

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/658/2009

ATAS/1464/2009

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 4

du 25 novembre 2009

En la cause

Madame H_____, domiciliée à GENEVE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Nils DE DARDEL

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Juliana BALDE, Présidente; Nicole BOURQUIN et Olivier LEVY, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Madame H_____, née en 1955, travaille depuis le 1^{er} février 1994 en tant qu'enseignante de français et d'espagnol au collège X_____, à 80%, soit 16 à 19 heures par semaine.
2. En juillet 2006, l'assurée a souffert d'un zona ophtalmique qui a nécessité un arrêt de travail à 50% dès le 18 septembre 2006. En raison d'une fatigue, de vertiges, de troubles de la concentration et d'une céphalée frontale et pariétale droite, l'assurée a été en arrêt de travail total de janvier 2007 à juin 2007. Depuis septembre 2007, l'assurée a repris son activité, à taux réduit.
3. Le 9 novembre 2007, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après OCAI), sollicitant un reclassement dans une nouvelle profession et une rente.
4. Dans un rapport du 12 décembre 2007, le Dr L_____, spécialiste FMH en neurologie, a indiqué qu'il n'avait examiné la patiente qu'à une seule reprise le 18 juin 2007 dans les suites d'un zona ophtalmique droit survenu en juillet 2006. Dans le cadre de cette évaluation il n'avait pas noté de cicatrice cutanée inhérente à cette affection. L'examen neurologique ne mettait pas en évidence de phénomènes allodymiques ou de troubles de la sensibilité inhérents à cette affection. L'examen neurologique était normal. Il avait conclu à des céphalées d'ordre tensionnel et un traitement de Surmontil en gouttes avait été discuté. Il ne pouvait pas répondre de façon plus précise au questionnaire médical, notamment quant à la capacité de travail.
5. Le Dr M_____, médecin généraliste, a établi un rapport à l'attention de l'OCAI en date du 4 décembre 2008 (recte : 2007 ?). Il a diagnostiqué un status post-herpès zostère ainsi qu'un trouble dépressif récurrent. L'incapacité de travail dans la profession d'enseignante de français et d'espagnol a été de 50% du 18 septembre 2006 au 27 décembre 2006, de 100% du 28 janvier 2007 au 26 août 2007 et de 15% dès le 27 août 2007 à ce jour. Le médecin a indiqué que la patiente a présenté un zona ophtalmique droit ainsi qu'un état dépressif récurrent, sous forme d'asthénie, d'aboulie, de troubles de la concentration et de dysesthésie. Concernant les capacités professionnelles, le Dr M_____ a indiqué que la patiente était en mesure de travailler en position assise/debout/ou dans la même position 4 heures par jour, que son fonctionnement intellectuel était ralenti et qu'elle devait éviter un horaire de travail irrégulier, ainsi qu'un environnement de violence psychologique et verbale. La profession habituelle pouvait être exercée à raison d'1 heure par jour, éventuellement 2h par jour dès février 2008. Il suggérait un changement de cadre de travail

