

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4171/2009

ATAS/932/2010

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 4

du 15 septembre 2010

En la cause

Madame C_____, domiciliée à GENEVE, représentée par
CSP-CENTRE SOCIAL PROTESTANT

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Juliana BALDE, Présidente; Christine LUZZATTO et Dana DOREA, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Madame C_____ (ci-après l'assurée ou la recourante), née en 1961, a effectué divers emplois depuis 1983, notamment dans le domaine informatique, dans le domaine parascolaire, comme chauffeur de taxi et dans la restauration. Dès 2006, elle a travaillé comme serveuse dans un restaurant.
2. Le 5 juin 2009, l'assurée a déposé une demande de prestations AI pour adultes auprès de l'Office de l'assurance-invalidité (ci-après l'OAI ou l'intimé), au motif qu'elle est totalement incapable de travailler depuis le 8 janvier 2008 en raison d'une dépression anxieuse.
3. A la demande de l'OAI, le Dr L_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a établi un rapport médical le 1^{er} juillet 2008. Comme diagnostics avec effet sur la capacité de travail, ce médecin a retenu un épisode dépressif sévère, sans symptômes psychotiques (F 32.2), des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de cocaïne, utilisation continue (F 14.25) et des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacés, actuellement abstinents (F 11.20). Selon ce médecin, qui suivait l'assurée depuis le 22 février 2008, les symptômes étaient notamment une humeur déprimée, une perte d'intérêt ou de plaisir, une diminution de l'énergie et une fatigabilité accrue, une perte de confiance et d'estime de soi, des pensées suicidaires, une altération de la capacité à penser et à se concentrer, une perturbation du sommeil, un sentiment de désespoir, une incapacité de faire face aux responsabilités habituelles et un pessimisme au sujet du futur. Sur le plan subjectif, l'assurée présentait des troubles du sommeil, une fatigue mentale et physique, de la tristesse, de l'anxiété, un manque d'envie d'accomplir les tâches quotidiennes, un manque de concentration, un sentiment d'inutilité et d'infériorité. L'assurée était incapable de poursuivre ses activités sociales, professionnelles et ménagères, de sorte que sa capacité de travail dans son activité habituelle était nulle. Quant au pronostic, il était défavorable.
4. Sur demande de l'OAI du 19 juin 2008, le dernier employeur de l'assurée, le Restaurant X_____, a rempli un questionnaire. Il en ressort que l'assurée y a travaillé en tant que serveuse dès le 1^{er} novembre 2006, pour un salaire mensuel de 4'200 fr., versé treize fois l'an. Elle était en congé maladie depuis le 7 janvier 2008. Il est le lieu de préciser qu'il s'agit du restaurant exploité par l'époux de l'assurée dont elle est séparée de fait.
5. Lors d'un entretien qui s'est tenu le 8 juillet 2008 entre l'OAI et l'assurée, cette dernière a déclaré qu'elle pensait pouvoir travailler et sollicitait une aide dans ce sens.

6. Par communication du 14 juillet 2008, l'OAI a informé l'assurée qu'une mesure d'intervention précoce, sous forme d'orientation professionnelle, lui était octroyée auprès des Établissements publics pour l'intégration (ci-après les EPI).
7. Le médecin-traitant de l'assurée, le Dr M_____, spécialiste FMH en médecine générale, a établi un rapport médical en date du 3 septembre 2008. Comme diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail, ce médecin a retenu un état dépressif depuis 2007, en précisant que l'assurée était sortie d'une consommation de stupéfiants en avril 2008. Comme diagnostics sans effet sur la capacité de travail, ce médecin a retenu une plaie et une contusion à la cornée de l'œil gauche depuis juillet 2008, ainsi qu'une épicondylite au coude droit depuis août 2008. Ce médecin relevait alors un bon état général, l'assurée étant en sevrage depuis avril 2008. Elle présentait des troubles de la concentration, un moral fluctuant et avait perdu quelques capacités. Il précisait par ailleurs qu'une réhabilitation était possible si l'assurée retrouvait une activité adaptée. Dans la dernière activité exercée, la capacité de travail était nulle. Toutefois, dans une activité appropriée, sa capacité demeurait entière.
8. Selon avis médical du 16 septembre 2008 établi par le Dr N_____, spécialiste FMH en médecine générale et médecin auprès du Service médical régional AI (ci-après le SMR), l'assurée pouvait reprendre son travail de serveuse ou toute activité, sauf la conduite de véhicule, et ce à raison de 100%. En effet, et selon ce médecin, l'incapacité de travail dès décembre 2006 peut être justifiée par un état dépressif sévère. Par la suite, l'assurée a repris le travail. Il y a eu une aggravation fin 2007 - début 2008, avec une amélioration en quelques mois avec l'arrêt de la toxicomanie en avril 2008. Quand bien même le psychiatre-traitant attestait d'une incapacité de travail totale en juin 2008, l'assurée pouvait reprendre son travail de serveuse.
9. En date du 16 octobre 2008, l'OAI a notifié à l'assurée un projet de décision, lui refusant le droit à des prestations de l'assurance-invalidité au motif que sa capacité de travail dans son activité habituelle est demeurée entière dès le mois de septembre 2008.
10. Le 23 octobre 2008, les EPI ont rendu leur rapport d'orientation. Il en ressort ce qui suit. L'assurée a été absente 4 jours, pour cause de maladie, sur les 20 jours de la durée du mandat d'observation. Elle est actuellement inapte au placement en entreprise en raison de son comportement inadéquat (arrivées tardives, manque d'engagement, idée qu'elle n'est plus compétitive) et en lien avec des difficultés de nature psychosociale (autres préoccupations personnelles que la reprise d'un emploi, telles que mettre de l'ordre dans sa vie; faible résistance au stress). Si l'assurée peut, théoriquement, exercer les diverses activités discutées avec les maîtres pendant la mesure (contrôleuse esthétique en horlogerie; secrétaire-réceptionniste; vendeuse), il ne fait aucun doute que d'autres cibles professionnelles seraient adaptées à sa santé physique et à son potentiel de progression (restauration,

