter sa nouvelle demande de prestations au motif qu'elle avait recouvré une capacité totale de travail dans son activité précédente depuis le 7 août 2006.
12. Par courrier du 3 septembre 2008, l'assurée a fait part de son désaccord avec ce projet. Avec l'aide de la Dresse L\_\_\_\_\_, elle a rédigé un document duquel il

ressort notamment que selon ce médecin, elle souffre d'un état dépressif sévère, que ses crises d'angoisses sont de plus en plus fréquentes et de plus en plus longues, et qu'elle rencontre de sérieux problèmes de concentration. L'assurée s'est étonnée que, malgré la liste des symptômes psychologiques retenus, le diagnostic de dépression ne le soit pas.

13. Ces objections ont été soumises au Dr N\_\_\_\_\_, du SMR, qui, dans un avis du 17 septembre 2008, les a écartées. Il a estimé en substance que l'expertise psychiatrique du Dr Q\_\_\_\_\_ était détaillée et que le rapport de la Dresse M\_\_\_\_\_, dont il a souligné qu'elle n'était pas psychiatre, faisait simplement une appréciation différente de la même situation. Il a ajouté qu'aucun élément objectif ne venait corroborer les dires de l'assurée et en a tiré la conclusion que l'expertise du CEMED, convaincante et démontrant une connaissance approfondie du dossier, devait se voir reconnaître pleine valeur probante.
14. Par décision du 6 octobre 2008, l'OCAI a rejeté la nouvelle demande de l'assurée. Se référant au rapport d'expertise, l'OCAI a considéré que la situation médicale de l'intéressée ne s'était pas modifiée de manière à influencer son droit.
15. Par écriture du 7 novembre 2008, l'assurée a interjeté recours auprès du Tribunal de céans en demandant préalablement la mise sur pied d'une nouvelle expertise multidisciplinaire et, principalement, l'octroi d'une rente entière à compter du 7 août 2006.

L'assurée allègue que son état de santé s'est gravement péjoré depuis le début de l'année 2007. Elle conteste toute valeur probante à l'expertise bi-disciplinaire sur laquelle s'est fondé l'OCAI pour rendre sa décision, expertise à laquelle elle reproche d'être lacunaire et contradictoire.

La recourante remarque, en premier lieu, que les experts sont parvenus à la conclusion qu'elle était principalement limitée dans les mouvements des membres supérieurs dans le cadre d'activités très répétitives de type classement, archivage ou utilisation continue de l'ordinateur, et qu'elle souffrait par ailleurs de troubles de la concentration et de la mémoire. Elle fait remarquer que cette description ne correspond en aucun cas à son activité de secrétaire-comptable qui consiste précisément à s'occuper d'archivage avec classement, tri et manipulation de dossiers et classeurs. Elle ajoute qu'aucune entreprise n'engagera jamais une personne en tant que comptable ou même simple employée de bureau si elle est limitée dans les mouvements des membres supérieurs, ne peut procéder ni à des travaux de classement, ni à des travaux d'archivage, ne peut utiliser d'ordinateur de manière continue et que cette personne souffre au surplus de troubles de la concentration et de la mémoire qui entraîneront une diminution de rendement. La recourante en tire la conclusion que les conclusions de l'expertise sont arbitraires et irréalistes.

Par ailleurs, elle fait grief à ce rapport de ne pas avoir pris en compte l'avis de la Dresse L\_\_\_\_\_ ni son dossier radiologique. Elle s'étonne que, dans ces conditions, le rhumatologue ait pu évaluer son état de santé.

La recourante souligne que l'expertise ne se prononce aucunement sur d'éventuelles mesures de réadaptation alors même que la mission d'expertise comportait expressément cette question

La recourante ajoute que s'il a été effectivement relevé dans l'expertise que la fréquence de suicides dans sa famille était augmenté (cela concerne son grand-père, un oncle, une tante et un cousin), il n'avait été tiré aucune conclusion de cet aspect très traumatisant.

Elle reproche encore aux experts d'avoir conclu que l'épicondylite droite chronique, la tendinopathie sus-épineuse de l'épaule gauche, et le tunnel carpien bilatéral dont elle est affectée n'ont aucune répercussion sur sa capacité de travail.

La recourante souligne qu'elle a cherché par ses propres moyens à se réintégrer sur le marché du travail et qu'elle a déjà tenté de reprendre son ancien poste au début de l'année 2007 mais qu'elle a renoncé après quelques jours, les problèmes de tendinite étant revenus en force et les douleurs dans ses doigts ayant augmenté de telle manière que même les tâches quotidiennes lui étaient devenues impossibles, ce que les experts avaient d'ailleurs admis puisqu'ils avaient considéré que cette reprise du travail avait déclenché et aggravé les différentes symptomatologies.

Enfin, la recourante reproche aux experts d'avoir méconnu sa pathologie psychique.

