

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/945/2008

ATAS/1174/2009

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 8

du 17 septembre 2009

En la cause

Madame Z_____, domiciliée à GENEVE, représentée par
PROCAP Service juridique

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Georges ZUFFEREY, Président suppléant; Teresa SOARES et Monique
STOLLER FÜLLEMANN, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Mme Z_____ (ci-après : l'assurée), née en 1966, mariée le 4 juillet 1987, divorcée depuis 1997, est mère d'une fille née en 1989; originaire d'Italie elle est titulaire d'une autorisation d'établissement C.
2. De 1966 à 1983, elle a été domiciliée au Togo, puis de 1983 à 1985 en France. De 1985 à 1987, elle a travaillé comme vendeuse responsable dans une boutique à Lomé, puis de 1995 à 1996, elle a exploité une boutique de mode féminine. De 1995 à 1997, elle a organisé des spectacles. En 1997, elle a travaillé comme commise administrative à l'administration fiscale cantonale (AFC) (dans le cadre de mesures cantonales), en 1998 à la poste du CICR, en 1999 comme commise administrative à l'AFC puis, en 2000, chez X_____ SA.
3. L'assurée a vécu plusieurs périodes de chômage dès août 1996. Son délai-cadre d'indemnisation s'est terminé le 8 novembre 2005.
4. Dès 1997, l'assurée a été suivie par la consultation du service de psychiatrie adulte, secteur Jonction, des Hôpitaux Universitaires du canton de Genève (ci-après : consultation des HUG). Plusieurs médecins de la consultation des HUG ont attesté de périodes d'incapacité de travail de l'assurée, soit les Drs A_____ (Département de psychiatrie), B_____ (médecine interne), C_____ (médecine interne), D_____ (médecine interne), E_____ (médecine interne), F_____ (médecine interne), G_____ (médecine interne), H_____ (Département de psychiatrie), I_____ (médecine interne) et J_____ (médecine interne). Les incapacités de travail totales attestées sont les suivantes :
 - a. Du 30 avril au 6 mai 1998.
 - b. Du 9 octobre au 31 décembre 1998.
 - c. Du 26 au 27 janvier 1999.
 - d. Du 4 au 28 février 1999.
 - e. Du 10 au 11 novembre 1999.
 - f. Du 6 décembre 2000 au 31 août 2001.
 - g. Du 2 novembre au 31 décembre 2001.
 - h. Du 1^{er} février au 31 décembre 2002.
 - i. Du 1^{er} février au 28 février 2003 à 50 %.
 - j. Du 1^{er} mars au 31 juillet 2003.
 - k. Du 19 juillet 2004 au 31 mars 2006.
 - l. Du 1^{er} juin au 30 novembre 2006.
 - m. Du 1^{er} janvier au 31 juillet 2007.
 - n. Du 1^{er} novembre 2007 au 30 avril 2008.
5. Le 29 novembre 2004, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité après de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OCAI).

6. Le 17 février 2005, le Dr B _____, médecin interne aux HUG, a rempli un rapport médical AI dans lequel il diagnostique un trouble affectif bipolaire, épisode actuel de dépression légère ou moyenne F31.3. Des troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance, utilisation épisodique F10.26. Des troubles mixtes de la personnalité F61.0 et un trouble obsessionnel compulsif, sans précision F42.9. Il a retenu une incapacité de travail totale depuis le 17 juillet 2004.

L'assurée était en traitement (psychothérapie de soutien et psychotropes) depuis le 1^{er} octobre 2004 et son état de santé s'aggravait. Elle avait pris contact avec la consultation des HUG en 1997. Depuis lors, son suivi avait subi plusieurs ruptures, notamment entre août 2003 et juillet 2004. La compliance était aléatoire en raison des troubles de l'humeur et d'un trouble de la personnalité.

