RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/173/2004 **ATAS/924/2004**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

6ème Chambre

du 15 novembre 2004

En la cause

Madame G_____, recourante

contre

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

Siégeant : Madame Valérie MONTANI Présidente, Mesdames Karine STECK et Isabelle DUBOIS, Juges.

EN FAIT

1. Madame G_____, née en 1950, divorcée et mère de deux enfants nés en 1978 et 1981, est éducatrice de formation. Elle a exercé cette profession auprès de la ville d'Onex depuis le 1er mai 1999. Elle a été victime de deux accidents, les 19 mars (accident de scooter non déclaré à la Zurich assurance-accidents) et 25 septembre 2001 (nouvel accident de la circulation), provoquant des cervico-brachialgies aiguës. Par ailleurs, l'assurée a connu des difficultés dans sa profession d'éducatrice (« mobbing »), ce qui l'a plongée dans un état dépressif. Par la suite, l'assurée a connu de longues périodes d'incapacité totale ou partielle de travail pour cause de maladie ou d'accident. Suite à son divorce prononcé le 30 novembre 1996, l'assurée a repris son précédent nom de famille, PUGIN, à partir du 28 janvier 1997.

2. Dans deux certificats des 22 juin et 9 juillet 2001, la Dresse A_____, médecin traitant et spécialiste FMH en médecine générale, a attesté que l'assurée avait présenté une incapacité totale de travail du 21 mars au 9 juillet 2001 et à 50% dès le 10 juillet 2001 pour cause de maladie. Le médecin expliquait que l'assurée présentait des lombalgies aiguës, des polyarthralgies et des douleurs polyarticulaires. Son traitement avait débuté le 19 mars 2001. Aucune hospitalisation n'avait eu lieu, mais une cure thermale était prévue du 13 juillet au 5 août 2001 à Y_____. La Dresse A_____ a par ailleurs indiqué dans divers certificats que l'assurée avait été en incapacité de 40%, 50% ou 100% suivant les périodes, à compter du 19 mars 2001. Elle avait retrouvé une pleine capacité de travail du 17 juin au 26 septembre 2002 et s'était à nouveau retrouvée en incapacité à 50% du 27 septembre 2002 au 30 avril 2003. Dès le 1er mai 2003, l'assurée avait repris une activité professionnelle à 80% (cf. certificats des 10 octobre, 11 novembre, 25 décembre 2001, 14 janvier, 1er février, 20 mars, 27 mars, 17 juin, 27 septembre 2002 et 10 avril 2003). Par ailleurs, dans deux certificats des 25 décembre 2001 et 14 janvier 2002 adressés à la compagnie d'assurance Zurich en sa qualité d'assureur perte de gain, le médecin-traitant avait notamment diagnostiqué un état dépressivo-anxieux réactionnel et un problème de « mobbing ».

3. L'assurée a déposé le 6 janvier 2003 une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après OCAI) visant à l'octroi d'une rente. Elle a indiqué souffrir de cervico-bracchialgies entraînant des troubles du sommeil, des céphalées et des troubles de la mémoire. Sa mobilité en était affectée, ses gestes étaient lents et elle ne pouvaient rester longtemps dans la même position. Selon elle, l'atteinte à sa santé remontait à son premier accident survenu en mars 2001 et avait été aggravée par le second accident survenu en septembre 2001. Elle a fait remarquer qu'elle était en incapacité totale de travail du 21 mars au 1er juillet 2001, puis du 25 septembre 2001 au 15 mars

2002 et enfin à partir du 27 septembre 2002 pour une durée indéterminée. Son état de santé lui interdisait de reprendre son activité d'éducatrice, compte tenu des horaires de travail irréguliers et en soirée. Elle a exposé qu'elle cherchait pour cette raison un emploi différent avec des horaires réguliers ou diurnes, et à la seule condition que sa santé le lui permette. Elle a précisé qu'elle était âgée de 53 ans et que ses chances de retrouver un emploi s'en trouvaient diminuées.