6. Figure au dossier un rapport établi par le Dr N_____, suite à une consultation médicale du 15 janvier 2008, en tant que médecin consultant mandaté par le Service du personnel de l'Etat (SPE). Il a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, en rémission partielle, dans un contexte de douleurs post-zostériennes et une personnalité dépendante. Au status, la patiente est asthénique, d'une humeur triste avec irritabilité en amélioration partielle, sans retour à l'euthymie. La chronification du trouble dépressif semble clairement en lien avec les douleurs post-zostériennes de la face. Elle présente une anxiété importante, une amélioration limitée de la gestion du quotidien, des difficultés à faire face à des stress d'intensité faible, la concentration et la mémoire sont perturbées. Confrontée au scénario d'une éventuelle reprise prochaine et progressive du travail, la patiente donne des signes inquiétants de réaction au stress en lien avec le contexte douloureux et avec le contexte professionnel vécu comme conflictuel. Le fonctionnement de la personnalité est de type dépendant en lien avec un parcours de vie difficile et traumatique. Cette affection explique la difficulté à augmenter le taux d'activité, pour les aspects médicaux et en particulier pour la composante algique. Le médecin a proposé de poursuivre le traitement antidépresseur, ainsi que le traitement psychothérapeutique. Le pronostic était extrêmement réservé et il a proposé au médecin traitant de demander une évaluation à la consultation de la douleur des HUG.
7. Un rapport d'expertise a été établi en date du 3 juin 2008 par le Dr O_____, spécialiste FMH en neurologie, à l'attention du médecin-conseil du service de santé du personnel de l'Etat, au terme duquel l'assurée ne présente actuellement qu'une très discrète allodynie cutanée consécutive au zona ophtalmique dont elle a été victime en juillet 2006. Cette discrète séquelle neurologique n'interfère pas avec sa capacité de travail ; elle n'explique effectivement pas les vertiges, l'asthénie et les troubles de la concentration dont la patiente se plaint. Le taux d'activité que l'on peut exiger de la part de l'assurée pour l'année 2008-2009 est actuellement de 100% sur le plan neurologique. La demande de décharge pour raison neurologique n'est pas recevable.
8. Dans un second rapport du 11 juin 2008 à l'attention du SPE, le Dr N_____ indique que depuis la consultation du 15 janvier 2008 la patiente a continué avec un certain nombre de difficultés à travailler 3 heures par semaine. La symptomatologie algique en lien avec l'affection zostérienne s'est amendée de façon significative. Au status, la patiente est euthymique, nettement plus affirmée au cours de l'entretien qu'il confronte de façon beaucoup plus efficace aux réalités du quotidien de son monde professionnel. La concentration et la mémoire sont nettement améliorées même si la patiente a encore des doutes à ce niveau. Il a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, en rémission significative et une personnalité dépendante. Le Dr N_____ a conclu que la patiente pouvait travailler 10 à 12 heures par semaine sans restriction dès la rentrée d'août 2008, le travail de soutien devant être maintenu. Il proposait éventuellement un changement de collègue pour des raisons

psychologiques. Compte tenu de la durée d'absence de la patiente, un horaire de 16 à 19 heures devrait rapidement être envisagé. Actuellement, du point de vue psychologique, il ne se justifiait pas d'entrer en matière par rapport aux demandes d'aménagement horaire et/ou de décharge de santé.

9. Dans un rapport du 28 octobre 2008, le SMR Suisse romande relève que le zona ophtalmique de juillet 2006 a entraîné un état dépressif pris en charge par un psychologue. En juin 2007, le Dr L_____ a signalé une amélioration de son état quelques semaines avant la consultation et l'absence d'élément neurologique pouvant justifier une incapacité de travail. Le trouble dépressif est en rémission depuis janvier 2008. La personnalité dépendante n'est pas une notion susceptible de constituer une incapacité de travail, dans la mesure où l'assurée a repris son activité.
10. Le 7 novembre 2008, l'employeur a attesté que l'assurée travaillait 6 heures par semaine depuis le 1^{er} septembre 2008.
11. Le 2 décembre 2008, l'OCAI a communiqué à l'assurée un projet de refus de prestations, au motif qu'elle aurait pu recommencer à travailler à son taux habituel depuis janvier 2008 et que dans la sphère ménagère, il n'a pas de raison de retenir d'empêchements particuliers.
12. L'assurée s'est opposée à ce projet et a produit un rapport du Dr P_____ daté du 15 décembre 2008, par lequel il rappelle avoir transmis à l'OCAI copies des rapports d'expertises des Dr N_____ et O_____, effectués à la demande du Dr Q_____, médecin-conseil de l'Etat. Il se déclare très surpris de la décision négative, étant donné que dans son rapport du 15 janvier 2008 le Dr N_____ préconisait que l'AI entre en matière, même de manière provisoire. Il lui semblait en effet utile de réévaluer le droit aux prestations provisoires de l'assurée, compte tenu du fait que sa santé évolue favorablement et que celle-ci pourra vraisemblablement, suite à un aménagement d'horaire, reprendre son activité professionnelle. L'assurée rappelle que son médecin a proposé à la rentrée 2008 un 25 %, c'est-à-dire deux fois plus d'heures que l'année précédente, mais ceci implique pour l'année en cours une perte de salaire de 55 %. Elle se plaint de troubles de la concentration, de peu de résistance au stress et de douleurs du côté droit de la tête.
13. Dans un avis médical du 20 janvier 2009, le SMR a persisté dans les termes de son précédent rapport, relevant que le certificat du Dr P_____ n'apporte pas de faits nouveaux.
14. Par décision du 27 janvier 2009, l'OCAI a rejeté la demande de prestations déposée par l'assurée, pour les motifs exposés dans son projet du 2 décembre 2008.