7. Le 23 septembre 2005, le Dr B _____ a rendu un rapport médical intermédiaire AI dans lequel il indique que l'état de santé est stationnaire. L'évolution clinique n'était pas favorable, la patiente continuait à présenter de multiples décompensations thymiques de dépression et d'hypomanie avec des rechutes d'abus d'alcool. Il constatait les limitations fonctionnelles suivantes : instabilité de l'humeur, trouble de l'attention et de la concentration, anxiété, repli sur soi, tendance à la désorganisation, troubles du sommeil, intolérance au stress justifiant une incapacité de travail totale. La mauvaise compliance était due au trouble psychique. Une date de reprise de travail n'était pas déterminable actuellement.
8. Le 21 août 2007, à la demande de l'OCAI, la Dresse K _____, FMH psychiatrie et psychothérapie, a rendu une expertise médicale.

L'assurée était actuellement suivie par le Dr C _____ de la polyclinique de la Jonction. Elle pose les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de trouble bipolaire type II, actuellement en rémission (F31.8), présent depuis au moins 1998. Personnalité émotionnellement labile type borderline (F60.31), présente depuis jeune adulte. Et sans répercussion sur la capacité de travail : trouble obsessionnel compulsif, sans précision (F42.9), présent depuis plusieurs années. Hyperphagie psychogène (F50.4), présente depuis plusieurs années. Syndrome de dépendance au tabac, utilise actuellement le produit (F17.24), présent depuis jeune adulte.

L'experte relève que : "depuis octobre 2006, Mme Z _____, est sous traitement de topiramate (Topamax), dont l'efficacité n'a pas été clairement démontrée dans les troubles affectifs bipolaires. Ce traitement pourrait être remplacé par du Lithium (stabilisateur de l'humeur et potentialisateur de l'antidépresseur) ou par de la quetiapine (Seroquel). S'associe à ce trouble affectif bipolaire type II, une personnalité émotionnellement labile type borderline, mal

compensée depuis plusieurs années. Cette personnalité entraîne un fonctionnement avec des clivages, une tendance à la projection, des passages à l'acte, des conflits relationnels répétés et une difficulté à nouer des relations affectives stables. Le trouble affectif bipolaire type II a valeur de maladie chronique. Actuellement, ce trouble affectif est en rémission. Quant à la personnalité émotionnellement labile type borderline, cette dernière est susceptible de se décompenser en fonction des événements existentiels. Actuellement, cette personnalité est mal compensée. En fonction des résultats des tests hépatiques discrètement perturbés avec une CDT dans les normes, on ne peut retenir un diagnostic de dépendance chronique à l'alcool, mais Mme Z_____ présente probablement des abus ponctuels d'alcool. Au vu des troubles psychiques décrits ci-dessus, la capacité de travail peut être estimée de 60 % dans une activité simple. Le pronostic reste étroitement lié à la poursuite d'une prise en charge psychothérapeutique régulière et à la prise d'une médication psychotrope au long cours. L'instabilité de la thymie avec des épisodes dépressifs et hypomanes, les phases d'hypoactivité puis d'hyperactivité, l'intolérance au stress, les agirs et les conflits relationnels à répétition interfèrent avec l'activité exercée jusqu'alors.

Dans l'activité de ménagère, la capacité est entière. Il y a une incapacité de travail de 50 % de janvier à février 2003, puis à 100 % de mars à juillet 2003, puis de 75 % de juillet 2004 à décembre 2006 et, depuis janvier 2007, à 40 %.

L'experte relève qu'une prise en charge psychothérapeutique avec un traitement de psychotropes au long cours devraient permettre d'augmenter la capacité de travail à 75 %.

