

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4106/2008

ATAS/608/2009

**ARRET**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**Chambre 3**

**du 14 mai 2009**

En la cause

Madame M \_\_\_\_\_, domiciliée à GENÈVE, représentée par  
Madame Christine BULLIARD (FORUM SANTE)

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Karine STECK, Présidente; Violaine LANDRY-ORSAT et Christine  
LUZZATTO, Juges assesseurs**

---

### EN FAIT

1. Le 16 août 2007, Madame M\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1969, ressortissante portugaise, a déposé une demande de rente auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (OCAI) en invoquant une dépression dont elle a indiqué qu'elle avait entraîné une totale incapacité de travail depuis septembre 1998.
2. Du 22 août au 12 octobre 2007, l'assurée a séjourné à la Clinique de Belle-Idée. Dans son rapport du 17 octobre 2007, le Dr A\_\_\_\_\_, chef de clinique, a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent - épisode actuel sévère sans symptôme psychotique (F33.2). Il a précisé que la patiente était connue pour des troubles dépressifs récurrents et suivie à la Consultation et au Centre de thérapie brève (CTB) depuis environ une année. Elle présentait des troubles de l'humeur depuis plusieurs années qui s'étaient dégradés dans le cadre de difficultés professionnelles. Elle avait été admise sur demande de son médecin traitant, suite à la péjoration de son état thymique, alors qu'elle revenait avec sa famille de vacances au Portugal. La patiente mentionnait des idées suicidaires fluctuantes avec notion de tentamen médicamenteux par le passé. Le Dr A\_\_\_\_\_ a constaté une thymie triste, une diminution de l'élan vital, une difficulté à se concentrer, un trouble de la mémoire et du sommeil, ainsi qu'une diminution de l'appétit avec perte pondérale. Il a indiqué qu'un changement de traitement s'était traduit par une très nette amélioration de la thymie de la patiente, au cours de son séjour, mais également par une diminution de son asthénie, de ses troubles de l'odorat, de son anxiété et par une amélioration sur le plan des activités quotidiennes. A sa sortie, la patiente avait été adressée à la Dresse B\_\_\_\_\_, interniste à la Consultation de la Jonction, et un suivi de groupe avait été évoqué pour lequel la patiente avait affirmé être très motivée.
3. Dans un rapport établi le 10 décembre 2007, le Dr C\_\_\_\_\_, généraliste FMH, et médecin traitant de l'assurée depuis août 2000, a confirmé le diagnostic de trouble dépressif récurrent - épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F33.2) dont il a indiqué qu'il était présent depuis 1999. Il a également mentionné une endométriose, une surdité brusque, un psoriasis en goutte et une hernie hiatale apparus en 2007. Il a évalué la capacité de travail de sa patiente à 0% depuis juillet 2001 et qualifié son état de santé de stationnaire. Le médecin a précisé que sa patiente avait travaillé comme repasseuse de 1996 à juillet 2001, époque à partir de laquelle un trouble dépressif récurrent avec des épisodes sévères avait rendu impossible toute activité professionnelle. De décembre 2001 à septembre 2005, elle avait vécu au Portugal, où elle avait été suivie sur le plan psychiatrique. Dès son retour à Genève, une prise en charge psychiatrique avait été nécessaire, ainsi que plusieurs séjours au CTB. A la suite de son hospitalisation à Belle-Idée pour un épisode dépressif sévère, son état s'était relativement amélioré mais restait toujours très fragile. Le médecin a relaté que sa patiente se plaignait d'une fatigue très importante,

de douleurs diffuses, d'une intolérance à l'effort, de la nécessité de devoir fréquemment se reposer après une activité, même très légère, de douleurs abdominales liées à l'endométriose, de tristesse, de difficultés de concentration et de mémorisation, d'une hypoacousie gauche et de douleurs dorsales chroniques. Il avait constaté une thymie triste, une diminution de l'élan vital, la présence de points de fibromyalgie sans limitation articulaire, une douleur dans toute la colonne vertébrale sans limitation fonctionnelle et de discrètes lésions de psoriasis en goutte. Le médecin traitant a exprimé l'avis que l'état de sa patiente était incompatible avec une activité professionnelle. Il a ajouté qu'au vu de la durée de l'incapacité de travail, une amélioration à moyen terme de la capacité de gain lui semblait impossible.

4. Interrogée par l'OCAI, l'assurée a affirmé que si sa santé le lui avait permis, elle aurait continué à exercer à plein temps l'activité de repasseuse professionnelle, et ce pour des raisons financières (cf. questionnaire du 20 décembre 2007 servant à déterminer le statut de l'assuré).
5. Egalement interpellée par l'OCAI, la Dresse B\_\_\_\_\_ a confirmé à son tour le diagnostic de trouble dépressif récurrent - épisode actuel sévère sans symptôme psychotique (F33.2) et y a ajouté celui de trouble douloureux somatoforme persistant (F45.4). Elle a conclu à une totale incapacité de travail depuis 2000. Elle a indiqué que la patiente faisait remonter ses troubles psychiques à l'âge de 16 ans (troubles de la vision, paresthésie, anesthésie) et affirmait avoir été traitée à l'époque par anxiolytiques par son généraliste. La patiente avait fait deux séjours au CTB, du 5 octobre au 4 novembre 2005 et du 30 janvier au 15 mars 2007, en raison d'épisodes dépressifs dans le contexte d'un conflit de couple qui s'était - semblait-il - amélioré et n'était plus au premier plan désormais. La patiente a été décrite comme tenant un discours passablement plaintif concernant ses douleurs, une fatigue importante ainsi que des difficultés financières. La Dresse B\_\_\_\_\_ a constaté une thymie fluctuante, une aboulie, des angoisses occasionnelles ainsi qu'une idéation suicidaire présente de manière fluctuante. Eu égard au fait que l'état de la patiente s'était peu amélioré en une dizaine d'années et au fait que des facteurs de stress persistaient (maladie de la mère de l'assurée et situation socio-économique précaire), le médecin a émis un pronostic réservé (cf. rapport du 10 avril 2008).
6. Le 8 mai 2008, l'OCAI a informé l'assurée qu'il souhaitait mettre sur pied une expertise médicale auprès du Centre d'expertise médicale de Genève (ci-après : CEM).
7. Le 9 mai 2008, les Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) ont avisé l'OCAI que l'assurée était hospitalisée depuis le 22 avril 2008 et que sa capacité de travail devait être considérée comme nulle dès cette date et jusqu'au 24 mai 2008.
8. Un mandat d'expertise a été confié au CEM, et plus particulièrement à la Dresse D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, à la Dresse

