

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4257/2008

ATAS/1637/2009

**ARRET**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**Chambre 3**

**du 10 décembre 2009**

En la cause

Madame E \_\_\_\_\_, domiciliée à GENÈVE, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître BRAUNSCHMIDT Sarah

recourante

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue  
de Lyon 97, 1203 GENÈVE

intimé

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

---

### EN FAIT

1. Madame E\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1963, a effectué toute sa scolarité au Maroc et y a obtenu un diplôme en secrétariat de direction. A son arrivée en Suisse, en 1992, elle a exercé divers emplois, principalement comme aide de cuisine et dans le domaine du nettoyage.
2. A compter du 1<sup>er</sup> juillet 2003, l'assurée a été dans l'incapacité totale de travailler pour troubles psychiatriques.
3. En 2004, elle a subi une ponction d'une adénopathie cervicale dont les tests n'ont pas permis d'établir l'origine. Suite à la ponction en question, l'assurée a commencé à souffrir de douleurs récurrentes dans la zone cervicale et de céphalées importantes.
4. Le 8 juillet 2005, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance invalidité (ci-après OAI).
5. Dans un rapport du 19 juillet 2005, le Dr L\_\_\_\_\_, spécialiste FMH nez-gorge-oreilles, a fait état d'une forte suspicion de lymphadénite tuberculeuse de la région cervicale supérieure à droite, d'une rhinite allergique et d'un asthme bronchique saisonnier. Il a conclu à une incapacité totale de travail à compter du 1<sup>er</sup> août 2004. Il a également mentionné des troubles psychiques - dont il a indiqué qu'ils étaient traités par la Dresse M\_\_\_\_\_, psychiatre - et de fortes céphalées temporo-pariétales droites.
6. La Dresse M\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a rendu à son tour un rapport dans lequel elle retient les diagnostics de syndrome douloureux diffus et de trouble dépressif récurrent, épisode sévère, avec syndrome somatique. Le médecin a réservé son pronostic au vu de la durée des symptômes et ce, quelles que soient les démarches thérapeutiques envisagées. Elle a indiqué qu'il fallait s'attendre à un arrêt de travail définitif, expliquant que la patiente avait besoin de s'exprimer au travers de ses souffrances physiques et qu'elle ne venait plus guère, face à la sollicitation très marquée de son thérapeute qui voulait l'inciter à abandonner son attitude passive. Le médecin a dit ses craintes de voir se développer un syndrome douloureux chronique chez une personne très déprimée, avec de graves traits de personnalité et a émis l'avis que les troubles somatoformes douloureux se manifestaient avec une telle sévérité que, d'un point de vue objectif, la mise en valeur de la capacité de travail ne pouvait plus raisonnablement être exigée de l'assurée, ajoutant que les affections corporelles et le cumul des facteurs revêtaient une intensité et une durée constante et chronique plus de 12 heures sur 24, 7 jours sur 7, sans rémission durable éventuelle. Elle a ajouté que l'état psychique était cristallisé sans évolution possible et qu'il y avait eu échec des

traitements ambulatoires, ou de réhabilitation, malgré la motivation, la détermination et les efforts déployés.

7. Le 26 juin 2006, la Dresse M\_\_\_\_\_ a établi une nouvelle attestation, dont il ressort qu'elle a revu la patiente en juin 2006 et constaté un état dépressif persistant.
8. Le 28 février 2007, les Drs N\_\_\_\_\_ et O\_\_\_\_\_, du département du service de neurologie des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), ont retenu les diagnostics de céphalées chroniques de type tensionnel sur abus médicamenteux depuis 2004 et état anxiodépressif depuis 2001. Ils ont suggéré un examen psychiatrique pour juger de ce dernier. Ces médecins ont préconisé un sevrage médicamenteux (arrêt du Dafalgan pendant au moins quatre semaines) et l'introduction d'un traitement de fond des céphalées. Les médecins se sont déclarés dans l'incapacité d'évaluer la capacité résiduelle de travail au motif qu'il existait encore des options thérapeutiques (antidépresseur à but antalgique et sevrage médicamenteux, par exemple) qui pourraient influencer cette dernière.
9. L'assurée a été adressée par l'OAI au Dr P\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, qui a rendu son rapport en date du 8 mai 2008, sur la base d'un entretien avec l'assurée, de tests psychométriques, d'un examen paraclinique et du dossier de l'assurée.