9. Le 13 septembre 2007, le Dr L_____ du Service Médical Régional AI (ci-après : SMR) a estimé que l'expertise était convaincante et qu'il convenait de suivre les incapacités de travail mentionnées.
10. Le 26 septembre 2007, une note de travail de l'OCAI mentionne qu'il convient d'utiliser la méthode générale de comparaison des revenus, car sans atteinte à la santé, l'assurée exercerait vraisemblablement une activité lucrative à un taux important.
11. Par projet de décision du 26 septembre 2007, l'OCAI a alloué à l'assurée un quart de rente du 1^{er} janvier au 30 septembre 2004, une rente entière du 1^{er} octobre 2004 au 31 décembre 2006 et un quart de rente dès le 1^{er} janvier 2007.
12. Le 22 octobre 2007, l'assurée a écrit à l'OCAI que la Dresse M_____ de la consultation de la Jonction et le Dr C_____ attestaient d'une incapacité de travail totale depuis janvier 2007. Elle avait été opérée en été pour un problème de parathyroïde pouvant causer des problèmes psychiques. Elle continuait cependant à présenter une fluctuation très élevée de l'humeur et des angoisses très prononcées, aggravées par la prise d'alcool.

13. Par décision du 19 février 2008, l'OCAI a alloué à l'assurée un quart de rente du 1^{er} janvier au 30 septembre 2004, une rente entière du 1^{er} octobre au 31 décembre 2006 et un quart de rente dès le 1^{er} janvier 2007.
14. Le 7 mars 2008, la Dresse E_____, du service de psychiatrie adulte - secteur Jonction des HUG, a rendu un rapport médical relevant que "Mme Z_____ est suivie depuis plus de dix ans par les HUG pour un trouble bipolaire, un trouble de personnalité borderline et une dépendance à l'alcool. Elle bénéficie actuellement d'un suivi médical psychiatrique et psychothérapeutique intégré à raison d'une fois toutes les trois semaines, ainsi que d'un traitement médicamenteux de Topamax à 200 mg/j et de Fluctine 40 mg/j, pour lesquels un contrôle sanguin en février 2008 a montré une bonne compliance médicamenteuse. Du point de vue de l'évolution clinique, on ne note aucune amélioration de l'humeur sous traitements stabilisateurs, notamment Dépakine, Lamictal et Topamax. La patiente présente depuis plusieurs mois une phase dépressive d'intensité moyenne à sévère résistante à un traitement antidépresseur de Fluctine, fluctuante, avec trouble du sommeil, bilan de vie négatif, dévalorisation, repli sur soi et idéations suicidaires fréquentes. Concernant la pathologie de dépendance, la consommation d'alcool de deux bouteilles de vin par jour a des répercussions sur sa vie quotidienne (troubles de l'équilibre et de l'élocution, diminution de concentration, troubles mnésiques) et des complications somatiques, notamment hépatique, mises en évidence par un bilan sanguin. Les éléments cliniques précités, associés à plusieurs antécédents de tentatives de suicide et à un isolement social, représentent une accumulation de facteurs de risque suicidaires. Ce tableau clinique, avec absence d'évolution défavorable depuis le dernier rapport médical de septembre 2005, ne permet actuellement pas une récupération de la capacité de travail, même partielle. De plus, l'association de ces deux pathologies chroniques non stabilisées, malgré des années de suivi spécialisé et de traitements, chez une patiente n'ayant plus pu exercer d'activité professionnelle dans ce contexte durant ces dix dernières années, rend le pronostic quant à la récupération d'une capacité de travail à moyen et long terme très défavorable.
15. Le 10 mars 2008, le Dr N_____, FMH médecine interne, a attesté qu'il suivait l'assurée depuis plus d'une année et au vu des éléments cliniques régulièrement constatés, l'incapacité de travail était totale.
16. Le 19 mars 2008, l'assurée, représentée par Procap service juridique pour personnes avec handicap, a recouru auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales à l'encontre de la décision précitée en concluant à son annulation, à la constatation de son droit aux prestations et, subsidiairement, au renvoi du dossier à l'intimé pour complément d'instruction et nouvelle décision. L'avis des Drs E_____ et N_____ démontrait qu'elle n'avait pas récupéré de capacité de travail. On ignorait comment la Dresse K_____ pouvait attester d'une prétendue amélioration de l'état de santé dès janvier 2007. S'il y avait eu une amélioration, elle

s'était produite plus tard et n'avait pas été durable. Ses problèmes hépatiques et thyroïdiens n'avaient pas été investigués. Le droit à une rente entière aurait dû être reconnu au-delà du 1^{er} janvier 2007 et une éventuelle modification de l'état de santé examinée dans le cadre d'une procédure de révision ultérieure.