E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie, et au Dr F\_\_\_\_\_, rhumatologue et spécialiste FMH en médecine physique et en réadaptation, qui ont examiné l'assurée en dates des 11 et 23 juin 2008, avant de rendre leur rapport en date du 6 août 2008.

Les médecins du CEM ont mentionné qu'à son arrivée en Suisse, en 1996 et 1997, l'assurée avait travaillé en tant que femme de ménage à raison de huit à dix heures par semaine, puis, de 1997 à 1999, comme repasseuse à 100%, avant d'exercer une activité de nettoyage et d'arrêter définitivement de travailler en 2001. Le couple avait alors décidé de monter sa propre affaire au Portugal.

La patiente avait indiqué se charger de toutes les tâches ménagères, à l'exception des courses, faites par son mari, expliquant qu'elle s'acquittait des tâches petit à petit, chaque jour; le soir, elle préparait le repas de midi pour le lendemain. L'assurée s'était plainte de céphalées, de douleurs abdominales chroniques, de fatigue, de polyarthralgies, d'un manque de force, de difficultés de concentration, de ruminations, de vertiges et d'une peur de tomber dans la rue, a indiqué avoir le sentiment de ne pas être comme les autres et d'être observée dans la rue. Elle a fait montre d'une attitude soupçonneuse et de méfiance, mentionné un manque d'envie de sortir et un manque d'élan pour agir ainsi que pour penser.

Les médecins ont décrit la patiente comme étant cohérente, orientée, expressive, algique à la moindre mobilisation et présentant de discrètes lésions de psoriasis. Quatre signes de Waddell sur cinq se sont révélés positifs ainsi que 16 point de Smythe sur 18. L'examen neurologique a été qualifié de normal et aucune limitation articulaire n'a été mise en évidence. Les analyses sanguines n'ont révélé aucun syndrome inflammatoire et les radiographies de la colonne lombaire et des mains pratiquées le 18 juin 2008 n'ont montré ni trouble dégénératif, ni érosion inflammatoire.

La Dresse E\_\_\_\_\_ n'a mis en évidence ni signe d'apathie ou d'aboulie, ni idéation suicidaire, ni signes de la lignée psychotique, d'hallucinations ou d'illusions. Elle a relevé que, lors de son séjour à Clinique de Belle-Idée en 2007, l'assurée avait très bien répondu au traitement et pleinement bénéficié du soutien médico-infirmier et du travail en groupe; ce travail, poursuivi en ambulatoire, avait permis le maintien d'un état quasi normothymique et équilibré de sorte que l'on pouvait conclure désormais à une rémission.

Les experts ont diagnostiqué un syndrome fibromyalgique, un psoriasis, une surdité brusque en 2007, un trouble dépressif récurrent – actuellement en rémission (F33.4) -, une majoration des symptômes somatiques pour des raisons psychologiques (névrose de compensation – F68.0) et un trouble de la personnalité sans précision (F60.9), tout en précisant que ces atteintes étaient sans répercussion sur la capacité de travail de l'intéressée. Ils ont émis l'avis que les plaintes douloureuses augmentées étaient à comprendre dans le contexte de l'épisode dépressif sévère que la pa-

tiende avait développé à la fin de l'année 2007. A l'époque de l'expertise, en revanche, les médecins ont considéré que la fatigue et les plaintes douloureuses n'avaient que peu de répercussion sur la vie quotidienne de l'assurée, laquelle restait insérée sur le plan social et familial. Ils ont estimé que l'assurée conservait des ressources suffisantes pour lutter contre les douleurs et la fatigue et qu'elle devait être encouragée à les utiliser. Les experts ont estimé qu'une incapacité de travail d'au moins 20% avait existé depuis 2001, précisant qu'ils ne disposaient toutefois pas d'informations médicales suffisantes concernant la période de 2001 à 2006 (recte : 2005), pendant laquelle l'assurée a séjourné au Portugal. Ils ont admis une incapacité de travail totale en 2007 mais conclu que l'activité exercée précédemment était raisonnablement exigible de l'assurée, à plein temps et sans diminution de rendement, depuis janvier 2008, suite de la rémission de son état dépressif, précisant qu'il fallait tenir compte d'une convalescence d'un mois post-hystérectomie en mai 2008.