16. Invité à se déterminer, l'OCAI, dans sa réponse du 8 janvier 2009, a conclu au rejet du recours.

L'intimé relève que la recourante conteste l'appréciation médicale des experts en se basant sur l'avis de ses médecins traitants. Il lui reproche de sortir des passages du rapport d'expertise de leur contexte et de les dénaturer.

L'intimé soutient que les experts ont eu en leur possession l'ensemble du dossier médical et que, contrairement aux allégations de la recourante, il ressort clairement du rapport d'expertise qu'ils ont eu connaissance de son dossier radiologique. Par ailleurs, ils ont répondu aux questions concernant la réadaptation professionnelle.

Quant à l'accident de moto survenu le 29 octobre 2008, soit après la notification de la décision, il ne saurait que faire l'objet d'une nouvelle demande de prestations.

17. Dans sa réplique du 12 février 2009, la recourante a repris en substance les arguments déjà développés dans son recours et souligne que les experts se sont contentés d'examiner des rapports relatifs aux radiographies et non les radiographies elles-mêmes. Quant aux mesures de réadaptation professionnelle, ils

se sont contentés de répondre : "Pas d'indication à de telles mesures". Enfin, elle se penche sur les conséquences de l'accident survenu le 29 octobre 2008.

18. Dans sa duplique du 11 mars 2009, l'intimé a maintenu sa position. Il souligne que le fait que les experts n'aboutissent pas aux mêmes conclusions que les médecins traitants ou que la recourante elle-même n'est pas susceptible de remettre en cause la valeur probante de leur rapport, d'autant que la recourante ne conteste pas les conclusions des rapports relatifs aux radiographies. Quant aux mesures de réadaptation demandées, l'intimé estime que la recourante dispose de toutes les connaissances requises pour se réinsérer dans son domaine d'activité. Enfin, il répète que les conséquences de l'accident survenu postérieurement à la décision litigieuse sortent du cadre de l'objet du litige.
19. Entendu par le Tribunal en date du 4 juin 2009, le Dr Q\_\_\_\_\_, sur question, a indiqué ne pas se souvenir si la question de la perte d'un enfant avait été évoquée ou non avec la patiente mais a constaté que cela ne ressortait en tout cas pas de l'anamnèse.

Il a expliqué que la « dépersonnalisation » évoquée en page 11 de son rapport faisait partie des plaintes rapportées par la patiente mais qu'il ne l'avait pour sa part pas objectivée. Selon le témoin, on entend par là « une moindre perception de l'état de conscience qui peut survenir lors d'états d'angoisse très marqués ». Le témoin a précisé que si l'assurée s'était certes montrée angoissée durant l'examen, il n'avait pu constater de tels phénomènes.

Pour répondre à une question, le témoin a précisé que le CIPRALEX se prescrit en cas de troubles de l'humeur (dépression, dysthymie, cyclothymie) ou encore de troubles anxieux.

Le témoin a expliqué que, pour conclure que les douleurs étaient d'intensité de 8/10, fluctuant entre 7,5 et 9,5/10, il s'est basé sur les réponses de l'assurée à ses questions. Les consignes sont précises s'agissant de l'évaluation de la douleur : 0/10 est égal à l'absence totale de douleur et 10/10 correspond à la pire douleur que l'on puisse imaginer.

Le témoin a encore précisé la différence entre « idées noires » et « idées suicidaires », expliquant que, dans le premier cas, la mort laisse le patient indifférent mais qu'il n'y a pas volonté active de se donner la mort.

Le témoin a reconnu que l'anamnèse de l'assurée fait état de nombreux suicides dans sa famille. Il a ajouté que cela ne signifie pas pour autant qu'elle présente elle-même une propension à ce type d'acte. Si l'on peut raisonnablement penser que cela augmente le risque, en l'absence de tentative de l'assurée, on ne peut en tirer une conclusion quelconque.

Le Dr Q\_\_\_\_\_ a indiqué que le comportement para-suicidaire auquel il faisait allusion dans son rapport pouvait se manifester par exemple par des excès de vitesse et se trouvait à mi-chemin entre idées noires et idées suicidaires, en ce sens que s'il n'y a pas de véritable intention de se donner la mort, la prise de risque laisse le patient indifférent.

Le témoin a dit n'avoir observé quant à lui aucun trouble cognitif mais ajoute qu'il lui a semblé plus rigoureux d'en tenir compte dans la mesure où la recourante y avait souvent fait allusion, raison pour laquelle il avait finalement admis leur existence mais conclu qu'ils n'étaient pas sévères. Selon le témoin, ces troubles sont évalués a priori par la manière dont se déroule l'entretien, notamment la manière dont le patient participe à l'établissement de l'anamnèse et décrit les événements de sa vie. Dans ce cadre, il n'a pas pu constater de trouble manifeste, raison pour laquelle il n'a pas ordonné d'examen neuropsychologique complémentaire.

