REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1754/2007 **ATAS/1009/2007**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 3

du 20 septembre 2007

En la cause

Madame Claire DERUNGS, domiciliée rue Chabrey 33, GENEVE recourante

contre

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

Siégeant : Karine STECK, Présidente, Norbert HECK et Violaine LANDRY-ORSAT, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame Claire DERUNGS, née le 9 janvier 1955, a travaillé comme animatrice parascolaire de septembre 1989 à mars 2003.

2. Le 8 mars 2004, elle a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après OCAI) en demandant une orientation professionnelle et le reclassement dans une nouvelle profession. Elle a indiqué que suite à plusieurs événements douloureux, elle était en arrêt maladie pour dépression nerveuse depuis le 19 mars 2003.

3. Dans un rapport daté du 7 mai 2004, le Dr Stéphane DOELL, spécialiste FMH en médecine interne, a posé les diagnostics d'hépatopathie chronique depuis 2002 et de dépression depuis 2003, avec tentative de suicide. Il a confirmé l'incapacité totale de travailler depuis le mois de mai 2003. Selon le médecin, l'assurée était alors encore trop fragile psychologiquement pour reprendre une activité lucrative quelle qu'elle soit (pièce 19 OCAI).

4. Interrogée sur son statut, l'assurée a expliqué que depuis 1988, elle avait travaillé à mi-temps, 19,5 heures par semaine, afin de pouvoir se consacrer à l'éducation de ses trois enfants. Elle a ajouté que si son état de santé le lui avait permis, elle aurait augmenté son temps de travail depuis l'année 2000 en raison de la charge financière pesant sur ses épaules (pièce 25 OCAI).

5. Le 8 mars 2004, le Dr Bertrand BALEYDIER, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, à la demande de l'assurance perte de gain maladie, a rendu un rapport d'expertise concernant l'assurée (pièce 31 OCAI). Il s'est basé pour ce faire sur un entretien d'une heure avec l'assurée et sur un contact téléphonique avec son médecin traitant, le Dr DOELL. Il a par ailleurs procédé à des mesures psychométriques et sérologiques.

   Il ressort de l'anamnèse que c'est le 8 mars 2003, suite à une entorse à la cheville, que l'assurée a interrompu son activité professionnelle. Par la suite, cet arrêt de travail s'est prolongé en raison d'une hépatite C. L'assurée a été hospitalisée en automne 2003 durant cinq jours à Belle-Idée suite à une tentative de suicide par absorption de médicaments et d'alcool. Le Dr BALEYDIER a indiqué qu'il n'avait pu avoir accès à ce rapport d'hospitalisation malgré ses demandes. A sa sortie de l'hôpital, l'assurée a été suivie durant deux mois par le Centre de thérapie brève (CTB) de la rue de Lausanne puis par son médecin traitant, le Dr DOELL.

   Le Dr BALEYDIER a évoqué la possibilité d'un problème d'éthylisme occulté. Il a ensuite examiné les symptômes majeurs de la dépression. A cet égard, il a relevé que l'assurée sortait d'une période de marasme et de dépression profonde mais que l'évolution était favorable, laissant la place à des moments de blues lorsque

revenaient des problèmes professionnels et qu'était évoquée la question du retour au travail. L'expert a conclu qu'il n'y avait plus de tristesse anormale au sens du premier critère diagnostic de la dépression par l'OMS. Il n'a pas non plus constaté de diminution marquée de l'intérêt et du plaisir pour des activités habituellement agréables au sens du deuxième critère diagnostic. Enfin, il a relevé que l'assurée faisait preuve d'énergie puisqu'elle s'occupait de ses enfants, entretenait normalement son intérieur et remplissait toutes ses obligations. Il en a tiré la conclusion qu'elle ne présentait plus les symptômes majeurs d'une dépression.

S'agissant des symptômes mineurs de la dépression, l'expert a relevé que l'assurée semblait avoir un peu confiance en elle-même malgré les obligations professionnelles qu'elle allait devoir affronter, qu'elle ne paraissait pas défaite par des sentiments de culpabilité, que sa capacité de concentration était revenue et lui permettait d'assumer diverses tâches privées sans problème majeur, qu'elle ne se plaignait pas d'oublis ou d'erreurs d'attribution, qu'elle n'avait plus aucune intention de se détruire, que son humeur s'était bien stabilisée, que son appétit était en cours de rétablissement et que son poids avait augmenté durant les derniers mois. Elle présentait un score sur l'échelle de Hamilton correspondant à une absence de dépression.