9. Dans un rapport établi le 25 août 2008, le Dr G\_\_\_\_\_, médecin auprès du service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), a considéré que l'assurée présentait un syndrome douloureux existant depuis plusieurs années, sans état psychique cristallisé, ni perte d'intégration dans tous les aspects de la vie sociale. Se ralliant à l'avis des experts, il a conclu que, hormis les moments d'exacerbation sévère du trouble dépressif récurrent, il n'y avait pas eu d'incapacité de travail durable justifiant l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité ; selon lui, la capacité de travail était demeurée entière, quelle que soit l'activité et sans baisse de rendement.
10. Le 28 août 2008, l'OCAI a communiqué à l'assurée un projet de décision aux termes duquel il rejetait sa demande. L'OCAI a considéré que le délai de carence d'une année ouvrant droit aux prestations de l'assurance-invalidité avait pris fin en juillet 2002, eu égard à l'incapacité de travail totale existant depuis le mois de juillet 2001 pour trouble somatoforme douloureux et état dépressif. Sur la base du rapport d'expertise du CEM, il a retenu que l'état de santé psychique n'était pas d'une gravité suffisante pour admettre le caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux et que les autres diagnostics mentionnés ne pouvaient pas non plus être reconnus comme invalidants. L'OCAI en a tiré la conclusion que le degré d'invalidité était nul.
11. Le 24 septembre 2008, l'assurée a allégué que ses troubles psychiques étaient incontestablement antérieurs aux troubles douloureux et ne pouvaient donc pas être considérés comme un état dépressif d'accompagnement desdits troubles. De plus, elle a contesté que son affection psychique ne présentât pas une gravité suffisante pour affecter sa capacité de travail. Elle a reproché à l'expert psychiatre d'avoir retenu à tort une amélioration significative de son état de santé. A l'appui de ses dires, l'assurée a produit un certificat émanant du Dr C\_\_\_\_\_ et daté du 4 sep-

---

tembre 2008 dont il ressortait que son état de santé rendait toujours impossible la reprise du travail à court et moyen terme.

12. Dans un nouvel avis médical du 30 septembre 2008, le Dr G\_\_\_\_\_ a expliqué que, selon le rapport d'expertise, la fibromyalgie et la dépression étaient évoquées ensemble mais qu'on arrivait à situer le début documenté du trouble en 1999. L'expertise du COMAI permettait de retenir la présence concomitante de symptômes douloureux, anxieux et dépressifs pendant la période de travail en qualité de repasseuse de 1997 à 1999, au vu de la description des plaintes. De plus, avant 1999, les troubles mentionnés ne permettaient pas d'évoquer un trouble dépressif sévère, ni même un trouble dépressif récurrent.
13. Le 4 novembre 2008, l'OCAI a rendu une décision formelle confirmant la position adoptée dans son projet du 28 août 2008.
14. Par acte du 14 novembre 2008, l'assurée a interjeté recours auprès du Tribunal de céans en concluant à l'annulation de la décision litigieuse et à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire psychiatrique, sous suite de dépens.

La recourante relève que l'expert psychiatre est chef de la clinique de psychiatrie de Belle-Idée et allègue que cette proximité professionnelle, tant avec son psychiatre traitant qu'avec le médecin qui s'est occupé d'elle lors de son hospitalisation à Belle-Idée, pose des problèmes de nature à influencer le jugement de chacun de ces médecins de sorte qu'une nouvelle expertise neutre devrait être ordonnée.

Par ailleurs, elle conteste la rémission de son état dépressif retenue par la Dresse E\_\_\_\_\_ et fait remarquer que cette amélioration n'est pas confirmée par la Dresse B\_\_\_\_\_ puisque cette dernière a qualifié son état stationnaire et conclu à une incapacité de travail entière, également admise par le Dr C\_\_\_\_\_. La recourante ajoute que l'expert psychiatre se réfère à un entretien téléphonique avec le psychiatre traitant, mais qu'il n'existe aucune notice téléphonique relatant ledit entretien; elle en tire la conclusion que l'idée de rémission quasi-totale au niveau thymique est sans doute une interprétation extensive de ce qui s'est dit durant cet entretien. Elle ajoute qu'au demeurant, même si l'on admet une amélioration de son état de santé, ses médecins traitants continuent à attester d'une totale incapacité de travail. La recourante soutient qu'en se prévalant de l'accord du psychiatre traitant, la Dresse E\_\_\_\_\_ a fait l'économie d'une explication sur les divergences existant entre ses conclusions et celles des autres médecins qui constitue une lacune déterminante dans son rapport d'expertise. La recourante reproche par ailleurs à l'expert d'avoir mentionné que le cours de sa pensée était sans particularité alors même qu'elle a expliqué souffrir de vertiges, avoir peur de tomber dans la rue, d'une part, avoir le sentiment d'être observée, d'être le bouc émissaire de ses collègues, faire preuve de méfiance et de soupçons et être incapable de s'adapter aux taquineries et plaisanteries d'autrui, d'autre part. La recourante fait grief à l'expert

psychiatre de ne donner aucune explication ni sur les épisodes dépressifs qui ont provoqué une décompensation dès l'âge de 16 ans, son hospitalisation par deux fois au CTB et la prise de médicaments, ni sur la nécessité dans laquelle elle se trouve de devoir demander une aide importante pour arriver à entretenir un ménage composé de trois personnes. Enfin, la recourante soutient qu'en concluant à un trouble somatoforme douloureux qui n'a pas été retenu par l'expert psychiatre, l'intimé a admis ne pas reconnaître au rapport de ce dernier une valeur suffisamment probante pour lui permettre de fonder sa décision.