S'agissant des fréquentes digressions évoquées en page 23 du rapport d'expertise, le témoin a indiqué qu'elles consistaient en une propension à s'écarter du sujet et qu'il s'agit souvent du reflet d'un état d'angoisse.

Concernant le fait que les troubles de la concentration et de la mémoire constituent des limitations fonctionnelles dans l'activité de comptable, le témoin a expliqué qu'il s'agissait-là d'une appréciation personnelle de sa part par rapport à ce qu'une telle activité implique, bien qu'il n'ait personnellement constaté aucun trouble de la concentration ou de la mémoire et n'ait introduit cet élément que pour tenir compte des plaintes de la patiente.

Le témoin a ensuite indiqué que les épisodes d'anxiété paroxystique auxquels il avait fait allusion peuvent également être qualifiés de crises d'angoisse. Celles-ci se manifestent par la survenue brutale d'une anxiété se traduisant physiquement par une augmentation du rythme cardiaque ou de la respiration, des nausées, ou encore une augmentation de la transpiration. Cela se réfère directement au diagnostic de trouble panique retenu dans le cas de la recourante. Selon Dr Q\_\_\_\_\_, un trouble panique peut, dans certaines conditions, se révéler extrêmement handicapant. C'est notamment le cas lorsqu'il est accompagné d'agoraphobie. Tel n'est cependant pas le cas de l'assurée, qui, au surplus, a indiqué avoir trouvé un certain nombre de moyens pour faire face à ces crises (prise de médicaments homéopathique, rationalisation) et dont les crises durent d'ailleurs rarement plus de 5 à 10 minutes.

Questionné sur son pronostic, le Dr Q\_\_\_\_\_ a relevé plusieurs éléments positifs : le fait que les critères d'un épisode dépressif majeur ne soient plus réunis, que la patiente ait trouvé des moyens d'atténuer ses crises et qu'elle dispose

également de bonnes facultés intellectuelles. En revanche, il a noté que le fait qu'un fond dépressif subsiste était plutôt négatif.

Du point de vue strictement médical, le Dr Q\_\_\_\_\_ a réaffirmé qu'il ne voyait rien qui empêche l'assurée d'exercer une activité de comptable.

S'agissant de la diminution de rendement de 20% finalement retenue, il a expliqué qu'il s'agissait-là d'une appréciation globale, pour tenir compte de l'effet cumulatif des trois diagnostics posés, mais également des plaintes de la patiente, bien qu'il n'ait pu les objectiver.

Quant à la diminution transitoire de la capacité de travail de la recourante (conclusion 2.4 du rapport), le Dr Q\_\_\_\_\_ s'est référé aux explications données dans son rapport : selon lui, si l'assurée retrouve un poste de travail, son état s'améliorera rapidement car c'est le fait d'être inactive qui l'angoisse. Le témoin a dit avoir d'ailleurs fait part de cet avis à la recourante, qui a alors affirmé le partager.

20. Également entendue par le Tribunal ce jour-là, la Dresse R\_\_\_\_\_ a confirmé n'avoir pas eu les radiographies à disposition et s'être simplement basée sur les descriptions de celles-ci. Le médecin a toutefois précisé qu'elle ne pensait pas que cela porte à conséquence, dans la mesure où le diagnostic de tunnel carpien est un diagnostic que l'on pose sur la base d'un EMG et non de radios. Quant à la hernie discale cervicale, l'EMG avait montré qu'il n'y avait pas de compression radiculaire, de sorte que la description des radios suffisait également. Enfin, s'agissant de l'échographie, le médecin a expliqué que l'on ne peut tirer de conclusion de simples radiographies statiques et qu'il convient d'interpréter l'examen de manière dynamique, raison pour laquelle il est préférable de se référer à l'interprétation de l'examineur.

S'agissant du rapport de la Dresse M\_\_\_\_\_ du 9 février 2008, le témoin a admis n'avoir pas repris tous les diagnostics dans la partie « résumé » de son rapport. Elle a expliqué qu'elle laisse le soin à quelqu'un d'autre de rédiger cette partie, de sorte qu'elle ignore pourquoi certains diagnostics ont été omis mais a assuré que, dans le cadre de l'examen, elle-même les a tous pris en compte et fait remarquer qu'elle les a d'ailleurs discutés dans la suite de son rapport.

La Dresse R\_\_\_\_\_ a précisé qu'elle ne nie pas l'existence de la hernie discale mais a considéré que cette dernière était sans relation avec les symptômes décrits, vu l'absence de compression révélée par l'EMG. A titre d'exemple, le médecin a indiqué que 25% de la population asymptomatique présente en réalité une hernie discale ; cela démontre que la présence d'une telle hernie n'entraîne pas obligatoirement des symptômes. Dans le cas de la recourante, l'EMG a montré qu'il n'y avait pas de compression du nerf, et donc pas de souffrance de ce dernier. Ce

sont les neurologues qui sont chargés de cet examen. En l'occurrence, elle-même s'est basée sur le rapport d'octobre 2007.