vente, tertiaire, horlogerie). Afin de rendre l'assurée plus "observable" en vue d'une orientation professionnelle adéquate, les EPI proposaient que soit mis en place un contrat de progrès, la poursuite de sa prise en charge psychothérapeutique et une mesure d'orientation plus longue.

11. Par pli du 7 novembre 2008 adressé au Centre social protestant (ci-après le CSP), représentant les intérêts de l'assurée, le Dr L_____ a rappelé que la capacité de travail de l'assurée était nulle, que son état de santé ne s'était pas amélioré et que le pronostic n'était pas bon.
12. Par courrier du 17 novembre 2008, l'assurée a contesté le projet de décision du 16 octobre 2008 rendu par l'OAI. Selon l'assurée, ce projet reposait sur des mesures d'instructions incomplètes et sur une constatation des faits inexacte. L'assurée exposait que seul l'avis du Dr L_____ devait être suivi, dès lors qu'elle présente des problèmes psychiatriques. Au besoin, elle proposait la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique.
13. Par avis médical du 8 décembre 2008, le SMR préconisait de demander au Dr L_____ si, selon lui, il y a eu une incapacité de travail avant le 1^{er} mars 2008 et, dans l'affirmative, pour quelles raisons et depuis quand. Le SMR ajoutait que même si l'incapacité de travail remontait au 1^{er} août 2008, ou au 1^{er} mars 2008, comme l'indique le Dr L_____, le délai de carence d'un an ne serait dans tous les cas pas écoulé, s'agissant de l'octroi d'une rente. Il faudra alors revoir la situation au début janvier 2009.
14. Le Dr L_____ a indiqué, dans un pli du 12 janvier 2009, qu'il suivait l'assurée depuis le 22 février 2009. Elle était déjà en arrêt de travail, délivré par son médecin-traitant depuis novembre 2007, date à laquelle elle a commencé à présenter un trouble anxiodépressif. L'assurée a progressivement montré une aggravation de son état de santé début de l'année 2008, à tel point qu'elle est devenue incapable de poursuivre ses activités sociales, professionnelles et ménagères. Elle n'a toujours pas montré une évolution favorable.
15. En date du 16 février 2009, le SMR proposait la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique vu les difficultés à déterminer quelle est la capacité de travail raisonnablement exigible de l'assurée, et depuis quand.
16. L'OAI a mandaté le Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (ci-après le COMAI) en vue d'expertiser l'assurée. L'expertise a eu lieu les 7 mai et 10 juin 2009 et a été diligentée par le Dr O_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, lequel a rendu son rapport le 18 septembre 2009. L'expert a relevé que l'assurée rapporte essentiellement des difficultés à se concentrer, une difficulté relationnelle, quelques douleurs, des ruminations, des angoisses dans les situations de stress, une forte réactivité émotionnelle et parfois une impulsivité, une fatigue et de la tristesse, une irritabilité, des sentiments de