Les plaintes subjectives de l'assurée ont été résumées par les termes suivants: "elle se sent essentiellement fatiguée, manquerait d'envie".

L'expert a relevé une très mauvaise concordance entre les hétéro et les autoévaluations, ces dernières semblant toutes surcotées : le test de Hamilton parlait en faveur d'une dépression légère, celui de Beck se révélait fortement pathologique, le test de Spielberger donnait également des résultats élevés à très élevés pour les facteurs d'anxiété et le test LCL 90 R aboutissait à des scores fortement pathologiques pour tous les facteurs, y compris les traits paranoïaques ou psychotiques, résultats dont le médecin a indiqué que, « chez une femme d'intelligence normale maîtrisant le français écrit, cela allait dans le sens d'une tendance à la dramatisation ». L'expert a émis l'avis que la suggestibilité et la tendance à l'amplification étaient manifestes. Il en a tiré la conclusion que les tests soulignaient surtout la tendance de l'assurée à amplifier ou dramatiser ses difficultés et que cela expliquait par avance la discordance d'appréciation entre le médecin expert et le médecin traitant, le second faisant par définition le postulat de sincérité de sa patiente.

L'expert a finalement retenu les diagnostics d'épisode dépressif majeur récurrent de gravité légère et de personnalité probablement histrionique. Il n'a admis qu'une légère diminution de la capacité de travail, de 25 à 30%, imputable à la vulnérabilité psychique de l'assurée. Pour le reste, il a estimé que, d'un point de vue

médico-théorique, l'assurée était capable d'accomplir toute activité adaptée à ses compétences et limitations objectives, au plus tard dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008.

10. Le 23 mai 2008, l'OCAI a communiqué à l'assurée un projet de décision lui reconnaissant le droit à une rente entière du 8 janvier 2006 au 31 mars 2008 mais considérant qu'à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2008, l'assurée avait retrouvé une capacité résiduelle de travail de 70% dans une activité adaptée.
11. L'assurée s'y est opposée par courrier du 5 juin 2008, contestant être capable de travailler à 70% et produisant à l'appui de ses dires un courrier de son psychiatre traitant, le Dr Q\_\_\_\_\_, daté du 6 juin 2008, faisant état des éléments suivants : mimique triste, figée, voix monocorde, phrases courtes, obligation de stimuler la patiente pour que cette dernière explique sa situation, mobilité corporelle spontanée fortement limitée, intense sentiment de dévalorisation, auto-reproches, ruminations nocturnes, limitation du sommeil, faible concentration, fatigabilité, distractibilité et manque d'énergie. Le médecin diagnostiquait un épisode dépressif majeur, de gravité moyenne à sévère, avec syndrome somatique. Il a fait état d'une diminution de l'irritabilité au fil des semaines, mais indiqué que celle-ci subsistait malgré tout et qu'il n'y avait pas d'amélioration sur le plan de l'énergie.
12. Par décision du 24 octobre 2008, l'OCAI a reconnu à l'assurée le droit à une rente entière d'invalidité limitée à la période du 1er janvier 2006 au 31 mars 2008.
13. Par écriture du 24 novembre 2008, l'assurée a interjeté recours contre cette décision en concluant à ce que la rente entière continue à lui être versée au-delà du 31 mars 2008, subsidiairement, à ce que soit mise sur pied une expertise psychiatrique.

