REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1312/2007 **ATAS/1087/2007**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 1

du 9 octobre 2007

En la cause

Madame C_____, domiciliée , VERSOIX recourante

contre

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

Siégeant : Doris WANGELER, Présidente; Evelyne BOUCHAARA et Norbert HECK, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame C_____, ressortissante suisse née en octobre 1955, travaillait en qualité de secrétaire de direction.

2. En date du 13 février 2004, elle a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OCAI) en raison d'une dépression.

3. Dans un rapport du 22 avril 2004, le Dr A_____, psychiatre traitant, a diagnostiqué un trouble de l'humeur récurrent, épisode actuel sévère. L'incapacité était totale depuis février 2002 et probablement de manière définitive. L'état de santé était stationnaire et le pronostic peu favorable. Les plaintes subjectives étaient des douleurs dorsales, une fatigue et un découragement. La patiente avait présenté plusieurs dépressions au cours de sa vie, manifestement favorisées par des conditions de vie difficiles. Actuellement, son état ne dépendait que légèrement de sa situation socio-familiale.

4. Dans un rapport du 10 janvier 2005, le Dr B_____, interniste et médecin traitant, a diagnostiqué des troubles de l'humeur récurrents ainsi que des lésions dégénératives étagées du rachis lombaire. L'état de santé s'améliorait. Ce médecin a formulé les remarques suivantes : "La patiente est actuellement motivée pour reprendre une activité professionnelle progressive. Ses compétences dans le domaine du secrétariat (secrétaire de direction polyglotte) sont adéquates. Depuis le début de ce mois, elle travaille à l'essai 20 heures par semaine dans le commerce par téléphone tout en menant des démarches auprès de sociétés de placement pour un poste de secrétaire-réceptionniste à mi-temps".

5. En date du 22 novembre 2006, l'assurée a été soumise à un examen rhumatologique et psychiatrique conduit par le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après le SMR). Les experts n'ont diagnostiqué aucune maladie ayant des répercussions sur la capacité de travail. Les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail étaient les suivants: cervico-scapulalgies droites et lombo-cruralgies bilatérales dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis, troubles statiques et dégénératifs du pied droit, trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger, status après épisode moyen, personnalité dépendante. Du point de vue ostéo-articulaire, l'examen ne permettait de retenir aucune incapacité de travail, l'assurée présentant des pathologies ostéo-articulaires ne conduisant qu'à des limitations fonctionnelles qui étaient tout à fait respectées dans les diverses activités professionnelles qu'elle avait exercées, à savoir secrétaire et téléphoniste. Du point de vue psychiatrique, le tableau actuel ne montrait que des signes extrêmement discrets de dépression d'intensité tout au plus légère. Il était fort possible que l'état de santé de l'assurée se soit amélioré depuis le début de l'arrêt de travail. Aucune incapacité de travail au long cours pour des raisons psychiatriques n'était

médicalement justifiée. Ainsi, l'expertisée présentait une pleine capacité, que ce soit dans sa dernière activité de secrétaire de direction, dans sa qualification d'employée de banque ou dans les autres professions exercées telles que celle de secrétaire.

6. Dans un rapport sans examen clinique, la Dresse C_____, interniste et médecin au SMR, a constaté, sur la base de l'expertise, que l'assurée présentait une pleine capacité de travail dans sa profession habituelle.

7. Par décision du 20 mars 2007, l'OCAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée au motif qu'elle présentait une pleine capacité de travail dans sa profession.

8. Par courrier du 26 mars 2007, l'assurée a recouru contre cette décision auprès du Tribunal de céans, sollicitant un délai pour déposer des attestations médicales.

9. Par courrier du 2 avril 2007, le Tribunal de céans a imparti un délai au 17 avril 2007 à la recourante afin qu'elle formule des conclusions et motive son recours dans le délai imparti, sous peine d'irrecevabilité.