culpabilité et de dévalorisation ainsi que des idées noires, l'appétit étant variable. L'assurée ne présente pas d'anhédonie, mais n'aborde pas la question de la libido. Elle apprécie la lecture. Il n'y a pas de troubles du sommeil. Au quotidien, elle est autonome. À la description qu'elle fait du déroulement d'une journée, l'expert note qu'il n'y a pas de restriction manifeste de ses activités sociales. À l'examen clinique, l'expert observe une réactivité émotionnelle lorsqu'on aborde des sujets sensibles. En dehors de cela, la tristesse est légère. Il n'y a pas de ralentissement, d'accélération psychique ni de trouble cognitif manifeste. L'assurée a une bonne capacité d'élaboration psychique. Les examens complémentaires confirment l'abstinence aux drogues. Sur la base de ces éléments, l'expert retient en premier lieu une personnalité émotionnellement labile de type borderline (F 60.31). Il relève qu'il y a eu une tentative de suicide par le passé avec une tentative également d'automutilation, ce qui démontre une certaine impulsivité. L'assurée décrit des fluctuations de son humeur. Il y a une appétence pour les stupéfiants ce qui est fréquemment rencontré chez les patients borderline. A cela s'ajoute des traits de personnalité dépendants et un manque de confiance en soi, avec une tendance à douter. Ces éléments trouvent fort probablement leur origine dans une enfance très douloureuse avec une perte affective significative (sa mère) en bas âge et des abus sexuels subis de la part du père. Ce trouble s'est répercuté sur ses relations conjugales. Malgré la sévérité du trouble, l'assurée a de bonnes ressources personnelles, elle a pu établir des relations sentimentales stables et durables dans le passé et maintenir une abstinence à la cocaïne et aux opiacés, ce qui implique un certain effort de volonté. L'assurée présente un trouble dépressif récurrent. Actuellement, l'épisode dépressif est léger, sans syndrome somatique. Les plaintes subjectives sont plus importantes que les constatations objectives. On note que l'assurée parvient à s'investir dans des activités plaisantes, qu'elle conserve des relations sociales, qu'elle se rend au restaurant de son mari pour s'assurer que tout se passe bien et que son conseil est sollicité par certaines de ses connaissances. De plus, à l'examen clinique, l'expert n'observe pas de fatigue ni de ralentissement psychomoteur et la tristesse est légère. Actuellement, cette affection n'est pas sévère. L'assurée présente des troubles mentaux du comportement liés à l'utilisation d'opiacés et de cocaïne avec actuellement une abstinence dans les deux cas. Il existe un lien étroit entre ces trois affections. On observe fréquemment des abus de substances chez les patients borderline, en raison de l'impulsivité notamment. La prise de cocaïne a un effet euphorisant qui améliore la thymie lors de la prise, mais provoque une aggravation de la thymie lors du sevrage. Dès lors, l'expert considère que l'assurée a présenté une décompensation psychique en janvier 2008. La compensation de la thymie a certainement persisté après le sevrage à la cocaïne. L'assurée a semble-t-il encore consommé dans le courant du printemps 2008. Selon l'expert, l'on peut considérer qu'il s'en est suivi une amélioration progressive de la thymie dès le début du mois de septembre 2008. Les motifs de l'échec du stage de réadaptation professionnelle sont plus probablement en lien avec sa structure de personnalité qu'avec son trouble de l'humeur. Ainsi, l'expert retient une incapacité

totale du 8 janvier 2008 au 31 août 2008, puis une capacité de travail de 100 % dans une activité de serveuse. L'assurée ne présente plus de limitations fonctionnelles. Elle peut travailler comme serveuse à raison de 8 heures par jour, sans diminution de rendement. Elle peut aussi exercer son activité de chauffeur de taxi. Elle reste une personne fragile de sorte que l'on peut s'attendre à des rechutes dépressives dans le futur. En résumé, l'expert ne retient aucun diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail. Les troubles sans répercussions sur la capacité de travail sont un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger, sans syndrome somatique (F 33.00) depuis 20 ans environ, une personnalité émotionnellement labile de type borderline (F 60.31) depuis le début de l'âge adulte, des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacés, actuellement abstinentes (F 11.20) depuis 2002, des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de cocaïne, actuellement abstinentes (F 14.20) depuis 2003.

17. Par avis médical du 12 octobre 2009, le SMR, se basant sur l'expertise du COMAI, a retenu une absence de limitations fonctionnelles et une absence d'incapacité de travail durable, hormis la période d'incapacité de travail à 100 % du 8 janvier au 31 août 2008, avec récupération d'une pleine capacité de travail dans l'activité habituelle, dès le 1^{er} septembre 2008.
18. Le 21 octobre 2009, l'OAI a notifié à l'assurée une décision lui refusant le droit à des prestations de l'assurance invalidité, pour les motifs indiqués dans l'expertise COMAI du 18 septembre 2008 et dans l'avis médical du SMR du 12 octobre 2009.
19. En date du 18 novembre 2009, l'assurée forme recours contre la décision de l'OAI du 21 octobre 2009. Elle expose qu'elle est malade, en traitement et en incapacité de travail.
20. Par mémoire de réponse du 10 décembre 2009, l'intimé se réfère, s'agissant des faits, à la décision querellée. Sur le fond, sa position est fondée sur l'expertise psychiatrique fouillée effectuée par le Dr O _____, lequel a examiné la recourante à deux reprises les 7 mai et 10 juin 2009. Selon l'intimé, le rapport en découlant a été établi de manière circonstanciée, par un spécialiste, au terme d'une étude attentive et complète du dossier. Il relate par le détail les résultats dudit examen, tout en tenant compte des plaintes et de l'anamnèse de la recourante. Les diagnostics posés sont clairs, les conclusions motivées et exemptes de contradiction. Ainsi, l'intimé estime que l'expertise précitée remplit tous les réquisits jurisprudentiels pour se voir accorder pleine valeur probante de sorte qu'il était légitimé à se fonder sur ces conclusions pour prononcer la décision entreprise.
21. Une audience de comparution personnelle des parties s'est tenue le 24 février 2010 par-devant le Tribunal de céans. Lors de cette audience, la recourante a déclaré qu'elle était toujours en traitement auprès du Dr L _____ qui l'avait adressée