15. L'assurée, par l'intermédiaire de son conseil, interjette recours le 26 février 2009. Elle conteste la décision de l'OCAI, relevant que depuis le zona ophtalmique de juillet 2006, elle souffre en permanence de troubles importants. Elle souligne que le rapport fourni par l'OCAI (pièce no. 5, pages 2 et 4) est illisible. Elle fait valoir que le Dr N_____ admet en juin 2008 une reprise de travail à 50 %, soit 10 à 12 heures par semaine dès fin août 2008, ce qui correspond à un 50 %. Le Dr O_____ quant à lui se fonde sur une appréciation limitée à la neurologie. La recourante conclut à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité, rappelant que la CIA est entrée en matière pour une prestation provisoire d'invalidité à 50 % depuis septembre 2008.
16. Dans ses écritures complémentaires du 4 mai 2009, la recourante se réfère à des attestations datées du 6 mars 2009 établies par Mesdames I_____, psychothérapeute, et J_____, physiothérapeute, qui confirment ses souffrances et douleurs. Selon Mme J_____, la patiente présente une grande fragilité du fait de ces douleurs chroniques qui ont également un impact négatif sur son psychisme. La recourante produit un rapport du 15 avril 2009 du Prof. R_____ et du Dr S_____, du service de neurologie des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), lesquels ont diagnostiqué un status post probable kératoconjonctivite zostérienne et névrite zostérienne droite, des douleurs post zostériennes droites, des céphalées cervicogènes secondaires d'origine mécanique et de probables troubles dépressifs secondaires actuellement en cours de traitement. Sur le plan strictement somatique, ces médecins considèrent que la capacité de travail est effectivement complète. Cependant, il faut intégrer l'impact de la douleur chronique et des probables troubles thymiques ; la littérature médicale confire par plusieurs études que les douleurs faciales sont parmi les causes fréquentes d'absentéisme. Par conséquent, en intégrant la diminution de la performance engendrée par les douleurs et par les troubles thymiques, la capacité de travail de la patiente est actuellement estimée à environ 50 %. La répartition des heures d'enseignement ne devrait pas dépasser plus de deux plages horaires et pas plus que quatre heures par jour dans un premier temps afin qu'elle puisse récupérer. A moyen terme, une récupération complète de travail peut être raisonnablement envisagée. Selon les médecins, bien que le but consiste en une récupération complète de la capacité de travail, une inscription temporaire auprès de l'AI devrait toute de même être faite, au cas où une reprise à plus de 60 % ne serait pas possible pendant un temps plus long. Ils proposent aussi différents traitements.
17. Dans sa réponse du 8 juin 2009, l'OCAI produit un rapport du SMR, auquel il se réfère. Le SMR conclut en substance que selon les rapports produits, il a constaté une amélioration, tant sur la base des céphalées de tension, des douleurs de la face que du problème thymique et persiste dans ses conclusions
18. Par réplique du 22 juin 2009, la recourante conteste l'analyse du SMR qui découpe les troubles en isolant les éléments les uns des autres au lieu de procéder à un

examen d'ensemble. Elle fait valoir que malgré une amélioration récente, les médecins des HUG estiment que la capacité de travail est de 50% seulement, contrairement à l'avis du Dr O_____. Quant à l'état dépressif, il ne doit pas être apprécié de manière isolée comme le fait le SMR, mais en relation avec les douleurs somatiques, ce que les experts des HUG expliquent très bien. Elle persiste dans ses conclusions.