La recourante fait valoir que le Dr P\_\_\_\_\_, sur la base du rapport duquel l'OAI s'est fondé pour rendre sa décision, est notoirement « très fréquemment mandaté par l'OAI pour effectuer des expertises psychiatriques ». Elle en tire la conclusion que ce médecin tire une bonne partie de ses revenus des mandats qui lui sont confiés par l'OAI et qu'il en découle un certain rapport de subordination qui permet de douter de l'impartialité de ses expertises.

Elle reproche par ailleurs au rapport de l'expert d'être empreint d'un très grand nombre de considérations morales et jugements de valeur tels que « Madame E\_\_\_\_\_ apparaît comme très immature », ou encore « elle paraît volontiers dramatique, parfois un peu séductrice », ou encore « elle est superficielle dans ses investissements affectifs ».

Elle lui fait également grief de se contenter d'affirmer que le test de personnalité ne peut être utilisé car elle a tendance à l'amplification et à la suggestibilité, sans fournir la moindre explication à l'appui de ces affirmations.

Elle relève que l'expert, bien qu'il ait retenu les diagnostics d'épisode dépressif majeur récurrent - nettement aggravé en 2005 pour atteinte un degré sévère en 2006 - et de trouble majeur de la personnalité, a malgré tout considéré que son état s'était amélioré au motif qu'elle-même et son mari semblaient avoir trouvé un « aménagement, certes boiteux, où la violence conjugale ne paraît plus être au premier plan » et qu'elle faisait preuve d'une bonne compliance. La recourante soutient que, ce faisant, l'expert a motivé une hypothétique amélioration de son état de santé en se basant sur des considérations étrangères à son examen alors même que le résultat de l'ensemble des tests confirme qu'elle est toujours plongée dans une dépression sévère, accompagnée d'une anxiété importante, et qu'elle souffre également de graves troubles de la personnalité.

14. Invité à se déterminer, l'OCAI, dans sa réponse du 12 janvier 2009, a conclu au rejet du recours.
15. Par écriture du 16 février 2009, la recourante a fait remarquer que les observations et conclusions de son psychiatre traitant, le Dr Q \_\_\_\_\_, différaient grandement de celles du Dr P \_\_\_\_\_, notamment quant à la gravité des troubles psychiques dont elle est atteinte. Elle relève que son ancien médecin psychiatre traitant, la Dresse R \_\_\_\_\_, avait à l'époque également confirmé la gravité de ces troubles et leur répercussion sur sa capacité de travail et ce, à deux reprises, en 2005, puis en 2006.

Au surplus, la recourante reproche à l'intimé de n'avoir procédé à aucune instruction quant aux importantes céphalées chroniques dont elle souffre de longue date et à leur répercussion sur sa capacité de travail, alors même que ces céphalées ont été confirmées par la Dresse O \_\_\_\_\_, du Service de neurologie des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), et qu'elles ont également été relevées par la Dresse R \_\_\_\_\_ et le Dr L \_\_\_\_\_.

La recourante réitère sa demande d'expertise supplémentaire, dont elle précise qu'elle devra être pluridisciplinaire afin d'instruire également cette atteinte à sa santé.

16. Une audience d'enquêtes s'est tenue en date du 5 mars 2009, au cours de laquelle a été entendu le Dr Q \_\_\_\_\_ :

Ce dernier a précisé qu'il suit la recourante depuis le début de l'année 2008.

Il a indiqué partager l'opinion du Dr P \_\_\_\_\_ quant aux diagnostics posés, notamment le principal, à savoir celui d'épisode dépressif majeur, mais diverger en revanche quant au degré de sévérité de ce dernier. A ce propos, le témoin a affirmé n'avoir pour sa part jamais vu l'état de sa patiente s'améliorer de telle sorte que l'on puisse qualifier l'épisode dépressif de léger.