15. Par courrier du 8 décembre 2008, la recourante a informé le Tribunal de céans que son nouveau psychiatre traitant était, depuis octobre 2008, la Dresse H\_\_\_\_\_. Cette dernière a établi en date du 21 novembre 2008 un bref rapport dans lequel elle indique que le tableau clinique reste identique et qu'elle ne peut que corroborer les dires du Dr B\_\_\_\_\_.
16. Dans sa réponse du 19 décembre 2008, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il soutient que l'expertise de la Dresse E\_\_\_\_\_ remplit toutes les conditions pour se voir reconnaître pleine valeur probante et que le Dr I\_\_\_\_\_ s'est pleinement rallié à l'avis des experts. Il en tire la conclusion que la mise en œuvre d'une nouvelle expertise ne se justifie pas.
17. Dans sa réplique du 9 janvier 2009, la recourante a maintenu les arguments et conclusions développés dans son recours.
18. Le 12 janvier 2009, le Tribunal a communiqué cette écriture à l'intimé puis gardé la cause à juger.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.
2. La LPGA est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Elle est applicable en l'espèce, dès lors que les faits juridiquement déterminants se sont déroulés postérieurement à son entrée en vigueur (cf. ATF 130 V 446 ss consid. 1, 129 V 4 consid. 1.2).

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 modifica-

---

tion du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 345 consid. 3). Les modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5<sup>ème</sup> révision de la LAI), entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2008, sont régies par le même principe et ne sont donc pas applicables.

3. Selon l'art. 60 al. 1 LPGA, le délai de recours est de trente jours. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours formé le 14 novembre 2008 contre la décision du 4 novembre 2008 est recevable, en vertu des art. 56 ss LPGA.
4. Le litige porte sur le caractère invalidant des troubles psychiques de la recourante et sur le droit éventuel de cette dernière à une rente de l'assurance-invalidité.
5. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). 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.

En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI, 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. Parmi les atteintes à la santé psychique, qui peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA, on doit mentionner - à part les maladies mentales proprement dites - les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible. Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son infirmité mentale, exercer une activité que le marché du travail lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Le point déterminant est ici de savoir quelle activité peut raisonnablement être exigée dans son cas. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).

La fibromyalgie présente de nombreux points communs avec les troubles somatoformes douloureux, de sorte qu'il se justifie, sous l'angle juridique, et en l'état actuel des connaissances, d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux, lorsqu'il s'agit d'apprécier le caractère invalidant d'une fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.1). Il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 50). Il y a lieu de poser la même présomption en présence d'une fibromyalgie (ATF 132 V 71 consid. 4.2.1). Une expertise psychiatrique est, en principe, nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que les troubles somatoformes douloureux sont susceptibles d'entraîner (ATF 130 V 353 consid. 2.2.2 et 399 consid. 5.3.2). Quand bien même le diagnostic de fibromyalgie est d'abord le fait d'un médecin rhumatologue, il convient ici aussi d'exiger le concours d'un médecin spécialiste en psychiatrie, d'autant plus que les facteurs psychosomatiques ont, selon l'opinion dominante, une influence décisive sur le développement de cette atteinte à la santé (ATF 132 V 72 consid. 4.3).

Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur (ATF 130 V 352 consid. 3.3.1 in fine; voir aussi ATFA non publié I 805/04 du 20 avril 2006, consid. 5.2.1 et les références). D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques, d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 352). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (ATFA non publié I 1093/06 du 3 décembre 2007, consid. 3.2).

7. 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 li-

tigieux. 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 (ATF 125 V 351 consid. 3).

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. Ainsi, 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 351 consid. 3b/bb).

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).

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). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen), l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références).

- 
8. Selon la jurisprudence, le fait que le médecin consulté soit lié à l'assureur par des relations de service ne permet pas pour ce seul motif de conclure à un manque d'objectivité ou d'impartialité de sa part. Il faut qu'il existe des circonstances particulières qui justifient objectivement la méfiance de l'assuré pour ce qui est de l'impartialité de l'appréciation. Le Tribunal fédéral des assurances a ainsi jugé que l'indépendance et l'impartialité des médecins du COMAI étaient garanties déjà avant l'entrée en vigueur de leur nouveau statut du 1<sup>er</sup> juin 1994 (ATF 123 V 175 ; cf. également RAMA 1999 n° U 332 p. 193).

Un expert passe pour prévenu lorsqu'il existe des circonstances propres à faire naître un doute sur son impartialité. Dans ce domaine, il s'agit toutefois d'un état intérieur dont la preuve est difficile à rapporter. C'est pourquoi il n'est pas nécessaire de prouver que la prévention est effective pour récuser un expert. Il suffit que les circonstances donnent l'apparence de la prévention et fassent redouter une activité partielle de l'expert. L'appréciation des circonstances ne peut pas reposer sur les seules impressions de l'expertisé, la méfiance à l'égard de l'expert devant au contraire apparaître comme fondée sur des éléments objectifs. Seules des circonstances constatées objectivement doivent être prises en considération (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, 123 V 176 consid. 3d et l'arrêt cité; VSI 2001 p. 109 consid. 3b/ee; RAMA 1999 n° U 332 p. 193 consid. 2a/bb et les références).

9. Dans le cas présent, la recourante conteste la valeur probante de l'expertise psychiatrique à laquelle elle reproche de présenter des lacunes et un manque de pertinence. Elle allègue que la décision litigieuse ne tient pas compte de son état dépressif, lequel l'empêche totalement de travailler. Pour sa part, l'intimé soutient que sa décision repose sur un rapport d'expertise multidisciplinaire complet du CEM et que la co-morbidité que constitue le trouble dépressif de la recourante n'est pas suffisante pour admettre le caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux dont souffre cette dernière.