Le Dr BALEYDIER a conclu que l'assurée sortait d'un épisode de dépression sévère en nette amélioration, qu'il restait encore quelques symptômes dépressifs et que l'assurée présentait une certaine faiblesse, raison pour laquelle il a retenu le diagnostic de dépression sévère en cours de rémission ou d'épisode dépressif léger. Comme diagnostic différentiel, il a retenu un trouble de l'adaptation avec humeur mixte anxieuse et dépressive. Il a ajouté qu'un tel diagnostic n'était cependant pas compatible avec un trouble de l'humeur. Il a finalement retenu les diagnostics d'épisode dépressif léger (F 32.0) et de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool (F 10.23) précisant que l'assurée était abstinente mais qu'elle prenait des médicaments aversifs ou bloquants.

L'expert a préconisé de continuer la prise d'un antidépresseur durant six mois à une année puis d'envisager la question d'un sevrage à l'alcool. S'agissant de la capacité de travail, il a estimé que l'assurée pourrait reprendre à 50% à compter du 1er avril 2004, soit trois mois après l'introduction d'un nouvel antidépresseur puis à 100% à compter du 28 avril 2004, soit un mois plus tard.

6. L'assurée s'est vu signifier son congé par son employeur avec effet au 3 janvier 2005.

7. A la demande de l'OCAI, elle a fait l'objet d'un nouvel examen psychiatrique de la part de la Dresse E. ALBEANU, psychiatre au service médical régional AI (SMR; pièce 43 OCAI).

Il ressort de l'anamnèse que l'assurée aurait subi des abus sexuels à l'âge de huit ans, infligés par un ami de son oncle. A treize ans, elle a fait une première tentative de suicide et a été hospitalisée en milieu psychiatrique à l'hôpital de Marsens pendant quelques mois. A sa sortie, elle a bénéficié d'une prise en charge psychiatrique ambulatoire. A cet âge-là, l'assurée a consommé du cannabis puis, vers l'âge de dix-sept ans, du LSD. A vingt ans, elle a fait une nouvelle tentative de suicide et aucune prise en charge psychiatrique n'a été organisée. En 2003, elle a encore fait une tentative de suicide et a hospitalisée à Belle-Idée durant deux semaines. Elle a ensuite bénéficié d'une prise en charge ambulatoire aux CTB des Pâquis du 31 octobre au 18 décembre 2003. Durant trois semaines, elle a pris un traitement antidépresseur qu'elle a arrêté car elle ne le supportait pas. Son médecin traitant a alors introduit un autre antidépresseur que l'assurée a également arrêté en juillet 2005. Au moment de l'expertise, l'assurée ne bénéficiait plus d'aucune prise en charge psychiatrique ambulatoire et était sous traitement anxiolytique. Elle est suivie par son médecin traitant, à raison d'une fois par mois. Elle se plaint de fatigue, de dépression et de mobbing.

L'assurée s'occupe du ménage et de ses enfants. Sa vie sociale est décrite comme normale. Elle voit régulièrement ses amis. Si elle ne part pas en vacances, c'est en raison de ses difficultés financières. Elle exprime clairement son angoisse à l'idée de reprendre une quelconque activité lucrative. Elle ne se montre motivée ni pour reprendre son activité habituelle ni pour bénéficier d'une formation professionnelle.

La Dresse ALBEANU n'a objectivé ni trouble de la mémoire, de la concentration ou de l'attention ni ralentissement psychomoteur. Elle n'a pas non plus relevé d'anhédonie ni de perte de l'élan vital ni de diminution du plaisir ou de signe de repli sur soi, de rumination, de persécution ou de dévalorisation. L'assurée ne verbalise pas d'idée suicidaire. Aucun symptôme de la lignée dépressive en faveur d'un diagnostic de dépression majeur n'a été mis en évidence. Sur le plan anxieux, l'assurée ne ressent ni angoisses persistantes ni attaques de panique plaidant en faveur d'un diagnostic d'anxiété généralisée. Elle s'est montrée détendue à l'examen et ne présente ni agoraphobie ni phobie sociale ni claustrophobie ni symptôme de la lignée psychotique.

L'assurée est décrite comme une femme instable, labile, abandonnique, immature, dépendante, sans moyens d'introspection. Finalement, la Dresse ALBEANU n'a retenu aucun diagnostic psychiatrique, ayant une répercussion sur la capacité de travail. A titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, elle a mentionné un trouble de la personnalité émotionnellement labile type borderline non décompensé (F 60.31), des troubles mentaux et troubles du comportement liés à utilisation continue d'alcool (F 10.25) et des difficultés liées à de possibles sévices sexuels infligés à un enfant par une personne étrangère à son entourage immédiat (Z 61.5).