4. Par courrier du 14 janvier 2003, la ZURICH compagnie d'assurances a répondu à une demande de renseignements du 7 janvier 2003 de l'OCAI, en indiquant verser des indemnités journalières au titre d'assureur perte de gain et d'assureur-accidents à l'assurée, selon le détail suivant :

   « Cas maladie :
   100% du 19 juin 2001 au 9 juillet 2001
   50% du 10 juillet 2001 au 27 septembre 2001

   Cas accident (25 septembre 2001) :
   100% du 28 septembre 2001 au 28 octobre 2001
   50% du 29 octobre 2001 au 9 décembre 2001

   Cas maladie :
   50% du 29 octobre 2001 au 9 décembre 2001
   100% du 10 décembre 2001 au 10 mars 2002
   50% du 11 mars 2002 au 16 juin 2002
   100% du 27 septembre 2002 à ce jour »

5. Dans un document intitulé « questionnaire pour l'employeur » daté du 21 janvier 2003, le service du personnel de la ville d'ONEX a déclaré à l'OCAI que l'assurée travaillait depuis le 1er mai 1999 en qualité d'éducatrice, à raison de 31,5 heures par semaine, correspondant à un taux d'activité de 75%. Son salaire s'élevait à 5'126 fr. 85 par mois depuis le 1er janvier 2003. Son gain annuel avait été de 61'359 fr. en 2000, de 64'362 fr. en 2001 et de 65'030 fr. en 2002. L'intéressée avait été en incapacités de travail suivantes :

   « 100% du 11 au 17 mai 2000
   50% du 18 au 27 mai 2000
   100% du 21 mars au 9 juillet 2001
   50% du 10 juillet au 9 décembre 2001
   100% du 10 décembre au 31 décembre 2001
   100% encore du 1er janvier au 11 mars 2002
   50% du 12 mars au 16 juin 2002
   100% du 27 septembre au 31 décembre 2002
   100% depuis le 1er janvier 2003 »

6. Par courrier du 30 mars 2003 adressé à l'OCAI, l'assurée a expliqué avoir donné son congé de son emploi d'éducatrice à la ville d'Onex pour le 30 avril 2003. Elle

avait ensuite été engagée au service de protection de la jeunesse de l'Etat de Genève (ci-après SPJ) comme assistante sociale avec un traitement mensuel de fr. 5'903.35 à partir du 1er mai 2003, sans avoir pu choisir son taux d'activité, fixé à 80%, et présentant le même nombre d'heures de travail que dans son activité précédente d'éducatrice. Suite à un traitement entrepris en automne 2002, son état de santé et ses problèmes dorsaux en particulier s'étaient améliorés. L'assurée craignait cependant que ce rétablissement ne soit que passager et mis à dure épreuve dans sa nouvelle activité professionnelle. Elle demandait à l'OCAI de l'informer des conséquences possibles de cette nouvelle situation sur sa demande de rente. Aucune réponse de l'OCAI ne figure au dossier.

7. Dans un rapport du 10 avril 2003, la Dresse A_____ a notamment indiqué que l'assurée avait connu des problèmes professionnels avec conflits (« mobbing ») provoquant un état dépressif réactionnel, des troubles du sommeil et nécessitant une psychothérapie à partir du 10 décembre 2001.

   La Dresse a ajouté que son état de santé était stationnaire, mais que ses cervico-brachialgies et dorsalgies pouvaient être améliorées par des mesures médicales ; des mesures professionnelles étaient indiquées. Ses douleurs avaient été soulagées par le repos, les bains et les massages, mais répondaient peu aux AINS et aux myorelaxants. La physiothérapie était efficace, surtout les cures thermales. En conséquence, la Dresse recommandait une physiothérapie intensive, surtout en piscine, des cures thermales, éventuellement une thalassothérapie et une ostéopathie.

   Une annexe du 10 avril 2003 au rapport médical du même jour indiquait que l'assurée souffrait de cervicobrachialgies et de céphalées intenses dès qu'elle restait en station prolongée debout ou assise, ce qui nécessitait qu'elle s'étende durant trois à quatre heures. Sa profession d'éducatrice n'était plus exigible que de manière limitée en raison des horaires irréguliers et des heures de présence prolongées exigées par cette profession. L'assurée ne pouvait garder une position assise que durant deux fois deux heures par jour, rester en position debout que durant deux fois une heure par jour, et elle ne pouvait garder la même position que durant deux fois une heure par jour. Son rendement était diminué, dans la mesure où elle ne supportait pas plus de trois à quatre heures de travail de suite. Sa capacité de travail dans son poste d'éducatrice pouvait être améliorée par des horaires réguliers et de la physiothérapie. Dans cette optique, il était également exigible de l'assurée qu'elle reprenne une autre activité, ne nécessitant pas plus de trois à quatre heures de travail de suite deux fois par jour, ce qui n'impliquait pas de diminution de rendement. Par ailleurs, l'assurée était incapable d'utiliser les transports publics en raison des secousses.