19. Le 9 juillet 2009, l'OCAI a déclaré maintenir ses conclusions tendant au rejet du recours.
20. Cette écriture a été communiquée à la recourante le 13 juillet 2009.
21. 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. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). Les règles de procédure quant à elles s'appliquent sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

En l'espèce, la décision litigieuse, du 27 janvier 2009, est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA ainsi qu'à l'entrée en vigueur, le 1^{er} janvier 2004, des modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4^{ème} révision) et, le 1^{er} janvier 2008, des modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision). Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à des prestations d'invalidité doit être examiné au regard des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives aux 4^{ème} et 5^{ème} révisions de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329).

3. Le recours, interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, et recevable (art. 56 et 60 LPGGA).
4. L'objet du litige consiste à déterminer si la recourante présente une atteinte à la santé ouvrant droit des prestations 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 LPGGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGGA).

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 LPGGA. 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 (ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).

6. 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, 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). 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).

Le juge des assurances sociales 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. Si les

rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider 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. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions du médecin soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a et les références). Ces principes, développés à propos de l'assurance-accidents, sont applicables à l'instruction des faits d'ordre médical dans toutes les branches d'assurance sociale (SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, in Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHÜPBACH, Bâle 2000 p. 268).

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).

Enfin, en vertu de la maxime d'office, l'administration et le juge doivent veiller d'office à l'établissement exact et complet des faits pertinents. Sont pertinents tous les faits dont l'existence peut influencer d'une manière ou d'une autre le jugement relatif à la prétention. Dans ce contexte, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994, 220 consid. 4a). En particulier, ils doivent mettre en œuvre une expertise lorsqu'il paraît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4).

7. En l'espèce, il résulte des rapports médicaux figurant au dossier que la recourante a présenté un zona ophtalmique en été 2006 ainsi qu'un état dépressif récurrent (cf. rapports des Dr M_____ et L_____).

Selon le Dr M_____, ces affections ont entraîné une incapacité de travail de 50 % du 18 septembre 2006 au 27 décembre 2006, de 100 % du 28 janvier 2007 au 26 août 2007 et de 15 % dès le 27 août 2007. Le Tribunal de céans note cependant que

ce praticien a précisé dans son rapport que la profession habituelle pouvait être exercée à raison d'1 heure par jour, éventuellement 2 heures par jour dès février 2008, ce qui ne correspond pas à première vue à une incapacité de travail de 15 %.

Le Dr N_____ a indiqué pour sa part en janvier 2008 que le trouble dépressif récurrent était en rémission partielle, mais que la patiente présentait une anxiété importante, des difficultés à faire face à des stress d'intensité faible et que la concentration et la mémoire étaient perturbées. Il ne s'est pas prononcé de façon détaillée sur la capacité de travail, mais il a conclu que les affections de la recourante expliquaient la difficulté à augmenter le taux d'activité, en particulier s'agissant de la composante algique. Le pronostic était alors extrêmement réservé. En revanche, dans son rapport du 11 juin 2008, il a relevé que la symptomatologie algique s'était amendée de façon significative, de même que le trouble dépressif. Il a conclu que la patiente était en mesure de travailler de 10 à 12 heures par semaine sans restriction, dès la rentrée d'août 2008, et qu'un horaire de 16 à 19 heures devrait être rapidement envisagé.

Du point de vue neurologique, le Dr O_____ a conclu dans son rapport du 3 juin 2009 que l'on pouvait exiger de la recourante une activité à 100 % pour l'année 2008-2009.