A l'appui de sa requête de contre-expertise, la recourante invoque le risque du manque d'objectivité des médecins psychiatres en raison de leur proximité professionnelle. Ce faisant, elle soulève un motif de récusation de l'expert psychiatre. En la matière, il convient de distinguer entre les motifs formels et les motifs matériels de récusation. Les motifs de récusation énoncés dans la loi (cf. art. 10 PA et 36 al. 1 LPG) sont de nature formelle parce qu'ils sont propres à éveiller la méfiance à l'égard de l'impartialité de l'expert. Les motifs de récusation de nature matérielle, qui peuvent également être dirigés contre la personne de l'expert, ne mettent en revanche pas en cause son impartialité. De tels motifs doivent en principe être examinés avec la décision sur le fond dans le cadre de l'appréciation des preuves (ATF 132 V 93 consid. 6).

L'impartialité subjective se présume jusqu'à preuve du contraire (AUER / MALINVERNI / HOTTELIER, Droit constitutionnel suisse, vol. II : Les droits

fondamentaux, Berne 2000, p. 579 ch. 1205) de sorte qu'il ne suffit pas à la recourante d'alléguer un risque de manque d'objectivité puisque la jurisprudence exige l'établissement de faits qui justifient objectivement la méfiance. Or, le fait que la Dresse E\_\_\_\_\_ soit liée à la Clinique de Belle-Idée par des relations de service, tout comme les médecins du CTB et le psychiatre traitant, ne constitue pas à lui seul un motif suffisant pour conclure au manque d'objectivité et à la partialité de l'expert psychiatre. Qui plus est, au regard du déroulement de l'expertise et de son contenu, il n'y a pas lieu de mettre en doute l'impartialité de ce médecin dont les conclusions divergent de celles du psychiatre traitant, ce qui démontre justement qu'il a rempli son mandat d'expert avec toute l'indépendance nécessaire.

En définitive, il apparaît que le motif de récusation invoqué par la recourante est matériel, puisqu'il met en cause la crédibilité et le caractère probant de l'expertise et non formel, puisqu'il n'est pas relatif à l'impartialité de l'expert (cf. ATFA non publié I 247/04 du 23 mars 2006 consid. 2.1). Par conséquent, ce grief se confond avec la question de la valeur probante qu'il conviendra d'accorder au rapport d'expertise dans le cadre de l'appréciation des preuves.

10. Il convient de rappeler que, dans leur rapport du 6 août 2008, les experts ont diagnostiqué un syndrome fibromyalgique, un psoriasis, une surdité brusque en 2007, un trouble dépressif récurrent – actuellement en rémission, une majoration des symptômes somatiques pour des raisons psychologiques (névrose de compensation) et un trouble de la personnalité sans précision, dont ils ont estimé qu'ils étaient sans répercussion sur la capacité de travail de l'assurée.

Les experts ont conclu à une incapacité de travail entière en 2007 - l'assurée était alors hospitalisée en milieu psychiatrique et nécessitait un encadrement psychiatrique – puis à une capacité de travail raisonnablement exigible de 100% dans l'activité précédemment exercée, sans diminution de rendement, et ce, depuis janvier 2008.

Les experts ont expliqué n'avoir pas suffisamment d'arguments pour parler d'un trouble somatoforme douloureux car les plaintes douloureuses n'étaient pas au premier plan et il n'y avait pas non plus de demande répétée de l'assurée pour des investigations somatiques.

Sur le plan rhumatologique, le Dr F\_\_\_\_\_ a précisé que la patiente présentait un tableau clinique classique évoquant un syndrome fibromyalgique puisqu'elle décrivait des douleurs diffuses et chroniques touchant l'ensemble du rachis ainsi que les quatre extrémités, accompagnées par des points d'insertionite douloureux et par de nombreux symptômes associés fréquemment trouvés dans cette pathologie (troubles du sommeil, état de fatigue, oppression thoracique, troubles de la mémoire et de la concentration, troubles de la digestion). En dehors de ce tableau fibromyalgique, son examen clinique ne mettait en évidence aucune réelle limitation ou signe

d'inflammation articulaire permettant de retenir une pathologie rhumatismale objective. L'expert a indiqué ne pouvoir retenir aucune limitation de la capacité de travail eu égard à l'absence de limitation articulaire et de lésion significative objectivable sur les radiographies de la colonne lombaire.

Quant à la Dresse E\_\_\_\_\_, elle a constaté sur le plan psychique une humeur stable et une légère anxiété, un sentiment de dette envers la société, un discours fluide et spontané avec un contenu revendicateur ainsi que prétentieux, un léger trouble de la mémoire, une majoration des symptômes existants et une confirmation des symptômes suggérés. Malgré une amélioration stable de la patiente et une rémission quasi totale au niveau thymique, dont elle a indiqué qu'elles lui avaient été confirmées par la Dresse B\_\_\_\_\_ lors d'un entretien téléphonique en date du 16 juin 2008, la Dresse E\_\_\_\_\_ a relevé que l'assurée se sentait toujours incapable d'être intégrée pour un emploi professionnel et avait développé des symptômes physiques qui étaient largement amplifiés et entretenus par son état psychologique, les difficultés du couple et les difficultés financières. La patiente avait adopté dès l'âge de 16 ans une attitude histrionique qui lui avait apporté des bénéfices secondaires et ne cachait aucunement une nette motivation à rechercher une compensation financière qu'elle estimait méritée eu égard aux souffrances endurées dans son enfance et à la longue période durant laquelle elle s'était occupée de sa mère malade ainsi que de ses deux frères cadets. L'expert a émis l'avis que l'assurée présentait des troubles de la personnalité assez difficiles à spécifier, avec certaines caractéristiques histrioniques et infantiles (dépendantes et anxieuses), et que la fatigue permanente et intense dont elle se plaignait ne pouvait s'expliquer ni par son état dépressif - désormais en rémission -, ni par un autre trouble psychologique existant.