10. Par courrier du 16 avril 2007, l'assurée a expliqué que son psychiatre traitant, le Dr A_____, l'estimait totalement incapable de travailler. Elle avait présenté de nombreuses dépressions depuis son plus jeune âge et aujourd'hui, gérait très mal sa vie, étant angoissée et souvent agressive. Venait s'ajouter à cela que son dos la faisait toujours souffrir et qu'elle avait une surcharge pondérale d'environ 20 kilos. Enfin, elle était étonnée que des experts, après l'avoir vue pendant deux ou trois heures, puissent l'estimer totalement capable de travailler, contrairement à son psychiatre traitant.

11. Dans sa réponse du 24 mai 2007, l'intimé, concluant au rejet du recours, s'est référé à sa décision et aux pièces du dossier.

12. Sur ce, les courriers ont été transmis aux parties et la cause gardée à juger.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire du 22 novembre 1941 (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales statuant conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 LOJ en instance unique, sur les contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI).

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

2. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant des modifications législatives notamment dans le droit de l'assurance-invalidité. Du point de vue

temporel, sont en principe applicables les règles de droit 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 sur opposition litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2; 169 consid. 1 ; 356 consid. 1 et les arrêts cités). Ces principes de droit intertemporel commandent ainsi l'examen du bien-fondé de la décision du 20 mars 2007 à la lumière des anciennes dispositions de la LAI pour la période s'étendant jusqu'au 31 décembre 2002 et, le cas échéant, au regard des nouvelles dispositions de la LPGA pour la période postérieure (ATF 130 V 332 consid. 2.2 et 2.3). En ce qui concerne la procédure et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique 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).

3. Le Tribunal de céans constate que le recours, interjeté dans les formes et délai légaux prévus par l'art. 60 LPGA est recevable.

4. Il convient en l'occurrence de déterminer si la recourante présente des atteintes à sa santé invalidantes lui ouvrant droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

   a) En vertu des art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée et résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Quant à l'incapacité de gain, elle est définie à l'art. 7 LPGA comme la diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré, 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. 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).

   b) La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. 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, et la jurisprudence citée).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, qui s'applique aussi bien en procédure administrative qu'en procédure de recours de droit administratif, l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse de celles-ci. Le juge doit examiner de manière objective tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si ceux-ci permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (ATFA non publié du 21 mars 2006, I 247/05, consid. 1.2).

En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est 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 de l'expert 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, 122 V 160 consid. 1c et les références).

En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice ou de l'administration 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 le fait que celle-ci contienne des contradictions, ou qu'une surexpertise 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 352 consid. 3b/aa et les références).

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).

5. Se trouvent notamment au dossier un rapport d'expertise du SMR du 22 novembre 2006, ainsi que des attestations des médecins traitants.

Il convient tout d'abord de constater que l'expertise du SMR a pleine valeur probante selon la jurisprudence fédérale. En effet, les différents experts se sont livrés à des anamnèses et ont tenu compte des plaintes de l'expertisée. Leurs conclusions sont bien motivées et claires et seront dès lors suivies par le Tribunal de céans. En effet, il y a lieu de relever que les rapports des médecins traitants ont moindre valeur probante que ceux des experts, en raison du lien de confiance particulier qui unit ces médecins à leur patient. L'avis du Dr A_____, bien antérieur à l'examen bidisciplinaire effectué, n'est ainsi pas de nature à remettre en cause les conclusions dûment motivées des experts. De surcroît, le Dr B_____, en 10 janvier 2005, a également constaté une amélioration de l'état de santé, qui avait permis une reprise de travail à temps partiel. Aussi convient-il de constater que la recourante présente une totale capacité de travail dans sa profession et n'a donc droit à aucune prestation de l'assurance-invalidité.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.

3. Met un émolument de 200 fr. à la charge de la recourante.

4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); 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
Marie-Louise QUELOZ	Doris WANGELER

La secrétaire-juriste : Frédérique GLAUSER

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