La Dresse ALBEANU a estimé que la symptomatologie dépressive d'intensité légère retenue par le Dr BALEYDIER était en rémission complète. Elle a par ailleurs rappelé que seul un premier épisode isolé de chacun des trois degrés de dépression (légère, moyenne ou sévère) peut être classé sous F 32 et que quand le sujet a déjà présenté un épisode dépressif dans le passé, on peut poser le diagnostic de trouble dépressif récurrent, ce qui n'est pas le cas de l'assurée; l'examen clinique n'a montré ni dépression majeure ni décompensation psychotique ni anxiété généralisée ni troubles phobiques ni syndrome douloureux somatoforme persistant ni perturbation de l'environnement psychosocial ni limitations fonctionnelles psychiatriques invalidantes. L'assurée présente seulement un trouble de la personnalité émotionnellement labile type borderline non décompensé caractérisé par une tendance à agir avec impulsivité et sans considération pour les conséquences possibles, associé à une instabilité de l'humeur, à une tendance à s'engager dans des relations intenses et instables qui conduisent souvent l'assurée à des crises émotionnelles associées à des efforts démesurés pour éviter les abandons et à des menaces de suicide ou à des gestes auto-agressifs avec passage à l'acte.

La Dresse ALBEANU a précisé que le trouble de la personnalité non décompensé ne représente pas une maladie psychiatrique invalidante et n'a pas d'incidence sur la capacité de travail. Elle a fait remarquer que ce trouble de la personnalité n'avait d'ailleurs pas empêché l'assurée d'assumer ses responsabilités dans diverses activités professionnelles par le passé.

La Dresse ALBEANU a encore précisé, s'agissant du diagnostic de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, qu'il était primaire. Quant à la symptomatologie dépressive sévère décrite en 2003, elle était réactionnelle à une situation familiale et financière difficile et également à la consommation d'alcool. Il ne s'agissait donc pas d'une pathologie psychiatrique chronique et invalidante.

Finalement, l'expert a conclu à une capacité de travail exigible de 100% dans toute activité (pièce 43 OCAI).

8. Le 2 août 2006, l'OCAI a communiqué à l'assurée un projet de décision lui refusant l'octroi de toute prestation. Se basant sur l'examen de la Dresse ALBEANU, l'OCAI a conclu que l'assurée ne souffrait d'aucune pathologie psychiatrique invalidante et que sa capacité de travail était entière dans les activités professionnelles déjà exercées. S'agissant des empêchements dans les travaux habituels et la tenue du ménage, aucune restriction significative n'a non plus été retenue.

9. Par courrier du 31 août 2006, l'assurée s'est opposée à ce projet en alléguant que les médecins n'auraient pas tenu compte de sa détresse et de sa souffrance psychique.

10. Par courrier du 5 septembre 2006, l'OCAI, constatant que l'assurée ne détaillait pas de manière précise les "nombreuses erreurs" qu'elle reprochait aux médecins du

SMR et moins encore les répercussions que ces erreurs pourraient avoir sur sa capacité de travail exigible, lui a imparti un délai au 25 septembre 2006 pour étayer ses conclusions et produire éventuellement de nouveaux documents médicaux.

11. La Dresse E. SCHAERER, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a pris contact avec l'OCAI le 2 août 2006. Elle a expliqué qu'elle suivait l'assurée depuis le mois de juin 2006 et qu'elle lui transmettrait un complément d'informations médicales prochainement.

12. Par courrier du 2 octobre 2006 (pièce 56 OCAI), la Dresse SCHAERER, après avoir pris connaissance des expertises des Drs BALEYDIER et ALBEANU, a indiqué qu'elle réfutait le diagnostic d'éthylisme chronique mais partageait l'avis selon lequel l'assurée souffrait d'une personnalité borderline. Elle a expliqué que sa patiente avait développé pour éviter l'abandon, autant réel qu'imaginé, des relations personnelles pouvant devenir instables par leur intensité même. Selon elle, la patiente ressent violemment son vide interne, devient mélancolique et jouit d''une moindre résistance aux frustrations. Elle se présente alors de mauvaise humeur, ce qui ne l'aide pas dans ses contacts professionnels. La Dresse SCHAERER a reconnu que comme l'avait indiqué la Dresse ALBEANU, sa patiente n'était pas en état de décompensation. Selon elle, l'assurée a la capacité d'évoluer et peut, convenablement soutenue, ses enfants grandissant, trouver une insertion socio-économique. Elle émet le souhait que, pour cette patiente, une organisation telle que celle de l'assurance-invalidité l'aide dans sa recherche de réinsertion professionnelle. Elle pense que de cette manière-là, la patiente présente moins de risque d'effondrement psychique.