8. Par courrier du 8 septembre 2003, l'assurée a informé l'OCAI avoir demandé à son nouvel employeur l'autorisation de réduire son horaire de travail, celui-ci devenant

trop pénible. Elle a entrepris cette démarche avec l'accord de la Dresse A_____.

9. Dans un courrier du 28 septembre 2003, la Dresse A_____ a répondu à une demande d'informations de l'OCAI du 16 septembre 2003. Elle a précisé que l'état dépressivo-anxieux de l'assurée était réactionnel, gérable par son médecin-traitant et devait être assorti d'un traitement médicamenteux. Il ne nécessitait pas de psychothérapie par un spécialiste et l'assurée n'avait d'ailleurs pas consulté de psychiatre. Elle n'était plus sous anti-dépresseur, car il n'y avait plus de conflit dans le cadre de son nouveau travail au SPJ. Elle n'avait pas consulté de spécialiste pour son problème de cervico-brachialgies. L'évolution de son état de santé était satisfaisante à condition de ne pas subir de surmenage, sans quoi les cervicalgies réapparaissaient après quelques heures de travail. L'assurée avait repris une activité professionnelle au SPJ à un taux de 80% depuis le 1er mai 2003 et elle devrait idéalement pouvoir travailler à un taux de 60%. Les traitements, notamment la physiothérapie et les cures thermales, devaient être poursuivis à long terme, en raison de cervicalgies persistantes. Par ailleurs, des cures de thalassothérapie pourraient avoir un bénéfice plus prolongé.

10. Dans un certificat du 16 octobre 2003, la Dresse A_____ a répondu à une demande de renseignements du 7 octobre 2003 de l'OCAI. Elle a expliqué qu'elle n'avait pas effectué de radiographies chez sa patiente, car elle estimait que cette dernière ne présentait pas de lésion, c'est-à-dire ni fracture ni hernie discale. Par ailleurs, des radiographies mettraient probablement en évidence des troubles statiques, ainsi qu'une arthrose, éventuellement secondaire. Elle relevait qu'il n'y avait pas de problèmes majeurs d'arthrose dans ses antécédents familiaux. La Dresse a exposé que ces explications ne modifiaient pas le traitement qu'elle proposait et qu'elle demanderait un bilan radiologique si l'OCAI le jugeait nécessaire.

11. Dans un courrier du 7 novembre 2003, l'assurée a indiqué qu'elle n'était pas parvenue pour le moment à réduire son temps de travail et qu'elle résistait tant bien que mal à la douleur pour conserver son emploi.

12. En date du 19 novembre 2003, l'OCAI a adressé un mandat au service médical régional du Léman (ci-après SMR). L'OCAI a relevé que l'assurée était en interruption de travail depuis le 21 mars 2001 selon l'employeur et depuis le 25 septembre 2001 selon son médecin-traitant. L'OCAI demandait au SMR d'examiner si « l'état dépressif » avait valeur de maladie.

13. Le SMR a rendu un rapport d'examen daté du 20 novembre 2003. Il a exposé que l'assurée était en incapacité de travail depuis le 19 juin 2001, selon le décompte de l'assurance perte de gain, pour des rachialgies consécutives à un accident, non déclaré dans un premier temps, avec entorse cervicale. Le 28 septembre 2001, un

second accident de circulation aurait entraîné une exacerbation des douleurs cervico-brachiales, justifiant une incapacité de 100% pendant un mois, puis à 50% jusqu'au 16 juin 2002. Le SMR relevait que le médecin-traitant avait incriminé un état dépressif réactionnel à un conflit au travail pour justifier une incapacité supplémentaire totale depuis le 10 décembre 2001. Selon le SMR, cet état dépressif, clairement décrit par le médecin-traitant comme réactionnel au conflit professionnel, ne pouvait pas être retenu comme invalidant, car il dépendait de facteurs extérieurs qui pouvaient être modifiés. Cela s'était d'ailleurs réalisé, dans la mesure où l'assurée avait retrouvé une activité à 80% dans son métier au début de l'année 2003, après le dépôt de sa rente AI. Ainsi, seule la période d'incapacité due aux suites des deux accidents pouvait être prise en compte pour le calcul de l'invalidité.