Les experts ont fait procéder à des analyses sanguines et des radiographies de la colonne lombaire et des mains de l'assurée. Ils ont en outre établi une anamnèse complète, pris en considération les plaintes de la recourante, effectué un examen de celle-ci et expliqué les raisons pour lesquelles ils ne retenaient pas d'incapacité de travail à partir de janvier 2008. De plus, l'expert psychiatre a eu un entretien téléphonique avec le psychiatre traitant. Ils ont particulièrement pris soin d'expliquer, de façon dûment motivée, pourquoi ils concluaient à un syndrome fibromyalgique et non à un trouble somatoforme douloureux, et pour quelles raisons ils considéraient qu'une capacité de travail entière était exigible de l'assurée. Par conséquent, leur rapport d'expertise remplit toutes les conditions requises par la jurisprudence pour lui reconnaître une entière valeur probante.

11. La recourante remet en question cette telle valeur probante en invoquant des lacunes, une analyse inaboutie et un manque de pertinence. Tout d'abord, s'agissant de la rémission de son trouble dépressif récurrent, elle relève la contradiction entre les conclusions des experts et l'appréciation de son psychiatre traitant telle qu'elle ressort du rapport établi par ce dernier en date du 10 avril 2008.

---

Ledit rapport retient un diagnostic de trouble dépressif récurrent - épisode actuel sévère sans symptôme psychotique - et un trouble somatoforme douloureux persistant présents depuis 2007. Il mentionne une thymie fluctuante, une aboulie, des angoisses occasionnelles ainsi qu'une idéation suicidaire présente de manière fluctuante, c'est-à-dire des symptômes qui n'apparaissent pas justifier la sévérité reconnue par ailleurs au trouble dépressif. De plus, la Dresse B\_\_\_\_\_ atteste une incapacité de travail entière depuis 2000 et émet un pronostic réservé qu'elle motive par la modicité de l'amélioration constatée durant les dix dernières années et le fait que des facteurs de stress persistent, ce saurait constituer une motivation suffisante, au sens de la jurisprudence (ATF 132 V 65 consid. 4.2.2 p. 71, 131 V 49 consid. 1.2 p. 50, 130 V 352 consid. 2.2.3 p. 354), pour reconnaître un caractère invalidant aux affections psychiques de la recourante, notamment à son trouble somatoforme douloureux persistant. En effet, le psychiatre traitant n'examine à aucun moment l'exigibilité d'une capacité de travail, plus spécialement, il n'explique pas en quoi la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de la recourante. Au demeurant, la référence à des motifs socio-économiques ne saurait justifier une incapacité de travail, de tels facteurs étant en effet, en principe, sans pertinence du point de vue de l'assurance-invalidité (ATF non publié I 286/04 du 24 mai 2005, consid. 3.2.1; VSI 1998 p. 296 consid. 3b et les références). De plus, le fait que le psychiatre traitant atteste une incapacité de travail depuis 2000, alors qu'il ne dispose pas de rapports médicaux portant sur la période entre 2001 et 2005 (durant laquelle la recourante a séjourné à l'étranger et monté une entreprise de construction avec son époux - ce qui apparaît incompatible avec une totale incapacité de travail), est difficilement compréhensible.

Les mêmes remarques valent à propos des rapports du Dr J\_\_\_\_\_ qui, au demeurant, n'est pas psychiatre et dont l'appréciation ne permet pas de douter de la valeur probante du rapport de l'expert. Quant au rapport établi le 21 novembre 2008 par la Dresse H\_\_\_\_\_, il se borne à faire état d'un état clinique inchangé sans plus de précision; eu égard à cette absence de motivation, il ne peut se voir reconnaître de valeur probante.

En définitive, les médecins traitants relatent surtout la manière dont la patiente assume et ressent elle-même ses facultés de travail, sans porter un regard critique (ATFA non publiés I 366/05 du 12 juillet 2005 et I 808/04 du 14 septembre 2005, consid. 4.2). Leurs considérations sont empreintes de leur point de vue de médecin traitant. Or, il y a lieu d'établir la mesure de ce qui est raisonnablement exigible d'un assuré le plus objectivement possible. En effet, compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives de l'intéressé ne suffisent pas pour justifier une invalidité (entière ou partielle; ATFA non publié du 30 novembre 2004, I 600/03, consid. 3.2). Au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; ATFA non publié I 113/06 du 7 mars 2007, consid. 4.4 et les arrêts cités), on ne saurait remettre en cause les conclusions d'une

expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contraire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise psychiatrique et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expertise (ATF non publié 9C\_480/2008 du 27 janvier 2009, consid. 4). Or, il ressort de ce qui précède et de ce qui suit que les experts n'ont pas omis de prendre en considération certains éléments objectifs pertinents pour leur appréciation.