Le témoin a confirmé que la recourante doit éviter les mouvements répétés. S'agissant plus particulièrement de l'activité d'archivage, celle-ci peut entrer en ligne de compte à condition d'être limitée dans le temps car l'assurée ne peut y consacrer tout son temps et sur une longue période sans aggravation de son état.

Le témoin a par ailleurs expliqué que, s'agissant de la recourante, les tests des différents muscles sont difficilement interprétables en raison des douleurs : il est en effet difficile d'objectiver la force musculaire lorsque l'on ignore si les lâchages sont dus aux douleurs ou à une tendinite, par exemple. Il s'agit donc d'une simple constatation s'agissant de l'interprétation des résultats de ce test. C'est la raison pour laquelle l'examen clinique n'a pas permis de mettre en évidence une limitation objective de la mobilité. En revanche, l'échographie a montré une tendinopathie en raison de laquelle il convient d'admettre une limitation s'agissant des mouvements répétés des membres supérieurs au-dessus de l'horizontale, principalement.

Selon la Dresse R\_\_\_\_\_, au moment de l'expertise, objectivement, la capacité de travail de la patiente était de 100% dans son activité de comptable, à condition que cette dernière ne soit pas cantonnée aux tâches répétitives (archivage toute la journée). Cette capacité serait encore facilitée par une prise en charge optimale. Elle a exprimé l'avis qu'une activité de bureau variée devrait être envisageable. Elle a préconisé qu'une activité à l'ordinateur puisse par exemple être alternée avec des activités telles que consultation de dossiers, téléphone, ou classement.

S'agissant des mesures médicales préconisées, à savoir un renforcement de la ceinture scapulaire, le témoin a expliqué qu'il s'agit de mesures de physiothérapie spécifiques permettant de renforcer certains muscles des épaules pour soulager la tendinite. Ces exercices se pratiquent à raison d'une à deux fois par semaine, avec en plus des exercices spécifiques à faire chez soi.

21. La recourante a quant à elle expliqué que son activité de comptable impliquait d'enchaîner travail à l'ordinateur, classement, traitement des dossiers, et organisation des données. Lorsqu'elle a commencé son travail, elle a d'abord été cantonnée à la saisie de données et à l'archivage, mais cela a ensuite évolué au fil de sa progression et elle a ensuite eu l'occasion de traiter des dossiers. Elle s'orientait vers l'analyse de gestion, activité qui lui permettrait d'éviter les travaux répétitifs, mais qui lui est en revanche particulièrement difficile en raison de ses problèmes de concentration.

A l'heure actuelle, la recourante se dit surtout limitée par **les crises de panique**, lesquelles peuvent se manifester jusqu'à quatre fois par jour, de manière incontrôlable, n'importe où et n'importe quand. A cet égard, elle dit avoir le

sentiment que la situation s'aggrave depuis l'été 2008. Elle ajoute que si l'homéopathie permet d'atténuer un peu les effets d'une crise, mais non de la stopper. Par ailleurs, ces crises se prolongent par des maux de tête, de sorte que la recourante doit ensuite s'allonger et rester tranquille en attendant qu'ils passent.

La recourante ajoute que, dernièrement, des idées suicidaires lui sont venues et qu'elle ne s'explique d'ailleurs pas pourquoi elle n'est pas passée à l'acte. Elle est suivie par la Dresse S \_\_\_\_\_, à raison d'une fois tous les quinze jours, voire une fois par semaine durant les périodes difficiles, et prend deux à trois antidépresseurs par jour. Elle explique avoir dû aménager ses activités quotidiennes, par exemple en les fractionnant en plusieurs petites étapes, et éviter de porter des charges qui pourraient lui échapper (elle se contente ainsi de faire glisser les casseroles, plutôt que de les soulever).

22. Dans ses écritures après enquêtes du 10 juillet 2009, la recourante a persisté intégralement dans ses conclusions.

Elle reproche au Dr Q \_\_\_\_\_ d'avoir négligé les symptômes qu'elle lui a décrits sous prétexte qu'il n'a pu les objectiver lors de son examen alors même qu'il ne l'a reçue qu'à une seule occasion. Elle souligne que les diagnostics retenus par le Dr Q \_\_\_\_\_ divergent sensiblement de ceux retenus par les Dresses M \_\_\_\_\_, P \_\_\_\_\_ et L \_\_\_\_\_, médecins qui l'ont suivie durant une longue période.

Elle reproche en second lieu au Dr Q \_\_\_\_\_ d'avoir minimisé l'effet handicapant des crises de panique dont elle souffre au prétexte qu'elle aurait trouvé un certain nombre de moyens pour y faire face. Elle soutient qu'il n'est pas admissible de conditionner une capacité de travailler de 100% à la prise de forts médicaments. Elle ajoute que les crises de panique deviennent de plus en plus fréquentes et invalidantes et que rien ne permet d'en éviter la survenue.