14. L'OCAI a rendu le 21 novembre 2003 une décision de refus d'octroi de rente d'invalidité. L'OCAI a exposé qu'il ressortait des éléments médicaux que l'assurée présentait des rachialgies post-traumatiques et un épisode dépressif réactionnel à un conflit de travail, lequel ne pouvait être retenu comme invalidant selon le SMR. Quant aux rachialgies, elles avaient justifié une incapacité de travail du 19 juin 2001 au 16 juin 2002, soit durant moins d'une année sans interruption. En conséquence, sa demande de rente devait être rejetée.

15. L'assurée a formé opposition par acte du 5 décembre 2003. Elle a contesté la date du 16 juin 2002 comme terme de son incapacité de travail, alléguant que son état de santé lui avait interdit de reprendre toute activité lucrative depuis son accident en mars 2001 jusqu'au 30 avril 2003. Durant les cinq semaines de fermeture annuelle de son employeur en été 2002, elle avait fait une cure à Y_____ et tenté, sans succès, de reprendre son travail. Elle avait repris partiellement son ancienne activité d'éducatrice durant quelques semaines à la fin du mois d'août 2002, mais s'était retrouvée en incapacité totale de travail de la fin du mois de septembre 2002 à la fin du mois d'avril 2003.

16. Par décision sur opposition du 6 janvier 2004, l'OCAI a rejeté l'opposition du 5 décembre 2003 en se référant à l'avis du SMR du 20 novembre 2001. L'OCAI a précisé que l'incapacité de travail due à l'état dépressif réactionnel au conflit de travail n'avait pas valeur de maladie. Seule la période d'incapacité due aux suites des deux accidents pouvait être prise en compte pour le calcul de l'invalidité. Les incapacités de travail retenues par le SMR étaient de 100% du 19 juin au 9 juillet 2001, de 50% du 10 juillet au 27 septembre 2001, de 100% du 28 septembre au 28 octobre 2001 et de 50% du 29 octobre au 16 juin 2002. Dès lors, l'assurée ne présentait pas d'incapacité de travail durant une année au moins sans interruption notable. Par ailleurs, l'opposition de l'assurée n'apportait aucun élément nouveau.

17. Dans un certificat du 21 janvier 2004, le médecin-traitant a expliqué que l'assurée avait été en incapacité totale de travail durant certaines périodes, en raison de

problèmes médicaux intercurrents avec des tentatives de reprise partielle du travail qui avaient dû être abandonnées dès le mois d'octobre 2002, jusqu'à ce que l'assurée reprenne un emploi en date du 1er mai 2003. Les traitements consécutifs aux accidents s'étaient poursuivis, en l'occurrence des cures thermales et une physiothérapie. Au vu de ces explications, il apparaissait que l'assurée « n'avait jamais été en incapacité de travail uniquement pour la maladie, mais à 50% pour chaque affection ».

18. Par acte du 28 janvier 2004, l'assurée a recouru auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales contre la décision sur opposition du 28 janvier 2004. Elle a fait valoir que l'historique et les faits retenus par l'OCAI n'étaient pas conformes à la réalité. Elle a expliqué avoir eu un premier accident le 19 mars 2001 qui n'avait pas été déclaré comme tel, du fait de l'absence de témoins. Elle avait dès lors déclaré l'événement à son assurance-maladie sous forme de « maladie ». Il en avait découlé une incapacité complète de travail à partir du 21 mars 2001, soit à la date à laquelle elle aurait dû reprendre son travail. C'était donc à tort que l'OCAI retenait la date du 19 juin 2001 comme début de l'incapacité de travail. L'assurée avait ensuite tenté de recommencer son travail partiellement en profitant de la fermeture des locaux en été durant 5 semaines pour suivre sa première cure de trois semaines de soins intensifs à Y_____.