Le Dr Q\_\_\_\_\_ a dit avoir observé chez sa patiente un ralentissement et une pauvreté du discours qui se traduisent par une difficulté à exprimer ce qu'elle traverse et quelle est sa situation, mais aussi une fatigue et une perte d'envie. Elle se plaint également, subjectivement, d'un sentiment de dévalorisation, d'une perte de confiance, d'une sensation de ne pas avoir d'avenir et de ne pas trouver de sens à sa vie autre que celui d'accompagner ses enfants à leur majorité. L'anxiété l'accompagne tout au long de ses journées à tel point que devoir se rendre à sa consultation, une fois tous les quinze jours, lui coûte.

La recourante prend un antidépresseur à effet sédatif, un neuroleptique sédatif et un autre antidépresseur neutre, car elle souffre de troubles très importants du sommeil dus à son état dépressif.

Le témoin a émis l'avis que l'état de sa patiente est resté relativement stable, c'est-à-dire sans changement fondamental : s'il arrive qu'elle se sente mieux durant quelques heures ou quelques jours, il ne s'agit pas là d'une amélioration durable. Elle décrit plutôt une absence constante de plaisir, ne serait-ce qu'à lire ou à regarder la télévision, par exemple.

Quant au trouble de la personnalité évoqué, le Dr Q\_\_\_\_\_ a expliqué qu'il lui était difficile de se prononcer dans la mesure où il ignorait quel avait été son état par le passé. Il a émis des doutes quant à l'existence d'un trouble de la personnalité au sens strict, alléguant qu'il s'agirait plutôt de traits de personnalité, dont il a considéré qu'ils ne constituaient en tout cas pas la composante majeure de son état.

Le témoin a souligné que sa patiente émettait par ailleurs de nombreuses plaintes somatiques qui, si elles n'ont pas toujours de fondement physique (il s'agit de somatisations dues à son état), correspondent toutefois à des réalités vécues (tensions musculaires, céphalées, etc.).

Il a ajouté que le fait que sa patiente ait « bien réussi » les tests que lui a fait passer le Dr P\_\_\_\_\_ ne signifie pas que son état dépressif s'est amélioré car ces tests ne servent qu'à donner une indication ponctuelle et il n'est pas rare qu'une personne souffrant d'un épisode dépressif moyen traverse des périodes de quelques heures durant lesquelles elle surmonte les symptômes. La seule conclusion que le témoin dit avoir pu tirer de ces tests est que sa patiente s'est montrée motivée à participer à l'expertise. Il a par ailleurs contesté la tendance à la dramatisation, relevée par le Dr P\_\_\_\_\_. A cet égard, il a dit ne pas partager l'avis de l'expert sur le fait que l'amplification des plaintes serait une caractéristique de personnalité histrionique. Le témoin a admis que de tels traits de personnalité pouvaient être présents mais a ajouté que la situation de l'assurée n'était objectivement pas facile.

Le témoin a fait remarquer que plusieurs autres psychiatres avaient conclu à une incapacité de travail de la patiente durant les sept dernières années.

Le témoin a précisé que si le traitement prescrit à la recourante a certes eu des conséquences positives, celles-ci ne se traduisent pas encore concrètement par une amélioration de la capacité de travail. Il se veut toutefois optimiste.

Le Dr Q\_\_\_\_\_ a dit ne pouvoir affirmer que si la patiente avait continué son traitement de façon ininterrompue, elle serait aujourd'hui guérie. Il a expliqué que si elle avait renoncé à être suivie durant plusieurs mois, c'est qu'elle avait été déçue par le manque de résultat des médications précédemment prescrites, raison pour laquelle il a décidé d'essayer en premier lieu d'améliorer son sommeil afin qu'elle puisse obtenir un résultat tangible sur ce point et ainsi prendre confiance dans le traitement. En revanche, l'objectif de l'amélioration de l'humeur est encore bien loin d'être atteint.

S'en est suivie une audience de comparution personnelles des parties:

17. Entendue par le Tribunal de céans, la recourante a expliqué que son entretien avec le Dr P\_\_\_\_\_ avait duré une vingtaine de minutes et qu'il lui avait posé peu de questions concernant sa santé, se concentrant plutôt sur sa situation familiale. Elle a dit n'avoir pu s'exprimer comme elle l'aurait souhaité.