17. Le 30 avril 2008, la Dresse O_____ du SMR a rendu un avis médical mentionnant que le Dr N_____ faisait état, dans son certificat du 10 mars 2008, d'éléments cliniques qu'il ne mentionnait pas que le suivi indiqué par la consultation de psychiatrie, soit une fois toutes les trois semaines correspondait à une situation stabilisée et d'une gravité légère. L'expert avait constaté une amélioration de l'état de santé depuis janvier 2007 qu'il convenait de confirmer et il n'y avait pas d'aggravation de l'état de santé après la date de l'expertise, soit après août 2007, puisque selon le psychiatre traitant il n'y avait pas d'évolution favorable depuis septembre 2005. Elle a relevé au surplus que la Dresse E_____ ne serait pas psychiatre.
18. Le 13 mai 2008, l'OCAI a conclu au rejet du recours en se fondant sur l'avis du SMR du 30 avril 2008, tout en relevant que l'amélioration de la capacité de gain étant intervenue le 1^{er} janvier 2007, le droit à la rente d'invalidité entière devait être prolongé jusqu'au 30 mars 2007.
19. Le 19 mai 2008, la recourante a indiqué que la Dresse E_____ disposait d'une spécialisation en psychiatrie.
20. Le 26 mai 2008, la Dresse E_____ a complété son rapport, cosigné par le Dr P_____, médecin-adjoint, psychiatrie et psychothérapie FMH, en indiquant que dès le 1^{er} septembre 2007, l'assurée était à nouveau en incapacité de travail totale et relevant que les dates d'incapacité figurant dans l'expertise étaient erronées. Elle joignait les certificats médicaux établis par la consultation de psychiatrie depuis 1998. Elle précisait que son rapport du 7 mars 2008 avait été supervisé par le Dr P_____, lequel partageait sans réserve les indications transmises.
21. Le 9 juin 2008, le Dr N_____ a exprimé son désaccord avec le rapport SMR du 30 avril 2008 car il n'avait constaté aucune amélioration de l'état de santé de la patiente depuis son suivi.
22. A la demande du Tribunal de céans, la Dresse K_____ a précisé le 21 juillet 2008 son rapport d'expertise. Elle relève qu'elle avait suivi l'incapacité de travail fixée par le Dr B_____ du 1^{er} janvier au 31 juillet 2003 mais estimé, contrairement à celui-ci et sur la base des rapports des 17 février et 23 septembre 2005 que l'incapacité de travail était uniquement de 75 % jusqu'à fin 2006. Dès le 1^{er} janvier 2007, l'incapacité de travail était de 40 % compte tenu de son status et des déclarations de l'assurée quant à l'amélioration progressive de son état psychique dès octobre 2006 en raison de la modification du traitement stabilisateur de l'humeur. En revanche, elle ne pouvait se prononcer sur l'incapacité de travail

totale attestée par les Drs E_____ et P_____ dès le 1^{er} septembre 2007, n'ayant pas revu la patiente depuis août 2007. Compte tenu du diagnostic, il était possible que la patiente présente une rechute dépressive. La capacité de travail était fluctuante mais encore présente dans une activité simple et à temps partiel.

23. Le 11 novembre 2008, le Tribunal de céans a informé les parties qu'il entendait confier une expertise au Dr Q_____, psychiatre, en les invitant à se prononcer sur le choix de l'expert et sur la mission d'expertise.
24. Le 12 décembre 2008, l'intimé a déclaré, après avoir soumis le dossier au SMR, ne pas avoir de motifs de récusation envers l'expert ni de questions supplémentaires à ajouter à la mission d'expertise.
25. La recourante n'a pas formé d'observations dans le délai imparti.
26. Le 16 décembre 2008, l'ordonnance d'expertise a été notifiée.
27. Le 10 mars 2009, l'expert judiciaire a rendu son rapport d'expertise, fondé sur l'étude du dossier médical fourni par le Tribunal, sur l'examen clinique de la recourante le 21 février 2009 et sur un entretien téléphonique avec la Dresse E_____, psychiatre traitante.