au programme de dépression des Hôpitaux universitaires genevois (ci-après les HUG). Elle indiquait que sa capacité de travail était toujours nulle. De plus, elle exposait ne pas comprendre les conclusions de l'expertise du COMAI, ajoutant que son psychiatre n'en avait pas eu connaissance. S'agissant des apnées du sommeil, qui ont débuté il y a deux ans, elle indique qu'il y a une amélioration. Ces apnées la fatiguent et entraînent des répercussions sur son état de santé psychique. Elle a déclaré que la dépression était très cyclique. Selon elle, son activité de serveuse n'est plus possible du point de vue physique, car elle suit des traitements pour le bras gauche. Elle indique enfin que c'est surtout sa concentration qui ne va pas, le contact avec les gens est compliqué et elle ne supporte pas le stress. Elle dit avoir parlé à l'expert d'une reconversion professionnelle éventuelle dans une activité légère. Elle sollicitait enfin l'audition du Dr L. _____ par le Tribunal de céans. Quant à l'intimé, il a indiqué ne pas avoir interrogé l'expert au sujet de dates divergentes dans son expertise relativement à la durée d'incapacité de travail totale, ce pour des raisons organisationnelles.

22. Par pli du 20 avril 2010, la recourante, par le biais de son mandataire, a proposé la mise en œuvre d'une expertise judiciaire, se basant sur divers avis médicaux produits avec son écriture. Elle produit en premier lieu un rapport établi le 17 mars 2010 par le Dr P. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et chef de clinique auprès du Département de psychiatrie des HUG, lequel retient, comme diagnostics, un épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques congruents à l'humeur (F 32.20), des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de sédatif (Benzodiazépines) avec syndrome de dépendance en utilisation continue (F 13.25) et un possible trouble de la personnalité émotionnellement labile type borderline (F 60.31). Le Dr P. _____ met en évidence une symptomatologie dépressive d'intensité sévère avec des symptômes d'allure psychotique, telles que des hallucinations auditives et des sentiments d'allure persécutoire congruents à l'humeur et en réduction avec l'introduction de l'olanzapine (Zyprexa). L'hypothèse d'un épisode maniaque par le passé, et dans ce sens d'un trouble bipolaire, n'est pas retenu vu que l'épisode en question était dû au fait que l'assurée s'occupait à l'époque de l'ouverture du restaurant de son mari ce qui avait nécessité beaucoup d'engagement et beaucoup d'énergie. Il ne ressortait pas de l'anamnèse d'autres épisodes maniaques ou hypomaniaques avec des conséquences psycho-sociales qui pourraient faire suspecter plus fortement d'un trouble bipolaire. Il exposait enfin qu'il ne pouvait pas exclure qu'une partie de la symptomatologie dépressive soit induite par l'utilisation anarchique des benzodiazépines ce qui pourrait provoquer des problèmes de concentration, de perturbation des rythmes de sommeil et alimentaires, ainsi qu'une négligence d'autres tâches du quotidien pouvant contribuer au score élevé du MADRS. Quant à des troubles somatiques, ce médecin mentionne des douleurs bilatérales aux coudes traitées. En second lieu, l'assurée produit deux rapports datés des 6 et 14 avril 2010, établis par la Dresse Q. _____, médecin adjoint auprès du laboratoire du

sommeil des HUG. En substance, il en ressort que l'assurée a déclaré que la dernière aggravation du sommeil a été constatée il y a environ 7 à 8 ans. Selon la recourante, ses problèmes ont été clairement déclenchés par la consommation de toxiques (héroïne pendant 2 à 3 ans et cocaïne pendant 3 à 4 ans). Malgré l'abstinence complète depuis plusieurs années, les troubles du sommeil persistent et semblent beaucoup influencer sa qualité de vie. Un enregistrement polysomnographique effectué le 7 avril 2010 a confirmé en premier lieu la présence d'une insomnie de maintien extrêmement importante (efficacité du sommeil abaissée à 65 %). Le temps total de sommeil est raccourci (5h45) mais l'assurée ne souffre pas d'une insomnie d'endormissement malgré son impression subjective. La macrostructure du sommeil est fortement perturbée. Le médecin note une grande fragmentation et une diminution du taux du sommeil paradoxal (effet très probable de la médication). La polysomnographie permet également d'exclure la présence de toute pathologie respiratoire du sommeil. Sur le plan moteur, on constate une petite élévation de l'index PLM. Sur le plan clinique, il est signalé une élévation très importante de l'échelle de dépression de Beck (38/63). Concernant la prise en charge thérapeutique, la Dresse Q_____ recommande en premier lieu de restreindre le temps passé au lit. Sur le plan médicamenteux, il serait envisageable d'introduire un traitement par antidépresseurs sédatifs. Le traitement par les hypnotiques (benzodiazépines ou apparentés aux benzodiazépines) est à vérifier en raison de la grande micro fragmentation du sommeil et de l'augmentation de la proportion du sommeil léger.