La recourante argumente longuement sur l'absence au dossier de notice téléphonique relatant l'entretien entre les Dresses E\_\_\_\_\_ et B\_\_\_\_\_ pour contester que cette dernière aurait confirmé une amélioration stable. Cependant, à l'inverse, aucune pièce médicale au dossier ne remet en question l'existence de cet entretien téléphonique ou conteste la teneur de la discussion entre les deux médecins. Contrairement à ce qu'allègue la recourante, la Dresse E\_\_\_\_\_ ne fait nullement l'économie d'explications quant à sa divergence avec les médecins traitants au sujet des diagnostics et de l'évaluation de la capacité de travail. Au contraire, les experts expliquent pourquoi ils ont retenu un syndrome fibromyalgique et non un trouble somatoforme douloureux persistant ainsi qu'un état dépressif récurrent actuellement en rémission au vu de leurs constatations cliniques. Ils exposent également les difficultés qu'ils ont eues à poser un diagnostic concernant le trouble de la personnalité et les raisons pour lesquelles ils admettent une pleine capacité de travail depuis janvier 2008 eu égard à l'amélioration stable de la recourante et à la rémission quasi totale au niveau thymique.

Les reproches que la recourante fait à l'expert psychiatre quant aux diagnostics retenus ne sont étayés par aucun rapport médical susceptible de faire douter de l'appréciation de la Dresse E\_\_\_\_\_. Au contraire, cette dernière pose des diagnostics supplémentaires par rapport au psychiatre traitant puisqu'elle retient également un trouble de la personnalité sans précision et une majoration des symptômes somatiques pour des raisons psychologiques ce qui dénote une analyse plus poussée que celle des médecins traitants.

La recourante fait également grief à l'expert psychiatre de ne pas avoir suffisamment tenu compte des épisodes psychiatriques antérieurs, du fait qu'ils ont provoqué une décompensation alors qu'elle n'était âgée que de 16 ans, l'ont conduite à séjourner deux fois au CTB et à prendre des médicaments en permanence. Ce grief est infondé car le dossier médical de l'assurée en Suisse ne contient aucun renseignement sur les années qu'elle a passées au Portugal, soit dès sa naissance en 1969 et jusqu'en 1995, puis de décembre 2001 à septembre 2005, de sorte qu'il ne peut être reproché aux experts d'avoir omis certains renseignements médicaux. De plus, la recourante confond la notion de mandat thérapeutique et celle de mandat d'expertise. En effet, l'expert est chargé principalement d'apprécier l'état de santé d'un assuré tel qu'il se présente au moment de l'expertise, pour en tirer des conclusions sur

sa capacité résiduelle de travail à la même époque; l'historique de ses troubles est surtout utile au psychiatre traitant afin de déterminer une stratégie thérapeutique.

Enfin, contrairement à ce qu'allègue la recourante, les experts du CEM expliquent également les raisons pour lesquelles elle a développé un si grand besoin d'aide pour s'occuper de son ménage, dans la mesure où ils ont souligné la présence d'une majoration des symptômes somatiques pour des raisons psychologiques (névrose de compensation) et précisé que ce besoin de compensation ressenti par l'assurée est justifié par cette dernière par les souffrances endurées pendant l'enfance et la longue période durant laquelle elle a dû prendre soin de sa mère malade et de ses deux frères cadets.

Par conséquent, le Tribunal considère que l'expertise doit se voir reconnaître pleine valeur probante et, en conséquence, fait siennes les conclusions des experts et retient que la recourante présente une capacité de travail entière dans son activité précédente depuis janvier 2008 et une incapacité de travail totale en 2007 en raison de son hospitalisation en milieu psychiatrique ainsi que de la nécessité d'un encadrement psychiatrique.

12. La recourante requiert des mesures supplémentaires d'instruction, à savoir la mise en œuvre d'une expertise médicale pluridisciplinaire neutre.

Selon la jurisprudence, le juge peut renoncer à un complément d'instruction, sans violer le droit d'être entendu de l'assuré découlant de l'art. 29 al. 2 Cst., s'il est convaincu, en se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies, par les investigations auxquelles il doit procéder d'office, que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation (appréciation anticipée des preuves; ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c; ATFA non publié du 17 mars 2003, U 154/02, consid. 6.1 et les références citées).

Etant donné que les pièces versées au dossier permettent de statuer en pleine connaissance de cause sur le présent litige, la mise en œuvre d'une expertise supplémentaire s'avère superflue par appréciation anticipée des preuves. En conséquence, il n'y a pas lieu de donner suite à la demande d'instruction complémentaire.

13. Dans un deuxième grief, la recourante conteste que son trouble dépressif puisse être qualifié de « trouble d'accompagnement d'un syndrome douloureux » et fait remarquer à cet égard que le trouble dépressif est apparu chez elle il y a plusieurs années de cela, soit bien avant le trouble somatoforme douloureux.

Il est exact qu'en l'espèce, tous les médecins s'accordent sur le fait que les épisodes dépressifs étaient à tout le moins présents en 2005 - année du premier séjour de la recourante au CTB - et même, vraisemblablement, bien avant puisque la recourante

affirme avoir été suivie sur le plan psychique pendant son séjour au Portugal de décembre 2001 à septembre 2005, étant précisé toutefois que ce suivi n'a pu être documenté. Pour sa part, la Dresse B\_\_\_\_\_ a fait remonter l'apparition du trouble dépressif et du trouble somatoforme douloureux persistant à 2007. Cette appréciation est globalement confirmée par les experts, qui précisent que les plaintes douloureuses augmentées doivent être comprises dans le contexte de l'épisode dépressif sévère que la recourante a traversé fin 2007. Quant au Dr G\_\_\_\_\_, sur la seule base des limitations décrites par l'assurée à sa dernière place de travail en 2001, il arrive à diagnostiquer la présence d'un syndrome douloureux existant depuis plusieurs années, étant souligné qu'il n'a examiné la recourante ni en 2001, ni à aucun moment, et que les experts diagnostiquent un syndrome fibromyalgique dans le cadre d'un épisode dépressif sévère en 2007.