Il a tout d'abord retenu un trouble manifeste et relativement sévère de l'humeur, avec présence de symptômes subjectifs et de signes objectifs. Les manifestations appartenaient aussi bien à la lignée dépressive (tristesse, ralentissement, anhédonie, autodépréciation), qu'à la lignée maniaque (excitation, intolérance à la frustration, fuite des idées). A ces troubles de l'humeur s'ajoutait une sémiologie de type psychotique, avec des idées délirantes de persécution plus ou moins organisées. Il retenait le diagnostic de « trouble affectif bipolaire, épisode actuel mixte (dépressif et maniaque) avec symptômes psychotiques (F31.6) ». Si la présence des symptômes psychotiques devait prendre de la consistance, le diagnostic de « trouble schizo-affectif » devait aussi être considéré. L'imprégnation alcoolique au moment de l'examen était évidente et l'expertisée reconnaissait une consommation excessive et régulière d'alcool. Il convenait donc de retenir le diagnostic de « rechute d'une dépendance à l'alcool (F10.2) ». Le problème d'alcoolisme était selon toute vraisemblance secondaire aux troubles de l'humeur et aux problèmes psychosociaux et relationnels rencontrés par l'expertisée depuis de nombreuses années. S'agissant du trouble de la personnalité borderline, mentionné dans le dossier, il était difficile d'étayer le diagnostic, l'expertisée ayant livré peu d'informations sur sa trajectoire de vie et, surtout, les manifestations cliniques d'autres troubles étaient au premier plan. Toutefois, la présence d'éléments psychotiques, peut-être passagers, était un argument en faveur d'un trouble borderline, de même que le recours à l'alcool comme anxiolytique et les plaintes concernant l'abandon par sa famille d'origine, l'angoisse d'abandon étant au cœur de la pathologie borderline. Par conséquent, il se ralliait au diagnostic de «trouble

de la personnalité émotionnellement labile, type borderline (F60.31) » retenu par les psychiatres des HUG qui avaient eu l'opportunité de suivre l'expertisée sur une longue durée. Quant aux manifestations anxieuses observées, elles ne semblaient pas justifier un diagnostic séparé et pouvaient être intégrées dans le diagnostic de trouble affectif bipolaire.

En résumé, l'expert retenait donc les diagnostics psychiatriques suivants, par ordre décroissant d'importance fonctionnelle :

- a. Trouble affectif bipolaire, épisode actuel mixte (dépressif et maniaque) avec symptômes psychotiques (F31.6)
- b. Dépendance à l'alcool (F10.2)
- c. Trouble de la personnalité émotionnellement labile type borderline (F60.31)

Le docteur Q_____ parvenait, à quelques nuances près en relation avec la sévérité des troubles, aux mêmes diagnostics que ses confrères psychiatres, la Dresse E_____, psychiatre traitante, et la Dresse LOMIER K_____, expert mandatée par l'OCAI. Cette dernière avait observé que la dépendance à l'alcool était en rémission lors de son examen d'août 2007, alors que selon l'expert judiciaire, cette dépendance était à nouveau active depuis une période indéterminée, probablement près d'un an d'après le dossier. De même, le trouble affectif bipolaire, qui était en rémission partielle au moment de l'examen par la Dresse LOMIER K_____, était actuellement de nouveau décompensé, assez sérieusement, puisque des éléments maniaques étaient intriqués avec les éléments dépressifs, plus habituels. En conclusion, l'état actuel était nettement aggravé par rapport à l'époque où l'expert mandaté par l'intimé avait examiné l'assurée.