23. Le Dr L_____ a été entendu lors de l'audience d'enquêtes qui s'est tenue le 28 avril 2010 par-devant le Tribunal de céans. Lors de cette audience, ce médecin a déclaré suivre la recourante depuis le 22 février 2008, jusqu'à ce jour, à raison d'une consultation par semaine. Il a confirmé les diagnostics posés dans son rapport du 1^{er} juillet 2008 à l'intention de l'OAI. Concernant l'épisode dépressif sévère, sans symptômes psychotiques à l'époque, il précise que cet état est fluctuant d'une période à l'autre. L'épisode dépressif peut s'améliorer durant quelques jours, mais il n'y a cependant pas d'évolution favorable. Le Dr L_____ indique que lorsque la recourante a été vue par le COMAI, entre mai et juin 2009, elle allait légèrement mieux, du point de vue de l'état dépressif. S'agissant des observations de l'expert aux termes desquels l'état dépressif était léger en mai et juin 2009, le Dr L_____ n'est pas d'accord avec lui. Contrairement à ce qu'indiquait l'expert, soit l'absence de troubles du sommeil, cette constatation est inexacte. En effet, la recourante a toujours eu des troubles du sommeil, qui est un symptôme de son état dépressif. De son point de vue, selon la description faite par l'expert, il aurait dû conclure à un état dépressif modéré à l'époque. Le Dr L_____ ajoute que l'état de santé de la recourante n'a pas connu d'évolution favorable et qu'il est resté stationnaire. Selon lui, elle présente toujours un épisode dépressif sévère. Elle est ainsi incapable de travailler depuis le 1^{er} mars 2008. Selon ce médecin, on ne peut pas parler d'amélioration, mais d'un état psychique fluctuant. Selon lui, l'état

psychique peut s'améliorer légèrement pendant peut-être 2 à 3 jours, mais il n'a jamais constaté d'amélioration durant 1 mois entier.

24. Le Dr O_____ a également été entendu lors de l'audience d'enquêtes du 28 avril 2010. Il a déclaré s'être fondé sur les critères de la CIM-10 pour poser le diagnostic d'épisode dépressif léger. Pour ce faire, il a tenu compte aussi bien des symptômes décrits par la recourante que son observation clinique. A ce sujet, il n'a pas observé de ralentissement psychique, ni d'état de fatigue marqué. Il n'avait pas non plus observé de troubles cognitifs manifestes. La tristesse était légère. Selon l'expert, il est exact que l'épisode dépressif peut être fluctuant notamment au regard du diagnostic émotionnellement labile. L'état de santé peut fluctuer de façon très variable, soit dans la journée. L'assurée peut être bien le matin et moins bien l'après-midi, ou alors l'état de santé peut varier pendant 2 ou 3 jours. L'expert expose s'être fondé sur le fonctionnement quotidien de l'assurée. Il a pu constater qu'elle était apte à effectuer ses tâches administratives, à répondre à des sollicitations de son mari, par exemple, de sorte que ledit fonctionnement allait plutôt à l'encontre d'un diagnostic d'état dépressif sévère. A la question de savoir pourquoi l'expert n'a pas noté, dans son rapport, que l'assurée ne présentait pas de troubles du sommeil en regard de sa plainte, il a exposé que même si l'assurée a déclaré ne pas se sentir bien reposée le matin, cela ne permettait pas de poser un diagnostic de troubles du sommeil. L'expert n'excluait pas qu'il y en ait. Sur question, il expose qu'il y a une erreur de date dans son rapport en page 14: l'incapacité totale de travail doit être retenue jusqu'au 31 août 2008 et non pas 2009. C'est la page 11 de son rapport qui fait foi. Il explique que l'assurée a effectué un sevrage au printemps 2008. Pour sa part, il pense que l'échec du stage de réadaptation professionnelle est plutôt dû à la structure de la personnalité qu'aux troubles de l'humeur, ce pour deux raisons. D'une part, il a noté certaines améliorations rapportées par l'assurée. Elle est ainsi moins méfiante depuis qu'elle est abstinente, les comportements autodommageables étant en lien avec la prise de cocaïne. D'autre part, elle avait repris du poids depuis le sevrage. S'agissant du trouble de la personnalité, l'expert ne pense pas qu'il soit invalidant. Il trouve son origine dans l'enfance. En revanche, ce trouble de la personnalité est révélateur d'une personnalité fragile. Il explique que plusieurs éléments ressortant de son rapport parlent contre le diagnostic d'épisode sévère. L'assurée a déclaré qu'elle ne présentait pas de troubles de la concentration et de l'attention, elle lisait des best-sellers, des ouvrages sur le bouddhisme, elle donnait des conseils sur demande de tiers, elle passait 2 heures le soir sur internet, toutes activités qui ne peuvent pas être effectuées normalement par une personne présentant un épisode dépressif sévère. En effet, dans ces cas, les malades manquent totalement d'énergie. Au surplus, il n'y a pas eu, à sa connaissance, d'hospitalisation psychiatrique ou d'autre prise en charge hospitalière en milieu psychiatrique. Il relève avoir un doute, émettant la possibilité que l'assurée ait été admise en urgence à l'hôpital cantonal, mais pas à Belle-Idée. S'agissant de la prise de cocaïne, les personnes recherchent