    Le deuxième accident était intervenu le 25 septembre 2001, avant qu'elle ne puisse reprendre pleinement son activité, provoquant une nouvelle incapacité de travail et réactivant les anciennes douleurs. Cette fois, l'assurée avait déclaré cet événement comme accident à son assurance. Elle avait effectué une 2ème cure thermale de 2 semaines à Y_____ en février 2002. Ensuite, elle avait repris partiellement son activité et avait tenté de reprendre son activité à plein temps avant les vacances d'été 2002 – qui duraient 5 semaines - et entrepris une troisième cure thermale à Y_____ durant 2 semaines, à cheval sur juillet et août 2002.

    Mais, en dehors de la tentative de reprise du travail à temps complet, d'ailleurs soldée par un échec, l'assurée n'avait jamais pu reprendre d'activité à plein temps. Une nouvelle incapacité de travail complète était intervenue le 1er octobre 2002, l'empêchant de reprendre son emploi d'éducatrice.

    Dans son nouvel emploi au SPJ effectué à un taux d'activité trop élevé de 80%, ses douleurs étaient réapparues de manière chronique, et elle n'arrivait pas à reprendre ses forces. Elle a exposé avoir accepté ce nouvel emploi pour ne pas émarger au chômage et à la condition, acceptée par son employeur, de baisser son taux d'activité dès que possible.

    L'assurée a joint un récapitulatif de ses arrêts et reprises du travail, établi par elle-même, soit :

    « Du 21 mars 2001 au 10 juillet 2001, incapacité totale,

Du 10 juillet 2001 au 25 septembre 2001, incapacité à 50 %,
Du 25 septembre 2001 au 29 octobre 2001, incapacité totale,
Du 12 novembre 2001 au 10 décembre 2001, incapacité à 60 %,
Du 10 décembre 2001 au 11 mars 2002, incapacité totale,
Du 11 mars 2002 au 17 juin 2002, incapacité à 50 %,
Du 1er octobre 2002 au 30 avril 2003, incapacité totale ».

19. Dans son préavis du 27 février 2004, l'OCAI a proposé le rejet du recours, alléguant que l'assurée n'avait pas produit d'éléments permettant une appréciation différente du cas.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales, composé de 5 juges, dont un président et un vice-président, 5 suppléants et 16 juges assesseurs (art. 1 let. r et 56 T LOJ).

   Suite à l'annulation de l'élection des 16 juges assesseurs, par le Tribunal fédéral le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente permettant au Tribunal cantonal des assurances sociales de siéger sans assesseurs à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs.

   Statuant sur un recours de droit public, le Tribunal fédéral a, dans un arrêt du 1er juillet 2004, confirmé que la disposition transitoire constituait la solution la plus rationnelle et était conforme, de surcroît, au droit fédéral (ATF 130 I 226).

2. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (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 (ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). En revanche, 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). C'est pourquoi les procédures pendantes au 1er janvier 2003 ou introduites après cette date devant un tribunal cantonal compétent en matière d'assurances sociales sont régies par les nouvelles règles de procédure contenues dans la LPGA et par les dispositions de procédure contenues dans les différentes lois spéciales modifiées par la LPGA.

   Dans le cas d'espèce, les faits déterminant ayant conduit à l'adoption de la décision litigieuse du 6 janvier 2004 remontent aux accidents des 19 mars et 25 septembre

2001. Sur le plan matériel, le cas d'espèce reste donc régi par la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI) dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002. Toutefois, en ce qui concerne la procédure, celle-ci était pendante au 1er janvier 2003, de sorte que le cas d'espèce est régi par les nouvelles règles de procédure contenues dans la LPGA et par les dispositions de procédure contenues dans les différentes lois spéciales modifiées par la LPGA.

3. Interjeté dans les forme et délai légaux, le recours est recevable conformément aux art. 56, 59 et 60 LPGA.

4. L'art. 4 LAI stipule que l'invalidité est la diminution de la capacité de gain, présumée permanente ou de longue durée, qui résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale provenant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération.

5. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins. En ce cas, il recevra un quart de rente. S'il est invalide à 50%, il se verra octroyer une demi-rente et, si son invalidité atteint 66 2/3 %, une rente entière (art. 28 al. 1 LAI). Dans les cas pénibles, une invalidité de 40% au moins ouvre droit à une demi-rente (art. 28 al. 1bis LAI).

   Selon l'art. 29 alinéa 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle : l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40% au moins (let. a), ou l'assuré a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (let. b).

   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 (ATF 127 V 299). 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). En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, est déterminant 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 ; VSI 2000, p. 154).

   Conformément au principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Il 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 trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre (ATF non publié du 1er juillet 2003 en la cause I 167/03). Il convient cependant de rappeler que les constatations du médecin de famille quant à l'appréciation de l'incapacité de travail de l'assuré ont une valeur probante inférieure à celles des spécialistes (RCC 1988, page 504). Au surplus, lorsque l'administration confie des expertises à des spécialistes externes reconnus, le juge peut, dans le cadre de l'appréciation des preuves, leur reconnaître une pleine force probante dans la mesure où celles-ci se fondent sur des examens complets ainsi qu'une étude fouillée du dossier et qu'il n'existe pas non plus d'indices concrets qui permettraient de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 353 consid. 3b/bb, 122 V 161 consid. 1c et les références).

6. En l'espèce, l'intimé a refusé d'octroyer une rente-invalidité à la recourante au motif qu'elle n'avait pas justifié d'une incapacité de travail durant une année au moins sans interruption notable, au sens de l'art. 29 al. 1 let. b LAI. Selon l'intimé, il ressortait des éléments médicaux que la recourante présentait des rachialgies post-traumatiques justifiant une incapacité de travail du 19 juin 2001 au 16 juin 2002, soit durant moins d'une année sans interruption.

   L'intimé était arrivé à ces conclusions en s'appuyant sur le rapport du SMR du 20 novembre 2001, lui-même basé sur le décompte du 14 janvier 2003 de la ZURICH assurance-accidents.

   Or, faisant usage de son pouvoir de libre appréciation des preuves, le Tribunal de céans constate qu'il n'était pas relevant de considérer les seules indemnités perte de gain du décompte du 14 janvier 2003 de la ZURICH assurance-accidents pour déterminer la durée d'incapacité de travail de la recourante. En effet, les périodes d'incapacité de travail sont bien documentées et remontent aux jours suivants son premier accident survenu le 19 mars 2001.

   A cet égard, la Dresse A_____ a indiqué dans un certificat du 22 juin 2001 que la recourante présentait une incapacité totale de travail du 21 mars au 9 juillet 2001 et à 50% dès le 10 juillet 2001 pour cause de maladie. Dans deux certificats des 25 décembre 2001 et 14 janvier 2002, la Dresse A_____ a exposé que les accidents des 21 mars 2001 et 25 septembre 2001, avaient notamment entraîné une incapacité totale de travail du 21 mars au 9 juillet 2001 et à 50% du 10 juillet au 25 septembre 2001. La recourante avait d'ailleurs notamment indiqué dans sa demande de prestations de l'assurance-invalidité du 6 janvier 2003 qu'elle était en incapacité totale de travail à partir du 21 mars 2001. Au surplus, dans un document intitulé « questionnaire pour l'employeur » daté du 21 janvier 2003, le service du personnel de la ville d'ONEX, pour laquelle la recourante a travaillé en qualité d'éducatrice

du 1er mai 1999 au 30 avril 2003, a notamment indiqué que la recourante était en incapacité de travail à partir du 21 mars 2001 jusqu'au 16 juin 2002, à 100 ou 50% selon les périodes, puis à nouveau à partir du 27 septembre 2002. Force est dès lors de constater que la première incapacité de travail de la recourante, supérieure à 40%, a débuté le 21 mars 2001 pour s'étendre sans interruption jusqu'au 16 juin 2002, et n'a pas débuté le 19 juin 2001, ainsi que l'a retenu à tort l'intimé. Par ailleurs, n'est pas litigieuse dans le cas particulier la question du caractère invalidant de l'atteinte à la santé consécutive aux deux accidents des 19 mars et 25 septembre 2001. N'est pas non plus litigieux le fait que les atteintes à la santé de la recourante ont toujours entraîné, suivant les périodes, une incapacité de travail égale ou supérieure à 40%, ainsi que cela ressort du rapport du SMR du 20 novembre 2001, complété par les divers certificats médicaux du médecin-traitant.