En l'état, l'expertisée était de toute évidence hors d'état d'assumer une quelconque activité professionnelle. La grande fragilité de l'humeur due au trouble bipolaire et à la pathologie borderline posait des problèmes de motivation, de régularité et de fiabilité dans les prestations. Le délire persécutoire entraînait des problèmes relationnels probablement insurmontables dans un contexte professionnel. Enfin, la consommation excessive d'alcool contribuait à l'altération des performances provoquée par les autres troubles. Pour la période de juillet 2004 à décembre 2006, il lui était difficile rétroactivement, et probablement sans grand impact sous l'angle des assurances, de choisir entre le taux d'incapacité estimé par le psychiatre traitant (100 %) et celui estimé par l'expert (75 %). Pour la période de janvier à août 2007, l'appréciation de la Dresse LOMIER K_____ paraissait plausible (capacité de 60 %). En effet, au début de l'année 2007, il y avait eu probablement une amélioration temporaire, observée par l'expert et confirmée à cette dernière par l'expertisée. Pour ce qui était de la période plus récente, il fallait considérer que l'état clinique constaté était présent depuis le 1^{er} septembre 2007, selon les données

des psychiatres traitants (rapport des Drs P_____ et E_____ du 26 mai 2008). Par conséquent, l'incapacité de travail entière constatée au moment de l'expertise était probablement présente depuis le 1^{er} septembre 2007.

L'expert judiciaire faisait encore remarquer que le trouble affectif bipolaire, accompagné d'éléments psychotiques et renforcé par la fragilité borderline, était le principal responsable de l'incapacité de travail, le recours à l'alcool ayant été favorisé par la fragilité de la personnalité.

Pour l'expert, nonobstant un suivi régulier dans un centre universitaire spécialisé dans les troubles de l'humeur, l'état clinique de l'expertisée restait très dégradé et une amélioration permettant une réinsertion dans le monde de travail n'était pas attendue dans un délai prévisible.

Finalement, il proposait de suivre l'avis de la Dresse LOMIER-K_____, qui reprenait en partie l'opinion des psychiatres traitants : incapacité de 75 % de juillet 2004 à décembre 2006 ; de 40 % de janvier 2007 à août 2007 et de 100 %, à partir du 1^{er} septembre 2007 et pour une durée indéterminée.

28. Le 30 mars 2009, la recourante a fait savoir qu'elle était entièrement d'accord avec les conclusions de l'expert, corroborées par le dernier rapport de la Dresse E_____ au SMR du 30 mars 2009.
29. Le 6 mai 2009, l'intimé a transmis un avis de la Dresse Sylvie O_____, du SMR du 29 avril 2009, selon lequel il y avait lieu d'admettre que l'assurée avait présenté une capacité de travail de 25 % entre juillet 2004 et décembre 2006, de 60 % de janvier à août 2007 et une incapacité de travail entière dès le mois de septembre 2007 et toujours présente. La décision entreprise était par conséquent partiellement maintenue, la recourante ayant droit à un quart de rente du 1^{er} janvier au 30 septembre 2004, à une rente entière d'octobre 2004 à décembre 2006, à un quart de rente du 1^{er} janvier au 30 novembre 2007 et à une rente entière à partir du 1^{er} décembre 2007.
30. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Par ordonnance du 16 décembre 2008, le Tribunal de céans a déclaré le recours recevable et déterminé les dispositions légales applicables ratione temporis ; il n'y sera pas revenu dans le présent arrêt.
2. Dans la décision entreprise, l'OCAI a reconnu à l'assurée le droit à un quart de rente d'invalidité du 1^{er} janvier au 30 septembre 2004, à une rente entière du 1^{er} octobre 2004 au 31 décembre 2006 et à nouveau à un quart de rente dès le 1^{er} janvier 2007. Dans son recours, la recourante a contesté cette décision en tant

qu'elle remplaçait la rente entière par un quart de rente dès le 1^{er} janvier 2007 et a sollicité le maintien de la rente entière au-delà de cette date.