La recourante a allégué ne pouvoir s'occuper de son ménage, de sorte qu'elle en fait le minimum possible. Ainsi, elle prépare à manger ce qu'il y a de plus simple, demande l'aide d'une voisine pour passer l'aspirateur, ne sort que pour faire les courses et payer les factures. Il lui arrive parfois même de ne pouvoir se lever le matin.

Le Dr L\_\_\_\_\_, qu'elle consulte à raison d'une fois par mois, lui prescrit des antalgiques pour ses douleurs cervicales. Elle prend ainsi quatre à cinq Dafalgan par jour.

18. A l'issue de l'audience, l'intimé a persisté dans ses conclusions. Il a produit un avis établi par le Dr S\_\_\_\_\_, du SMR, en date du 3 février 2009, selon lequel il ne se justifie pas de procéder à une expertise complémentaire. Ce médecin relève que le Dr P\_\_\_\_\_ a soumis l'assurée à des tests psychométriques et a souligné la tendance de l'intéressée à amplifier ou dramatiser ses difficultés. Il en tire la conclusion que c'est pour cette raison que l'avis du Dr Q\_\_\_\_\_ est plus empathique que celui de l'expert.
19. Dans ses écritures après enquêtes du 20 avril 2009, la recourante a persisté dans ses conclusions, en alléguant qu'en présence de deux rapports médicaux contradictoires, seule la mise sur pied d'une expertise permettrait d'obtenir un second avis sur son état de santé, et qu'au vu des nombreuses plaintes somatiques qui sont les siennes, cette expertise devra être pluridisciplinaire.

L'assurée répète que son entretien avec le Dr P\_\_\_\_\_ n'a duré qu'une vingtaine de minutes, que ce dernier lui a principalement posé des questions sur sa famille et qu'elle n'a pas eu le sentiment de pouvoir s'exprimer comme elle l'aurait voulu. Elle ne veut d'ailleurs pour preuve que l'anamnèse qui a été rédigée est extrêmement succincte et que la majeure partie des informations qui y figurent concernent des éléments familiaux. Quant aux plaintes relatées dans le rapport d'expertise, elles sont au nombre de deux et résumées en une seule et unique ligne, alors même que l'audition de son psychiatre traitant a démontré qu'elles sont bien plus conséquentes.

Elle souligne qu'ainsi que l'a expliqué son psychiatre traitant, elle a des difficultés à exprimer ce qu'elle traverse.

Elle s'étonne que le Dr P\_\_\_\_\_ se fonde sur le résultat des tests pratiqués pour conclure qu'elle souffre d'un trouble de la personnalité du registre histrionique - diagnostic au demeurant réfuté par son psychiatre traitant -, tout en affirmant parallèlement que les résultats desdits tests sont si exagérés qu'ils ne sont pas probants.

Elle s'étonne également que le Dr P\_\_\_\_\_ soit en mesure de poser un diagnostic alors qu'il a considéré que les tests effectués étaient inutilisables.

Elle soutient que c'est à l'intimé qu'il incombe de prouver l'existence d'une amélioration de l'état de santé. Or, une telle amélioration est fortement contestée.

Quant au plan physique, elle reproche à l'OCAI de ne pas avoir instruit la question des importantes céphalées dont elle souffre de manière chronique, alors même que celles-ci ont été confirmées par la Dresse O\_\_\_\_\_, du service de neurologie des HUG, et par la Dresse M\_\_\_\_\_.

20. L'intimé allègue quant à lui, dans ses écritures après enquêtes du 5 avril 2009, que le psychiatre traitant de la recourante n'a pas opéré de distinction entre les atteintes psychiques de sa patiente et les facteurs psychosociaux ou socioculturels et le rôle de ces derniers. Selon lui, le psychiatre traitant a tenu compte de ces facteurs dans son appréciation de l'état de santé de sa patiente.