S'agissant de questions d'ordre psychique, il y a lieu de se montrer d'autant plus exigeant pour apprécier la valeur probante d'un rapport médical que les conclusions du médecin se fondent sur un dossier et non pas sur un examen personnel de l'assuré (ATFA non publié I 437/02 du 13 mai 2003, consid. 3.4; RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). Or, sur la base des mêmes faits que ceux mentionnés par les experts, le Dr G\_\_\_\_\_ fixe le début des troubles douloureux en 2001 contre 2007 par les experts, sans expliquer en quoi il y a lieu de s'écarter de l'avis des experts et, partant, procède à une nouvelle appréciation sans expliquer en quoi son opinion devrait être préférée à celle des experts. Par conséquent, faute d'être motivé son rapport n'a aucune valeur probante sur cette question et la recourante soutient à juste titre que les troubles dépressifs dont elle souffre ne sont pas des troubles d'accompagnement du syndrome fibromyalgique, mais bien des troubles indépendants de ce dernier puisqu'ils sont apparus antérieurement aux troubles douloureux.

La durée du trouble dépressif qui existe maintenant depuis plusieurs années et son acuité en 2007 décrite par les experts comme sévère permettent de conclure que les critères d'acuité et de durée suffisamment importants posés par la jurisprudence pour admettre le caractère invalidant de la comorbidité, sont réalisés pour la seule année 2007. En revanche, à partir de janvier 2008, dans la mesure où le trouble dépressif récurrent a été considéré comme étant en rémission, son acuité n'est plus suffisante pour justifier une invalidité. Au demeurant, il n'est pas nécessaire d'examiner si les autres critères établis par la jurisprudence pour admettre le caractère invalidant d'un syndrome fibromyalgique sont réalisées puisque que les experts ont nié que la mise en œuvre d'une capacité de travail entière dans l'activité précédente ne pouvait pas être exigée de la recourante.

Etant donné que, durant l'année 2007, la recourante n'était pas en mesure d'exercer son activité antérieure, le taux d'invalidité peut être déterminé au moyen d'une comparaison en pour-cent et doit être fixé à 100 % ce qui lui donne droit à une rente entière d'invalidité. En effet, lorsqu'on procède à une évaluation, celle-ci ne doit pas nécessairement consister à chiffrer des valeurs approximatives; une compa-

raison de valeurs exprimées simplement en pour-cent peut aussi suffire. Le revenu hypothétique réalisable sans invalidité équivaut alors à 100 %, tandis que le revenu d'invalidité est estimé à un pourcentage plus bas, la différence en pour-cent entre les deux valeurs exprimant le taux d'invalidité (comparaison en pour-cent; ATF 114 V 313 consid. 3a et les références). Par ailleurs, l'intimé considère que le délai de carence d'une année de l'art. 29 al. 1 let. b LAI a pris fin en juillet 2002 puisque l'incapacité de travail était totale depuis le mois de juillet 2001. On peut se demander s'il ne faudrait pas plutôt prendre en considération l'incapacité de travail postérieure au retour en Suisse pour fixer le début du délai de carence. Toutefois, dans un cas comme dans l'autre, il est avéré que ledit délai de carence a en tout cas pris fin au 31 décembre 2006.

Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit la réduction ou l'augmentation de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 41 LAI (ATF 125 V 417 ss. consid. 2d et les références; VSI 2001 p. 157 consid. 2), respectivement 17 LPGA. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'article 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 349 consid. 3.5, 113 V 275 consid. 1a; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b, ATF A non publié du 28 décembre 2006, I 520/05, consid 3.2).

En l'espèce, il y a lieu de reconnaître à la recourante le droit à une rente entière d'invalidité pour l'année 2007 uniquement, puisque, dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008, sa capacité de gain s'est améliorée en passant de 0% à 100% à la suite d'une modification sensible de son état de santé, plus exactement de son trouble dépressif récurrent, qui n'est plus considérée par les experts comme un épisode actuel sévère, mais comme étant actuellement en rémission. L'intimé a en effet admis que le délai de carence d'une année ouvrant droit aux prestations de l'assurance-invalidité avait pris fin en juillet 2002.

En cas d'allocation d'une rente dégressive ou temporaire, la date de la modification du droit (diminution ou suppression de la rente) doit être fixée conformément à l'art. 88a al. 1 RAI (ATF 125 V 417 consid. 2d; RCC 1984 p. 137). Selon cette disposition, si la capacité de gain d'un assuré s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période; il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

En l'espèce, il convient de supprimer la rente entière d'invalidité basée sur un taux d'invalidité de 100%, dès le 1<sup>er</sup> avril 2008, date à laquelle l'amélioration de la capacité de gain de la recourante a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine ne fût à craindre.

14. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis. La recourante obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de 2'000 fr. lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA). Etant donné que depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de 500 fr.

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

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet partiellement en ce sens que la recourante se voit reconnaître le droit à une rente entière d'invalidité limitée dans le temps à la période du 1<sup>er</sup> janvier 2007 au 31 mars 2008.
3. Rejette le recours pour le surplus.
4. Renvoie la cause à l'intimé pour calcul des prestations dues.
5. Condamne l'intimé à verser à la recourante une indemnité de 1'000 fr. à titre de dépens.
6. Met un émolument de 500 fr. à la charge de l'intimé.
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

Yaël BENZ

Karine STECK

Le secrétaire-juriste : Philippe LE GRAND ROY

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