En allouant rétroactivement une rente d'invalidité dégressive et/ou temporaire, l'autorité administrative règle un rapport juridique sous l'angle de l'objet de la contestation et de l'objet du litige. Lorsque seule la réduction ou la suppression des prestations est contestée, le pouvoir d'examen du juge n'est pas limité au point qu'il doive s'abstenir de se prononcer en ce qui concerne des périodes à propos desquelles l'octroi de prestations n'est pas remis en cause (ATF 125 V 413 consid. 2.2 et 2.3 confirmé dans l'ATF 131 V 164). Ainsi, même si la recourante ne conteste que la diminution de la rente entière à partir du 1^{er} janvier 2007, c'est le droit à la rente qui forme l'objet du litige dans cette situation.

3. 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 lui 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 qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA).
4. a) Depuis l'entrée en vigueur, le 1^{er} janvier 2004, de la nouvelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4^{ème} révision) la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI est la suivante : «L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins. La rente est échelonnée comme suit, selon le taux d'invalidité : 40 % au moins un quart, 50 % au moins une demie, 60 % au moins trois-quarts, 70 % au moins rente entière».
- b) Selon l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente au sens de l'art. 28 LAI prend naissance au plus tôt à la date à partir de laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40 % au moins (let. a) ou à partir de laquelle il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable (let. b).

L'existence d'une incapacité de gain durable (art. 29 al. 1 let. a LAI) doit être admise lorsque l'atteinte à la santé est largement stabilisée et essentiellement irréversible et qu'elle affectera, selon toute vraisemblance, durablement la capacité de gain de l'assuré dans une mesure suffisamment grave pour justifier l'octroi d'une rente (art. 29 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 - RAI). Une atteinte originellement labile peut être considérée comme relativement

stabilisée seulement lorsque son caractère a clairement évolué de manière que l'on puisse prévoir que pratiquement aucun changement notable n'interviendra dans un avenir prévisible (ATF 119 V 102 consid. 4a et les références ; VSI 1999 p. 81 consid. 1a).

5. a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V consid. 4 et les références).

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 LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical est que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 122 V 160 consid. 1c et les références). L'élément déterminant pour la valeur probante n'est en principe ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation, sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 122 V 160 consid. 1c ; OMLIN, Die Invaliditätsbemessung in der obligatorischen Unfallversicherung p. 297ss.; MORGER, Unfallmedizinische Begutachtung in der SUVA, in RSAS 32/1988 p. 332ss.).

c) 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. Ainsi, le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une sur-expertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes

émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa).

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

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

6. Parmi les atteintes à la santé psychique, qui peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA, on doit mentionner - à part les maladies mentales proprement dites - les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à

prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible. Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son infirmité mentale, exercer une activité que le marché du travail lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Le point déterminant est ici de savoir quelle activité peut raisonnablement être exigée dans son cas. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).

En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, le Tribunal fédéral des assurances a, dans un arrêt ATF 127 V 294, précisé sa jurisprudence relative aux atteintes à la santé psychique. Ainsi, les facteurs psychosociaux ou socioculturels ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 299 consid. 5a in fine; VSI 2000 p. 155 consid. 3).

A teneur de la jurisprudence constante concernant les dépendances comme l'alcoolisme, la pharmacodépendance et la toxicomanie, une telle dépendance 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 maladie ou un accident qui entraîne une atteinte à la santé physique ou mentale, nuisant à la capacité de gain, 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, 321 consid. 1a et 325 consid. 1a).

7. Dans le cas d'espèce, la recourante a été soumise à une expertise psychiatrique par l'intimé, dont le contenu a été suffisamment mis en doute par les propos de la Dresse E_____, du Département de psychiatrie des HUG, pour que le Tribunal ordonne la mise en œuvre d'une nouvelle expertise (judiciaire) psychiatrique.