L'intimé ajoute que l'assurée n'a pas entrepris tout ce qui était raisonnablement exigible de sa part pour réduire le dommage, puisque malgré le fait que les médecins des HUG aient relevé dans leur rapport du 28 février 2007 que ses céphalées étaient dues à un abus médicamenteux, elle avait admis en audience continuer à prendre le médicament en question. Au surplus, son suivi thérapeutique sur le plan psychique n'avait pas été aussi conséquent qu'il aurait pu l'être.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ; E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20).

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

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

2. La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, de même que les modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4ème révision), entrée en vigueur le 1er janvier 2004, ont entraîné la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Conformément au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 445), le droit litigieux doit être examiné à l'aune des dispositions de la LAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 pour la période courant jusqu'à cette date, puis à celle de la nouvelle réglementation pour la période postérieure au 1er janvier 2003, respectivement au 1er janvier 2004, étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 1 consid. 1.2). Cela étant, les notions et les principes développés jusqu'alors par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité n'ont pas été modifiés par l'entrée en vigueur de la LPGA ou de la 4ème révision de la LAI (voir ATF 130 V 343).

Par ailleurs, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité est entrée en vigueur le 1er juillet 2006 (RO 2006 2003), apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). Le présent cas est soumis au nouveau droit, dès lors que le recours de droit administratif a été formé après le 1er juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).

3. Interjeté dans les forme et délai légaux (art. 56 à 60 LPGA), le recours est recevable.

4. Le litige consiste à déterminer si les atteintes à la santé de la recourante entraînent une incapacité de travail pouvant lui ouvrir droit, le cas échéant, à une rente de l'assurance-invalidité au-delà du 31 mars 2008.
5. En substance, la recourante allègue qu'au-delà de cette date, son état ne s'est pas amélioré et qu'elle est dans l'incapacité d'exercer la moindre activité lucrative. Soutenant que son état de santé n'a pas été suffisamment investigué, elle demande la mise sur pied d'une expertise pluridisciplinaire.
6. On relèvera au préalable que, contrairement à ce que soutient la recourante, ce n'est pas à l'intimé de démontrer qu'il y a eu amélioration de son état. En effet, la jurisprudence relative à la nouvelle demande selon l'art. 87 al. 3 et 4 RAI concerne toujours des cas dans lesquels des prestations ont été refusées par le passé. En revanche, elle n'est pas applicable lorsqu'une prestation a été précédemment allouée, mais pour une période limitée (ATF 125 V 410; voir aussi ATF 109 V 111 consid. 1b).
7. Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assurée peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA).

Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI).

Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a, 105 V 207 consid. 2). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8). Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2, 105 V 158 consid.1). La tâche du médecin consiste à porter un

jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1), étant rappelé que l'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage est un principe général du droit des assurances sociales (ATF 129 V 463 consid. 4.2, 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 et les arrêts cités). Dès lors, le juge ne peut pas se fonder simplement sur le travail que l'assuré a fourni ou s'estime lui-même capable de fournir depuis le début de son incapacité de travail, ceci pour éviter que le recourant soit tenté d'influencer à son profit, le degré de son invalidité (ATF 106 V 86 consid. 2 p. 87).

8. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un diagnostic médical pertinent soit posé par un spécialiste et que soit mise en évidence une diminution importante de la capacité de travail (et de gain; ATF 127 V 299). Ainsi, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir.

Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office AI, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'AI (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b; Stéphane BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). Lors de l'évaluation de l'invalidité, la tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1 in fine).

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 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2)

Quant aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs, le juge peut leur accorder pleine valeur probante aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces

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

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 352 ss consid. 3).

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

Parmi les atteintes à la santé psychique pouvant provoquer une invalidité, on doit mentionner – à part les maladies mentales proprement dites – les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies, étant précisé que l'on ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être 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).