Enfin, la recourante reproche au Dr Q \_\_\_\_\_ de considérer que la diminution de rendement de 20% motivée par ses troubles cognitifs serait que transitoire car, ce faisant, il a anticipé une éventuelle amélioration future de son état de santé, ce qu'elle estime ne pas être admissible non plus.

Quant à la Dresse R \_\_\_\_\_, la recourante lui reproche d'être incapable de décrire en quoi pourrait consister une activité de bureau adaptée à son état.

Par ailleurs, la recourante continue à soutenir qu'en raison du fait que ce médecin n'a pas eu connaissance de son dossier radiologique, ses conclusions ne peuvent se voir reconnaître de valeur probante car se baser sur les descriptions de ces examens ne sauraient suffire.

Elle ajoute que dans son rapport, la rhumatologue (p. 22) a subordonné la capacité de travail de 100% à la condition qu'une prise en charge thérapeutique plus active améliore les symptômes et s'étonne dès lors que, dans ses conclusions finales, l'expert ne fasse plus mention de cette condition.

La recourante soutient que l'expertise est lacunaire en ce sens qu'une appréciation globale de l'influence de ses diverses pathologies, psychiatriques et somatiques, prises dans leur ensemble, fait défaut.

Enfin, elle se réfère à la jurisprudence du Tribunal fédéral selon laquelle on ne peut parler d'une activité exigible lorsque celle-ci ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché du travail, ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes. La recourante estime en effet que tel est le cas en l'espèce car elle n'est pas en mesure d'offrir ce qu'un employeur serait en droit d'attendre d'une comptable.

23. Quant à l'intimé, dans son écriture du 10 juillet 2009, il a également maintenu ses conclusions. Il soutient que les experts ont eu l'occasion de répondre de façon détaillée aux dernières interrogations de la recourante et que leurs explications viennent encore étayer le rapport d'expertise, dont il estime qu'il doit se voir reconnaître pleine valeur probante. L'intimé ajoute que selon le curriculum vitae de la recourante, cette dernière a exercé des activités de comptable avec un cahier des charges varié comprenant notamment l'accueil, la formation de collaborateurs, la diffusion d'informations, la vérification de factures et des contacts téléphoniques. Il en tire la conclusion que les postes occupés par l'assurée sont tout à fait adaptés à son état de santé et qu'elle dispose au surplus de plusieurs formations qui lui permettront de reprendre une activité professionnelle en adéquation avec cet état.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (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).

En dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

La compétence du Tribunal de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. La LPGA est entrée en vigueur le 1er 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 sur opposition litigieuse (ATF 129 V 1, consid. 1; ATF 127 V 467, consid. 1 et les références). C'est ainsi que lorsque l'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 est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA ainsi qu'à l'entrée en vigueur, le 1er janvier 2004, des modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4ème 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 4ème révision de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329).

Par ailleurs, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité 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).

3. Interjeté dans les forme et délai légaux (art. 56 à 60 LPGA), le recours est recevable.
4. Il convient en premier lieu de relever que, contrairement à ce que prétend l'intimé, on ne se trouve pas ici dans le cadre d'une nouvelle demande mais bien d'un recours contre la décision prise en date du 4 juillet 2007, dont on peut considérer qu'elle a été confirmée par celle du 6 octobre 2008 en ce qu'elle refusait d'allouer à l'assurée des prestations au-delà du 31 octobre 2006. En effet, force est de constater que la « nouvelle demande » du 25 juillet 2007 a été déposée dans le délai de recours de trente jours ouvert contre la décision du 4 juillet 2007. Or, l'assurée y indique que c'est sur le conseil d'une collaboratrice de l'OCAI, contactée par téléphone, qu'elle dépose cette « nouvelle demande ». Il n'en demeure pas moins que l'assurée conteste en réalité le fait de ne s'être pas vu accorder de prestations au-delà du 31 octobre 2006 au motif que son état de s'est pas amélioré. Ainsi qu'elle le dit expressément, elle demande la « reconsidération médicale de son dossier ». L'intimé aurait donc dû transférer cette écriture au Tribunal de céans comme objet de sa compétence.

Il résulte de ces considérations que l'aggravation alléguée par la recourante pourra, cas échéant, être prise en considération même s'il s'avère qu'elle est antérieure à la décision du 4 juillet 2007, celle-ci ne pouvant être considérée comme entrée en force.

5. Est donc litigieuse en l'espèce la question de savoir si les atteintes à la santé de la recourante entraînent une perte de gain susceptible de lui ouvrir droit à des prestations de l'assurance-invalidité au-delà du 31 octobre 2006.
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). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA).

Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a; 105 V 207 consid. 2). Ainsi le taux d'invalidité ne se confond pas nécessairement avec le taux d'incapacité fonctionnelle déterminé par le médecin; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a).

b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu 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 et les références).

c) 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 est 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 du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 122 V 160 consid. 1c et les références). L'élément déterminant pour la valeur probante n'est en principe ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation, sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 122 V 160 consid. 1c; Omlin, Die Invaliditätsbemessung in der obligatorischen Unfallversicherung p. 297ss.; Morger, Unfallmedizinische Begutachtung in der SUVA, in Revue Suisse des assurances sociales [RSAS] 32/1988 p. 332ss.).

d) Au sujet des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATFA du 14 avril 2003, en la cause I 39/03, consid. 3.2, ATF 124 I 175 consid. 4 et les références citées; Plaidoyer 6/94 p. 67). Il n'a pas, d'emblée, de raison de mettre en doute la capacité alléguée par son patient, surtout dans une situation d'évaluation difficile. En principe, il fait donc confiance à son patient, ce qui est souhaitable, et ne fait donc pas toujours preuve de l'objectivité nécessaire, guidé qu'il est par le souci, louable en soi, d'être le plus utile possible à son patient. Les constatations du médecin de famille quant à l'appréciation de l'incapacité de travail de l'assuré ont ainsi une valeur probante inférieure à celles des spécialistes (RCC 1988 p. 504). La règle est d'ailleurs qu'il se récuse pour l'expertise de ses propres patients (VSI 2001, 109 consid. 3b/cc; RCC 1988 p. 504 consid. 2). L'expert est dans une position différente puisqu'il n'a pas un mandat de soins, mais un mandat d'expertise en réponse à des questions posées par des tiers. Il tient compte des affirmations du patient. Il doit parfois s'écarter de l'appréciation plus subjective du médecin traitant.

e) Quant aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs, le juge peut leur accorder pleine valeur probante aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet 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. Étant 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).

7. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA.

Parmi les atteintes à la santé psychique pouvant provoquer une telle invalidité, il faut mentionner - outre les affections mentales proprement dites - les anomalies psychiques équivalant à des maladies, étant précisé que l'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 définie aussi objectivement que possible. Il convient donc de déterminer si et dans quelle mesure un assuré peut, compte tenu de ses aptitudes et malgré l'atteinte à sa santé mentale, exercer une activité que lui offre un marché du travail équilibré.

L'expert médical appelé à se prononcer sur le caractère invalidant de troubles psychiques doit poser un diagnostic relevant d'une classification reconnue et se déterminer sur le degré de gravité de l'affection.

Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. A cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. 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).

Lorsqu'il apparaît que l'existence de l'atteinte à la santé doit être attribuée à des problèmes d'ordre familial, professionnel et socio-culturel, elle ne relève en principe pas de l'assurance-invalidité, à moins que ne soit mis en évidence un substrat médical pertinent entravant la capacité de travail et de gain de manière importante. Le TFA a ainsi estimé que lorsque le tableau clinique comporte des éléments convaincants autres que les facteurs socio-culturels, comme un trouble dépressif et de probables symptômes de conversion, par exemple, et qu'il ressort en termes clairs de l'expertise que la diminution de la capacité de travail s'explique par le seul diagnostic médical, il se justifie de retenir l'incapacité de travail en suivant l'avis de l'expert psychiatre quelles que soient en définitive les causes de l'atteinte à la santé psychique, dès lors que celle-ci entraîne une incapacité de travail indépendamment de son origine (ATF I 382/03 du 21 janvier 2004 consid. 5).

8. En l'espèce, la recourante demande la mise sur pied d'une nouvelle expertise multidisciplinaire au motif que celle à laquelle se sont livrés les Drs Q\_\_\_\_\_ et R\_\_\_\_\_ serait lacunaire et contradictoire dans la mesure où elle n'a pas pris en compte les avis de ses médecins et n'a pas été établie en connaissance de son dossier radiologique.

Tout d'abord, force est de constater que le rapport d'expertise des Drs Q\_\_\_\_\_ et R\_\_\_\_\_ se fonde sur une anamnèse détaillée, un examen clinique de la recourante et tient compte des plaintes rapportées par cette dernière. Il a été établi en pleine connaissance du dossier. A cet égard, peu importe que l'expert rhumatologue n'ait pas eu directement connaissance des radiographies puisqu'il n'en demeure pas moins qu'elle a eu accès aux rapports établis suite à ces dernières, ce qui est suffisant. En effet, ainsi que l'a expliqué l'expert en audience, le diagnostic de tunnel carpien se pose sur la base d'un EMG et non de radios. Quant à la hernie discale cervicale, l'EMG a montré qu'il n'y avait pas de compression radiculaire, de sorte que, là encore, la description des radiographies suffisait également. Enfin, s'agissant de l'échographie, l'expert a expliqué qu'il s'agit d'un examen qui s'interprète de manière dynamique, raison pour laquelle il est préférable de se référer à l'interprétation de l'examineur. Quoiqu'il en soit, le Tribunal relèvera que les diagnostics posés ne sont pas contestés.