Cette dernière, réalisée par le Dr Q_____, remplit en tous points les réquisits jurisprudentiels pour que lui soit accordée une pleine valeur probante. En effet, elle repose sur un entretien avec la recourante dont les plaintes ont été prises en considération, ainsi que sur le dossier complet qui lui a été fourni par la Juridiction de céans, complété par un contact téléphonique avec la psychiatre traitante. Les développements sont clairs et les diagnostics posés également. Il n'y a pas de contradiction entre les conclusions, les constatations cliniques et l'argumentation médicale, qui est au demeurant fouillée. Cette expertise reprend d'ailleurs les conclusions de l'expertise effectuée par la Dresse K_____ au sujet de la capacité de travail de la recourante entre juillet 2004 et août 2007. L'expert judiciaire retient en revanche une aggravation de l'état de santé psychique de la recourante à partir du 1^{er} septembre 2007 et une incapacité de travail entière dès cette date, cette conclusion ayant été confirmée par le SMR, dans son avis du 29 avril 2009.

Ainsi, en suivant les conclusions de l'expertise judiciaire, confirmées par la Dresse K_____ et le SMR, il y a lieu d'admettre que la recourante présentait une incapacité de travail de 75 % de juillet 2004 à décembre 2006. Entre janvier et août 2007, l'état de santé de la recourante s'était temporairement amélioré, l'incapacité de travail étant de 40 % durant cette période. A partir du 1^{er} septembre 2007, la situation s'était à nouveau dégradée, l'incapacité de travail était désormais entière et ce pour une durée indéterminée, comme le SMR l'a également admis.

8. Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 et ATF 125 V 413 consid. 2d ; ATF non publiés des 28 décembre 2006, I 520/05, et 21 août 2006, I 554/06).

En cas de décision simultanée sur l'octroi d'une rente et son remplacement par une autre rente ou même sa suppression, le changement est régi par l'art. 88a du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.301) lequel prévoit que, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va

de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. En revanche, si l'incapacité de gain ou l'impotence d'un assuré s'aggrave, il y a lieu de considérer que ce changement accroît, le cas échéant, son droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable.

En application de ces dispositions, c'est à juste titre que l'OCAI a octroyé une rente entière à la recourante à partir du 1^{er} octobre 2004 - l'incapacité de travail médicalement attestée de 75 % dans l'ancienne activité se confondant avec le degré d'invalidité (cf. Arrêt du Tribunal fédéral du 17 mars 2009, 8C_558/08, consid. 2.5 et les références). En revanche, l'OCAI aurait dû procéder à la substitution de la rente entière par un quart de rente (degré d'invalidité de 40 %) à partir du 1^{er} avril 2007 (art. 88a al. 1 RAI). Pour les mêmes motifs, force est d'admettre que la recourante a, à nouveau, droit à une rente d'invalidité entière à partir du 1^{er} décembre 2007 (art. 88a al. 2 RAI).

9. Au bénéfice des explications qui précèdent, le Tribunal de céans admet partiellement le recours en ce sens que la recourante a droit à une rente d'invalidité entière jusqu'au 31 mars 2007, à un quart de rente d'invalidité du 1^{er} avril 2007 au 30 novembre 2007 et à une rente d'invalidité entière à partir du 1^{er} décembre 2007.
10. L'intimé, qui succombe, supportera les frais de justice, fixés à 200 fr., et versera une indemnité de dépens de 1'500 fr. à la recourante.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision de l'OCAI du 19 février 2008 dans le sens des considérants.
4. Dit que la recourante a droit à un quart de rente d'invalidité du 1^{er} janvier au 30 septembre 2004, à une rente entière du 1^{er} octobre 2004 au 31 mars 2007, à un quart de rente d'invalidité du 1^{er} avril 2007 au 30 novembre 2007 et à une rente entière à partir du 1^{er} décembre 2007, pour une durée indéterminée.
5. Met un émolument de 200 fr. à charge de l'intimé.
6. Condamne l'intimé à verser à la recourante la somme de 1'500 fr. à titre de participation à ses dépens.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la Loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF ; 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

Le Président suppléant

Florence SCHMUTZ

Georges ZUFFEREY

La secrétaire-juriste :

Verena PEDRAZZINI RIZZI

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