Il y a lieu de conclure de ce qui précède que la recourante a présenté une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable du 21 mars 2001 au 16 juin 2002 en raison des deux accidents subis, avec des conséquences sur sa santé jugées invalidantes tant par le médecin-traitant que par le SMR, et que les conditions à la naissance du droit à la rente telles que définies par l'art. 29 al. 1 let. b LAI sont réalisées dans le cas d'espèce.

C'est le lieu de noter que l'intimé avait correctement estimé dans la décision litigieuse du 21 novembre 2003 qu'il ne fallait pas retenir comme invalidant l'épisode dépressif de la recourante, réactionnel à un conflit de travail, lequel avait provoqué une incapacité supplémentaire de travail depuis le 10 décembre 2001 que le médecin-traitant avait clairement défini comme un trouble psychique réactionnel à un conflit professionnel (cf. rapport de la Dresse A_____ du 28 septembre 2003).

Or, la circulaire concernant l'invalidité et l'impotence (ci-après CIIAI) précise que l'invalidité comporte trois éléments constitutifs, à savoir une atteinte à la santé, une incapacité de gain, et un rapport de causalité entre l'atteinte à la santé et l'incapacité de gain (chiffre 1001). Le chiffre 1015 de ladite circulaire souligne que les troubles psychiques qui sont provoqués principalement par des circonstances extérieures tel que le surmenage causé par l'exercice de plusieurs professions ou un milieu défavorable, mais qui disparaissent lorsque le sujet prend conscience de la nécessité raisonnablement exigible de modifier les facteurs sociaux à l'origine des troubles, n'ont en eux-mêmes pas valeur d'invalidité, du fait de l'absence du critère de durabilité imputable à ces troubles (RCC 1971 P. 589, 1964 P. 227).

Dans le cas particulier, s'agissant de «mobbing » et de surmenage, soit de facteurs extérieurs pouvant être modifiés, l'intimé était donc fondé à estimer qu'ils ne constituaient pas un épisode invalidant, le critère de durabilité de l'affection étant effectivement absent. La recourante avait d'ailleurs retrouvé une activité à 80% dans son métier au début de l'année 2003.

Cela ne saurait toutefois entrer en considération pour l'évaluation des périodes d'incapacité de travail de la recourante, celle-ci ayant dans tous les cas présenté un degré d'incapacité égal ou supérieur à 40% du 21 mars 2001 au 16 juin 2004, ainsi qu'examiné *supra*.

Les conditions à la naissance du droit à l'invalidité de la recourante au sens de l'art. 29 al. 1 let. b LAI étant réalisées dans le cas particulier, la cause doit être renvoyée à l'intimé afin qu'il calcule son degré d'invalidité.

7. Au vu de ces considérations, le recours est admis.

PAR CES MOTIFS,

LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant conformément à la disposition transitoire de l'art. 162 LOJ

A la forme :

1. Déclare le recours recevable ;

Au fond :

2. L'admet ;

3. Renvoie la cause à l'office cantonal de l'assurance-invalidité pour détermination du degré d'invalidité de Madame G_____ ;

4. Dit que la procédure est gratuite ;

5. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par pli recommandé adressé au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE, en trois exemplaires. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire doit : a) indiquer exactement quelle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée; b) exposer pour quels motifs il estime pouvoir demander cette autre décision; c) porter sa signature ou celle de son représentant. Si le mémoire ne contient pas les trois éléments énumérés sous lettres a) b) et c) ci-dessus, le Tribunal fédéral des assurances ne pourra pas entrer en matière sur le recours qu'il devra déclarer irrecevable. Le mémoire de recours mentionnera encore les moyens de preuve, qui seront joints, ainsi que la décision attaquée et l'enveloppe dans laquelle elle a été expédiée au recourant (art. 132, 106 et 108 OJ).

La greffière :	La Présidente :
Nancy BISIN	Valérie MONTANI

Le secrétaire-juriste :
Alain ACHER

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