Le grief fait aux experts d'avoir omis de se prononcer sur d'éventuelles mesures de réadaptation est dénué de fondement : les experts ne pouvaient agir différemment dès lors qu'ils avaient précédemment conclu que l'assurée disposait d'une capacité de travail entière dans les activités précédemment exercées ; dès lors, des mesures de réadaptation ne pouvaient entrer en ligne de compte.

En réalité, les examinateurs ont exposé par le détail la situation médicale de l'intéressée. Ils ont qui plus est défendu de manière convaincante leurs conclusions lors des audiences qui se sont tenues par devant le Tribunal de céans, exposant de façon claire et précise les motifs pour lesquels ils s'étaient écartés des avis des médecins traitants. Quant à leurs propres conclusions, force est de reconnaître qu'elles reposent sur des constatations objectives, se déduisent logiquement des développements qui les ont précédées et qu'elles sont au surplus expliquées à suffisance.

Il y a lieu d'ajouter qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat de soins et un mandat d'expertise (cf. arrêt du Tribunal fédéral du 5 janvier 2003, I 701/05, consid. 2 et les références, en particulier l'ATF 124 I 170 consid. 4), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire : il n'en va autrement que si lesdits médecins traitants font état d'éléments objectifs ayant été ignorés dans

le cadre de l'expertise, suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de cette dernière.

Le Tribunal de céans est d'avis que cette hypothèse n'est cependant pas réalisée en l'espèce.

S'agissant des plaintes somatiques de la recourante, la Dresse R\_\_\_\_\_ a expliqué qu'elle ne contestait pas l'existence d'une hernie discale mais qu'elle avait estimé que celle-ci était sans relation avec les symptômes décrits, vu l'absence de compression – et donc de souffrance nerveuse - démontrée par l'EMG.

Le grief de la recourante selon lequel la Dresse R\_\_\_\_\_ n'aurait pas pu décrire en quoi pourrait consister une activité de bureau adaptée à son état tombe à faux. Le médecin a en effet expliqué que la recourante devait éviter les mouvements répétés, que l'activité d'archivage était possible, à condition d'être limitée dans le temps et que la tendinopathie révélée par l'échographie impliquait d'éviter les mouvements répétés des membres supérieurs au-dessus de l'horizontale, principalement. La Dresse R\_\_\_\_\_ a confirmé que, selon elle, à condition que l'activité devant l'ordinateur puisse être alternée avec des tâches de consultation de dossiers ou de classement, par exemple, l'activité de comptable serait exigible à plein temps mais pourrait encore être facilitée par une prise en charge optimale. De ces explications, il ressort que, contrairement à ce que soutient la recourante, l'expert n'a pas subordonné sa capacité de travail à la condition qu'une physiothérapie soit entreprise.

Force est de constater que l'activité décrite par l'expert rhumatologue comme adaptée correspond parfaitement à celle que la recourante dit avoir occupée par le passé. En effet, tous les postes de comptable n'impliquent pas forcément une activité d'archivage ou de saisie de données soutenue. Au contraire, ainsi que l'a expliqué l'assurée en audience, son activité de comptable impliquait d'enchaîner travail à l'ordinateur, classement, traitement des dossiers, et organisation des données. Ce n'est qu'à ses débuts qu'elle a été cantonnée à la saisie de données et à l'archivage, mais cet état de fait a évolué au fil de sa progression.

Il apparaît en réalité, et la recourante l'a d'ailleurs expressément reconnu, que son principal problème est d'ordre psychique, dans la mesure où, selon ses dires, elle est surtout limitée par ses crises de panique.

C'est d'ailleurs à cette même conclusion qu'est parvenue la Dresse P\_\_\_\_\_, qui n'a fait état, sur le plan physique que d'un discret trouble statique rachidien, assorti d'atteintes dégénératives très débutantes sans répercussion sur la capacité de travail, d'une chondropathie rotulienne, d'un syndrome d'épicondylite-épitrochléite du coude droit et d'une périarthropathie de l'épaule gauche mais qui a souligné la nécessité de procéder à des investigations sur le plan psychique.

Il apparaît cependant que, sur le plan psychique, la situation de la recourante s'est aggravée depuis l'été 2007. En effet, auparavant, ses médecins traitants reconnaissaient que sa capacité de travail serait totale dans son activité habituelle, à condition de changer d'employeur (cf. rapport de la Dresse L\_\_\_\_\_ du 4 janvier 2006 et rapport de la Dresse M\_\_\_\_\_ du 17 février 2006). A cet égard, on relèvera donc que l'OCAI a fait preuve d'une certaine indulgence en accordant à l'assurée une rente entière pour la période du 1<sup>er</sup> juin au 31 octobre 2006, dans la mesure où il apparaît que son incapacité de travail était alors due aux problèmes rencontrés avec son employeur, lesquels ne relèvent a priori pas de l'assurance-invalidité. On ignore d'ailleurs en vertu de quoi l'intimé a fixé au 31 octobre 2006 la fin de ses prestations. Cependant, eu égard à la brièveté de la période considérée et au fait que l'expert psychiatre a avalisé a posteriori cette période d'incapacité de travail, il sera renoncé à une reformatio in pejus.