un effet euphorisant pour améliorer l'humeur. Lors du sevrage, un des effets consiste fréquemment en l'apparition d'un syndrome dépressif. Il a retenu une amélioration à compter du mois de septembre 2008, soit 4 mois après la fin du sevrage. S'agissant des rechutes, l'expert relève qu'elles sont difficilement prévisibles. Il faudrait analyser les facteurs de décompensation psychique passés. Dans le cas de l'assurée, il se souvient qu'elle avait des problèmes conjugaux. Le Dr O _____ indique que l'échelle de dépression de BECK est une méthode reconnue, mais à son avis plus utile pour juger de l'évolution du traitement que pour poser un diagnostic. Une échelle de BECK avec un score de 38 sur 63 est effectivement élevé. Cela ne dispense pas le praticien de confronter le résultat de l'échelle avec l'examen clinique. Selon lui, un enregistrement polysomnographique confirmant la présence d'insomnie de maintien extrêmement importante avec une efficacité du sommeil abaissée à 65 % suggère un trouble du sommeil, mais il n'est pas spécialiste en la matière. Selon lui, les problèmes d'endormissement sont plutôt liés à des problèmes d'anxiété. Pour sa part, il n'avait pas observé de fatigue à l'examen clinique. Enfin, l'expert indique que l'état dépressif peut avoir de l'influence sur le discours de l'assurée. Il explique qu'une personne qui souffre de dépression a un discours qui comporte 2/3 d'éléments négatifs et 1/3 d'éléments positifs alors que pour une personne qui ne souffre pas de dépression, la proportion est inverse.

25. Par écriture du 19 mai 2010, l'intimé a relevé que les renseignements recueillis lors des enquêtes ne permettent pas de modifier leur appréciation du dossier. Se fondant sur un rapport du SMR du 4 mai 2010, il considère que les divergences entre les conclusions du psychiatre traitant et du psychiatre expert relèvent d'une appréciation différente, et non pas du constat d'une situation différente avec amélioration transitoire lors de l'examen d'expertise, peu vraisemblable en regard des deux examens d'expertise effectués à 5 semaines d'intervalle. La conclusion d'épisode dépressif léger est étayée par l'expert, par l'indication d'observations précises, alors que le psychiatre traitant indique une évolution stationnaire, sans fournir d'élément objectif en faveur d'un état dépressif sévère. L'intimé maintient ses conclusions tendant au rejet du recours, tout en précisant qu'il apparaît qu'une aggravation de l'état de santé est rendue plausible postérieurement à la décision querellée. S'ils pourraient le cas échéant faire l'objet d'une demande de révision de la part de la recourante selon l'évolution, ces faits ne sont toutefois pas de nature à influencer l'appréciation du dossier au moment où la décision attaquée a été rendue.
26. Par écriture du 10 juin 2010, la recourante a exposé que le Dr O _____ s'était basé sur un état de fait qui n'était pas conforme à la réalité pour fonder son diagnostic. Pour justifier son diagnostic, l'expert a évoqué notamment l'absence de troubles du sommeil de l'assurée, sa capacité à donner des conseils à des tiers ainsi qu'à s'investir dans des tâches quotidiennes, notamment à s'occuper des tâches administratives. Précédemment, il s'appuyait sur les services rendus par la recourante dans le restaurant de son époux. Toutefois, les troubles du sommeil ont

été confirmés par les HUG. S'agissant des capacités sociales de la recourante, elles se limitent à des relations suivies avec son fils et son époux. A ce sujet, la recourante produit un courrier de son époux en attestant. La capacité de l'assurée à gérer ses affaires administratives est également contestée, dès lors que son époux a été amené à diverses reprises à intervenir dans la gestion des affaires de son épouse, notamment en réglant des factures. Enfin, il est contesté que l'assurée ait été capable de rendre des services à son époux au restaurant ces dernières années. Ainsi, la recourante estime qu'il faut retenir un diagnostic d'état dépressif sévère et lui octroyer une rente entière d'invalidité. Subsidiairement, et au vu des divergences entre les spécialistes, elle sollicite la mise en œuvre d'une expertise judiciaire.

27. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS 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) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI ; RS 831.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références).

En l'espèce, l'objet du litige porte sur une demande de prestations du 5 juin 2009. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003 et s'applique donc au cas d'espèce. Tel est également le cas des modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), entrées en vigueur le 1er janvier 2004 (RO 2003 3852) et celles du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision de la LAI), entrées en vigueur le 1er janvier 2008.

3. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, devant l'autorité compétente, le recours est en conséquence recevable (art. 56 ss LPGA).
4. Le litige porte sur le droit à des prestations de l'assurance-invalidité en faveur de la recourante, et singulièrement sur la valeur probante de l'expertise du Dr O_____ du 18 septembre 2009.