Le SMR considère pour sa part que la recourante présente une capacité de travail de 100% depuis janvier 2008, dès lors que du point de vue neurologique, le Dr L_____ signale en juin 2007 non seulement une amélioration de son état quelques semaines avant la consultation, mais encore une absence d'élément neurologique pouvant justifier une incapacité de travail, et que le Dr O_____ considère dans son rapport de juin 2008 qu'elle est en mesure de travailler à 100%. Quant aux troubles dépressifs, la fin de l'état dépressif est à situer à la consultation médicale de l'expert N_____ du 15 janvier 2008, dès lors qu'il est défini comme en rémission. Selon le SMR, la notion de rémission partielle n'existe pas dans la CIM-10, de sorte que la notion de rémission doit être acquise. Enfin, la personnalité dépendante n'est pas une notion susceptible de constituer une incapacité de travail, dans la mesure où la recourante a repris le travail.

En l'état actuel du dossier, le Tribunal de céans n'est pas en mesure de tirer des conclusions définitives quant à l'atteinte à la santé de la recourante et ses conséquences sur sa capacité de travail. D'une part, on ne voit pas comment le SMR parvient à la conclusion que la capacité de travail de la recourante est de 100 % dès le mois de janvier 2008, tant du point de vue neurologique que psychique ; en effet, le Dr L_____ n'a vu la patiente qu'à une seule reprise en juin 2007, sans se prononcer sur la capacité de travail, et la patiente n'a pas été revue par un neurologue avant le mois de juin 2008. D'autre part, s'agissant de l'aspect psychique, le Dr N_____ n'a pas constaté une rémission totale du trouble dépressif, ni préconisé une reprise totale de travail en janvier 2008 ; il a

relevé au contraire les difficultés présentées par la recourante, notamment une anxiété importante, ce qui expliquait la difficulté à augmenter le taux de travail, en soulignant que le pronostic était réservé. Il apparaît dès lors hasardeux de conclure que la notion de rémission doit être tenue pour acquise à ce moment-là, sous prétexte que la notion de rémission partielle n'existe pas dans la CIM-10. Pour le surplus, le Tribunal de céans constate que les conclusions du Dr O_____ sont contredites par celles du Prof. R_____ et du Dr T_____, du Département des neurosciences cliniques des HUG, qui font état d'une capacité de travail actuelle de 50 %. Ces praticiens relèvent en effet qu'il convient d'intégrer l'impact de la douleur chronique et des probables troubles thymiques, dès lors que les douleurs faciales sont parmi les causes fréquentes (terme illisible) de productivité et d'absentéisme.

Au vu de ce qui précède, le Tribunal de céans renverra la cause à l'intimé, afin qu'il mette en œuvre une expertise bi-disciplinaire neurologique et psychiatrique. Les experts devront poser des diagnostics précis et indiquer quelles sont les conséquences des atteintes à la santé sur la capacité de travail de la recourante ; il leur incombera de décrire de manière précise quelle a été l'évolution de l'état de santé et de la capacité de travail depuis le mois de septembre 2006. Ceci fait, il incombera à l'intimé de calculer, le cas échéant, le degré d'invalidité de la recourante, compte tenu de son statut de personne active à temps partiel.

8. Le recours doit être admis et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision.
9. La recourante a droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens, que le Tribunal fixe en l'espèce à 2'000 fr. (art. 89H de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 (LPA ; RS E 5 10 ; art. 61 let. g LPGA).
10. L'émolument, fixé à 1'000 fr. est mis à la charge de l'OCAI, qui succombe (art. 69al.1bis LAI).

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet et annule la décision de l'OCAI du 27 janvier 2009.
3. Renvoie la cause à l'OCAI pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.
4. Condamne l'OCAI à payer à la recourante la somme de 2'000 fr. à titre de participation à ses frais et dépens.
5. Met un émolument de 1'000 fr. à la charge de l'OCAI.
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 ; 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

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