Reste à examiner si l'état de santé de l'assurée, après l'aggravation invoquée et l'apparition d'un trouble panique, justifie l'octroi de prestations. Si l'on se réfère aux conclusions du Dr Q\_\_\_\_\_, tel n'est pas le cas, puisqu'il n'a en définitive retenu que les diagnostics de dysthymie entrant dans le cadre d'un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée au-delà de 2 ans et de personnalité anankastique avec traits dépendants a été retenu.

Le reproche fait par la recourante au Dr Q\_\_\_\_\_ selon lequel ce dernier aurait négligé les symptômes qu'elle lui a décrits sous prétexte qu'il n'a pu les objectiver lors de son examen tombe également à faux. En effet, loin de négliger ces symptômes, l'expert a relaté avec exactitude les plaintes de la recourante (troubles de la concentration, de l'attention et de la mémoire, de fatigue, ruminations, épisodes d'anxiété paroxystique sans agoraphobie, difficultés à s'affirmer, tristesse sévère, diminution de la capacité à éprouver du plaisir, sentiment de culpabilité de dévalorisation, manque de confiance en soi et idées noires) et a même décidé d'en tenir compte dans son appréciation, alors même qu'il n'avait pas réellement pu les objectiver, en admettant une diminution de rendement de 20%.

S'agissant du fait que les diagnostics posés sur le plan psychique par les médecins traitants de la recourante divergent de ceux retenus par l'expert, il convient de relever qu'aucun des médecins en question n'est spécialisé en psychiatrie.

Par ailleurs, ainsi que l'a très justement fait remarquer le Dr Q\_\_\_\_\_, on ne saurait tirer une quelconque conclusion du fait que la fréquence de suicides est augmentée dans la famille de l'assurée quant à l'état psychique de cette dernière. Cela ne signifie en effet pas pour autant qu'elle présente elle-même une propension à ce type d'acte.

De manière convaincante, le Dr Q\_\_\_\_\_ a expliqué que si un trouble panique peut certes, dans certaines conditions, se révéler extrêmement handicapant,

notamment lorsqu'il est accompagné d'agoraphobie, tel n'est cependant pas le cas de l'assurée – ce qui n'est pas contesté. Il a au surplus souligné que, chez celle-ci, les crises durent rarement plus de 5 à 10 minutes.

Eu égard aux considérations qui précèdent, pleine valeur probante sera donc reconnue au rapport d'expertise bidisciplinaire. Il ne se justifie dès lors pas de mettre sur pied une expertise complémentaire.

Il s'ensuit qu'il n'est manifestement pas établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que la recourante serait atteinte de troubles de la santé psychique ou physique au point d'être limitée dans sa capacité de travail au sens de la jurisprudence citée ci-dessus. On retiendra donc que, sur le plan somatique, la recourante dispose d'une capacité de travail entière dans son activité de comptable et que, sur le plan psychique, elle subit une diminution de rendement de 20%. En effet, dans la mesure où le Dr Q\_\_\_\_\_ a conditionné la récupération d'une capacité de travail totale à la reprise d'une activité – dont il attendait une amélioration rapide de l'état psychique de l'assurée – et que cette dernière n'a pas eu lieu, il y a lieu de considérer que cette diminution de rendement est toujours d'actualité.

Il en découle un degré d'invalidité de 20%, insuffisant pour ouvrir droit à une rente, mais suffisant pour des mesures de réadaptation professionnelle, dont il ressort cependant du dossier qu'elles ne sont pas indiquées. En effet, selon le curriculum vitae de la recourante, cette dernière a exercé des activités de comptable avec un cahier des charges varié comprenant notamment l'accueil, la formation de collaborateurs, la diffusion d'informations, la vérification de factures et des contacts téléphoniques. Elle dispose donc déjà de la formation nécessaire pour occuper un poste adapté à son état et dispose au surplus de plusieurs autres formations lui permettant d'envisager une activité en adéquation avec cet état. Il lui est en revanche loisible de s'adresser à l'intimé pour demander une aide au placement.

On ajoutera encore qu'ainsi que l'a fait remarquer l'intimé, l'accident survenu en date du 29 octobre 2008, soit après la notification de la décision, sort du cadre du présent litige. S'il en a découlé une aggravation de l'état de santé de la recourante susceptible d'influencer son droit à des prestations, il lui appartient de déposer une nouvelle demande de prestations auprès de l'intimé.

Eu égard aux considérations qui précèdent, le recours est rejeté.

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

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. Le rejette.
3. Met un émolument de 200 fr. à la charge de la recourante.
4. Informe les parties 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

Yaël BENZ

Karine STECK

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