5. Aux termes de l'art. 8 al. 1^{er} LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1^{er} LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1^{er} LPGA). En vertu de l'art. 28 al. 1^{er} LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c). L'art. 28 al. 2 LAI dispose que l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à 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. Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, une dépendance comme l'alcoolisme, la pharmacodépendance ou la toxicomanie ne constitue pas en soi une invalidité au sens de la loi. En revanche, elle joue un rôle dans l'assurance-invalidité lorsqu'elle a provoqué une atteinte à la santé physique ou mentale qui nuit à la capacité de gain de l'assuré, ou si elle résulte elle-même d'une atteinte à la santé physique ou mentale qui a valeur de maladie (ATF 99 V 28 consid. 2 ; VSI 2002 p. 32 consid. 2a, 1996 p. 319 consid. 2a).
7. a) La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. La jurisprudence a donc précisé les tâches du médecin, par exemple lors de l'évaluation de l'invalidité ou de l'atteinte à l'intégrité, ou lors de l'examen du lien de causalité naturelle entre l'événement accidentel et la survenance du dommage (ATF 122 V 158 consid. 1b et les références ; SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, *in* : Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHÜPBACH, Bâle 2000, p. 268). Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office de l'assurance-invalidité, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'assurance-invalidité (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge (VSI 1997, p. 318, consid. 3b ; BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142).

b) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il convient que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3). S'agissant de la valeur probante 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

c) Enfin, 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 a ainsi jugé que l'indépendance et l'impartialité des médecins du Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (COMAI) étaient garanties déjà avant l'entrée en vigueur de leur nouveau statut du 1^{er} juin 1994 (ATF 123 V 175 ; cf. également RAMA 1999 n° U 332 p. 193). De même, il a statué qu'en matière d'assurance-accidents, l'administration et le juge des assurances sociales pouvaient, sous certaines réserves, se prononcer sur la base d'expertises réalisées par des médecins liés à l'institution d'assurance (ATF 122 V 157). La Cour européenne des droits de l'homme a d'ailleurs rejeté le recours déposé par l'assuré contre le jugement précité (arrêt *Bicer contre la Suisse* du 22 juin 1999 *in* JAAC 2000 138 1341). Selon la jurisprudence de la Cour, le fait que les experts mandatés par le tribunal soient subordonnés à l'une des parties n'est en principe pas incompatible avec l'art. 6 par. 1^{er} de la Convention européenne des droits de l'homme qui garantit le droit à un procès équitable (JAAC 1998 95 917).

8. En l'espèce, et pour les motifs qui suivent, il y a lieu de conférer à l'expertise effectuée par le Dr O _____ pleine valeur probante.

En premier lieu, l'expert a procédé à un examen complet des pièces pertinentes du dossier, en particulier médicales, de sorte qu'il a rendu son rapport en pleine connaissance des points litigieux (cf. pages 3 à 5 du rapport du 18 septembre 2009).

En deuxième lieu, l'expert, pour tirer ses conclusions, s'est fondé sur des examens complets de la recourante, soit deux entretiens à intervalle d'un mois (le 7 mai et le 10 juin 2009).

En troisième lieu, l'expert a pris en considération les plaintes exprimées par la recourante (cf. pages 5 et 6 du rapport du 18 septembre 2009) et le rapport a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse. A ce sujet, la recourante fait grief à l'expert de ne pas avoir reconnu qu'elle souffrait de troubles du sommeil (cf. page 11 du rapport du 18 septembre 2009). Lors de l'audience d'enquêtes du 28 avril 2010, le Dr O _____ a expliqué que même si la recourante a déclaré ne pas se sentir bien reposée le matin, cela ne permettait pas de poser un diagnostic de troubles du sommeil. A cet égard, force est de constater que le diagnostic de troubles du sommeil a été posé au mois d'avril 2010, soit près de deux ans après les examens effectués par le Dr O _____, de sorte qu'il ne saurait lui en être fait reproche. L'assurée ne démontre pas, de surcroît, qu'au moment de l'expertise, elle souffrait de troubles du sommeil à proprement parler, et n'allègue pas plus l'avoir indiqué à l'expert lors des examens. Enfin, les rapports qu'elle a produits par-devant le Tribunal de céans n'indiquent aucunement que les troubles du sommeil ont une influence sur sa capacité de travail. Dès lors, le fait que le Dr O _____ ait mentionné que l'assurée n'avait pas de troubles du sommeil n'est pas propre à remettre en cause son expertise, ce d'autant plus qu'il a dans tous les cas tenu compte de la fatigabilité alléguée de la recourante pour établir son diagnostic, la fatigue n'étant au final qu'une conséquence des troubles du sommeil. Sur un plan socio-culturel, la recourante fait reproche à l'expert d'avoir considéré qu'elle maintenait des relations sociales, comme par exemple aider son mari, donner des conseils à des tiers, et qu'elle était capable de gérer ses tâches quotidiennes, alors que ce n'était pas le cas. La recourante s'appuie à ce sujet sur un courrier écrit à la main par son époux. Toutefois, l'on peine à comprendre les contestations de l'assurée, dès lors que c'est elle qui a déclaré, lors de l'expertise, qu'elle était autonome dans le cadre de ses activités administratives (cf. page 6 du rapport du 18 septembre 2009). C'est également la recourante qui a déclaré qu'elle conservait des relations sociales autres que son époux ou son enfant, de même qu'elle rendait service à son mari (cf. page 6 du rapport du 18 septembre 2009). D'ailleurs, elle n'allègue aucunement que le Dr O _____ ait faussement retranscrit ses déclarations lors de l'expertise, de sorte que l'on ne saurait faire un quelconque reproche à l'expert à ce sujet. Le Tribunal de céans considère donc que ces points de l'expertise ne prêtent pas le flan à la critique.