10. En l'espèce, la décision querellée est fondée, d'un point de vue médical, sur l'examen pratiqué par le Dr P\_\_\_\_\_, dont il convient d'examiner quelle valeur probante il doit se voir reconnaître, puisqu'elle celle-ci est contestée par la recourante.

On relèvera tout d'abord que le grief de la recourante quant à la durée de l'entretien qu'elle a eu avec le Dr P\_\_\_\_\_ tombe à faux. En effet, la durée de l'examen clinique ne figure pas au nombre des critères retenus par la jurisprudence pour apprécier la valeur du travail de l'expert, dont le rôle consiste notamment à se faire une idée sur l'état de santé d'un assuré dans un délai relativement bref (ATF 125 V 351 consid. 3a; ATF non publié I 1084/06 du 26 novembre 2007 consid. 4).

Il convient plutôt d'examiner si le rapport en question tient compte tant des plaintes de l'intéressée que des constatations cliniques et de l'ensemble du dossier médical à disposition et si ses conclusions sont claires et motivées.

A cet égard, il est surprenant de constater que le Dr P\_\_\_\_\_, qui fonde son appréciation notamment sur l'amplification des plaintes dont il estime que la recourante fait preuve et en tire argument pour s'écarter des résultats des tests psychométriques, résume lesdites plaintes à quelques mots. On s'étonne également qu'après n'avoir retenu qu'un épisode dépressif de gravité légère et une personnalité histrionique, l'expert conclue néanmoins à une diminution de travail de 25 à 30% et ce, dans une activité dont il indique qu'elle doit être adaptée aux limitations objectives de l'assurée, mais dont il n'explique pas en quoi elles consistent. Quant aux explications fournies pour retenir une amélioration de l'état de santé de l'assurée, force est de constater qu'elles ne sont en effet guère satisfaisantes dans la mesure où elles reposent sur le postulat que « la violence conjugale ne paraît plus être au premier plan » et non sur des considérations cliniques. On ajoutera que la question de savoir si le trouble somatoforme douloureux dont la Dresse M\_\_\_\_\_ craignait le développement n'a pas été clairement étudiée. On ignore en quoi consiste la lymphadénite tuberculeuse évoquée par le Dr L\_\_\_\_\_, si celle-ci a été confirmée et si elle a une répercussion sur la capacité de travail. Tout comme on ignore pour quelles raisons ce praticien continue de prescrire du Dafalgan à la recourante alors que les médecins des HUG préconisaient pourtant un sevrage.

Eu égard aux considérations qui précèdent, le Tribunal de céans considère qu'il est dans l'impossibilité, en l'état, de déterminer si l'état de santé l'assurée s'est réellement amélioré à compter de janvier 2008 et des investigations médicales complémentaires sont nécessaires à cet égard.

La cause n'étant, de l'avis du Tribunal de céans, pas suffisamment instruite pour permettre de se déterminer en connaissance de cause, il convient de renvoyer la cause à l'intimé pour instruction complémentaire puis nouvelle décision, étant rappelé qu'un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire (cf. ATF 122 V 163 consid. 1d, RAMA 1993 n° U 170 p. 136, 1989 n° K 809 p. 206).

Eu égard aux considérations qui précèdent, le recours est partiellement admis et la cause renvoyée à l'intimé afin que ce dernier, après avoir fait procéder à une expertise pluridisciplinaire, psychiatrique, neurologique et éventuellement ORL se détermine sur l'évolution de l'état de santé de la recourante et ses répercussions sur son droit aux prestations de l'assurance-invalidité au-delà du 31 mars 2008, étant précisé que le volet psychiatrique de l'expertise sera confié à un nouvel expert indépendant.

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

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet partiellement au sens des considérants.
3. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision concernant la période postérieure au 31 mars 2008.
4. Condamne l'intimé à verser à la recourante la somme de 1'250 fr. à titre de dépens.
5. Met un émolument de 200 fr. à la charge de l'intimé.
6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Yaël BENZ

Karine STECK

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