En dernier, l'appréciation du contexte médical est claire et les conclusions de l'expert sont dûment motivées et exemptes de contradictions. En effet, le Dr O_____ a dûment motivé les raisons pour lesquels il a retenu un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger. Il s'est à cet égard fondé tant sur les plaintes exprimées par la recourante, que par son observation clinique. Il a exposé, tant dans le cadre de l'expertise qu'en audience d'enquêtes, exemples à l'appui (comme absence de ralentissement psychique et d'un état de fatigue marqué; absence de troubles cognitifs manifestes; tristesse légère; aptitude à effectuer ses tâches administratives; lecture, etc.), les raisons pour lesquels le trouble dépressif devait être qualifié de léger et non de grave comme l'avait retenu le Dr L_____. A cet égard, force est de constater que les divergences entre le diagnostic du Dr O_____ et celui Dr L_____ repose plus sur la gravité de l'état dépressif que sur le trouble lui-même. Ceci dit, ni la recourante ni le Dr L_____ n'explique les raisons pour lesquelles les conclusions de l'expert seraient erronées, ou du moins pas soutenables. A ce sujet, le Dr L_____ a admis, lors de son audition, qu'entre mai et juin 2009, soit au moment de l'expertise, la recourante allait légèrement mieux. Selon lui, à ce moment-là, le trouble dépressif aurait dû être qualifié de moyen et non de léger. Le seul reproche que le Dr L_____ fait au Dr O_____, c'est de ne pas avoir tenu compte des troubles du sommeil. Toutefois, il a précédemment été considéré que cela été sans incidence sur la valeur de l'expertise. Il sied d'ajouter que le Dr L_____ se contredit en indiquant que si l'état psychique peut s'améliorer légèrement pendant 2 à 3 jours, il n'a jamais constaté d'amélioration durant 1 mois, alors même qu'il a admis, durant son audition, qu'entre mai et juin 2009, l'état de santé de la recourante s'était amélioré, donc durant au moins 1 mois. Quant au rapport médical du Dr P_____, il a été fait sur la base d'un seul entretien, près de deux après l'expertise effectuée par le Dr O_____, et il n'expose pas pourquoi les conclusions de l'expert ne seraient pas soutenables. Pour le surplus, il ne se prononce pas quant aux conséquences des atteintes sur la capacité de travail de la recourante.

De surcroît, force est de constater que les conclusions de la mesure d'orientation des EPI sont superposables à celles de l'expert, dès lors que l'échec de l'orientation est dû à son comportement inadéquat et à des difficultés de nature psychosociale, éléments étrangers à l'assurance-invalidité, les EPI concluant que la restauration, notamment, serait adaptée à sa santé physique et à son potentiel de progression.

Au vu de ce qui précède, il y a lieu de conférer au rapport médical du Dr O_____ pleine valeur probante, dès lors qu'il en remplit les réquisits jurisprudentiels. Il en découle qu'il n'est pas nécessaire de mettre en œuvre une expertise judiciaire, comme le demande la recourante.

9. Eu égard à la jurisprudence du Tribunal fédéral relative à la dépendance comme l'alcoolisme, la pharmacodépendance ou la toxicomanie, il n'y pas lieu d'examiner

s'il s'agit d'atteintes primaires ou secondaires, dès lors que l'incapacité de travail d'au moins 40 % a duré moins d'une année (du 8 janvier 2008 au 31 août 2008), n'ouvrant ainsi pas le droit à une rente d'invalidité (art. 28 al. 1 LAI).

10. Mal fondé, le recours sera donc rejeté.
11. En tant que de besoin, et dans l'hypothèse où la recourante entend faire valoir une aggravation de son état de santé postérieurement à la décision querellée, il lui appartient de saisir l'intimé d'une demande de révision.
12. La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la LAI, entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2006, a apporté des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). En particulier, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le Tribunal de céans est désormais soumise à des frais de justice, qui doivent se situer entre 200 fr. et 1'000 fr. (art. 69 al. 1^{bis} LAI). Le présent cas est soumis au nouveau droit (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005), de sorte qu'il sera perçu un émolument.

**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 ; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Isabelle CASTILLO

Juliana BALDE

Le secrétaire-juriste :
Jean-Martin DROZ

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