13. Ce courrier a été soumis au Dr GUTMANN, du SMR, qui a relevé que la Dresse SCHAERER avait reconnu que la personnalité borderline de l'assurée n'était pas décompensée et qu'elle n'évoquait pas d'autre pathologie psychiatrique ni attestait d'une quelconque incapacité de travail.

14. Le 28 mars 2007, l'OCAI a donc rendu une décision confirmant son refus de mesures d'ordre professionnel et de rente d'invalidité. Il a fait remarquer que le médecin psychiatre de l'assurée n'avait pas amené d'élément nouveau permettant d'admettre un degré d'invalidité suffisant pour ouvrir droit à des prestations.

15. Par courrier du 26 avril 2007, l'assurée a interjeté recours contre cette décision. Elle a fait remarquer qu'elle ne demandait pas de rente d'invalidité mais qu'elle était dans l'incapacité de reprendre une activité professionnelle dans le parascolaire alors qu'elle ne peut plus supporter le moindre bruit. Elle a par ailleurs allégué qu'elle souffrait d'une parodontie et a nié être alcoolique. Elle a invoqué sa détresse psychique et l'avis de son psychiatre traitant, le Dr SCHAERER.

16. Invité à se prononcer, l'intimé, dans sa réponse du 14 juin 2007, a conclu au rejet du recours.

17. Après communication de cet avis à l'assurée à laquelle il a également été imparti un délai pour consulter le dossier, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) 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 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), les faits sur lesquels le tribunal de céans peut être amené à se prononcer dans le cadre d'une procédure de recours étant par ailleurs ceux qui se sont produits jusqu'au moment de la décision administrative litigieuse (ATF 121 V 366 consid. 1b). Quant aux règles de procédure, elles sont applicables, sauf dispositions transitoires contraires, à tous les cas en cours dès l'entrée en vigueur de la LPGA (ATF 131 V 314 consid. 3.3, 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

   En l'espèce, la décision querellée, datée du 28 mars 2007, concerne le droit éventuel à des prestations qui prendrait naissance au plus tôt en mars 2004 (art. 29 al. 2 LAI ; ATF 126 V 9 consid. 2b et les références). L'essentiel des faits déterminants est par conséquent postérieur au 31 décembre 2002. En conséquence, sur le plan matériel, le cas d'espèce est régi par les dispositions légales en vigueur dès le 1er janvier 2003.

   Il y lieu de préciser que la LPGA n'a pas modifié la notion d'invalidité, la manière d'évaluer le taux d'invalidité, le principe de la libre appréciation des preuves et la valeur probante des rapports médicaux, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 345 consid. 3).

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

3. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56 et ss LPGA.

4. Le litige consiste à déterminer si les atteintes à la santé que présente la recourante entraînent une incapacité de travail pouvant ouvrir droit, le cas échéant, à une rente de l'assurance-invalidité.

5. a) 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 et 4 al. 1 LAI).

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

   L'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage est un principe général du droit des assurances sociales (ATF 129 V 463 consid. 4.2, 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 et les arrêts cités). Le juge ne peut pas se fonder simplement sur le travail que l'assuré a fourni ou s'estime lui-même capable de fournir depuis le début de son incapacité de travail, ceci pour éviter que le recourant soit tenté d'influencer à son profit, le degré de son invalidité (ATF 106 V 86 consid. 2 p. 87).

   b) 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 pas 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).

6. a) 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. La jurisprudence a donc précisé les tâches du médecin, par exemple lors de l'évaluation de l'invalidité ou de l'atteinte à l'intégrité, ou lors de l'examen du lien de causalité naturelle entre l'événement accidentel et la survenance du dommage (ATF 122 V 158 consid. 1b et les références; SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, in : Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHÜPBACH - Bâle, 2000, p. 268). Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office AI, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'AI (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b; Stéphane BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). Lors de l'évaluation de l'invalidité, la tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1 in fine).

   S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité

de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2)

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

7. Dans sa décision, l'intimé a retenu que l'assurée ne présente aucune atteinte psychique invalidante et que l'exercice d'une activité lucrative à plein temps est exigible de sa part. Il s'est fondé pour cela sur les conclusions du rapport de la Dresse ALBEANU. Pour sa part, la recourante soutient qu'elle ne peut plus exercer son ancienne activité en raison de sa détresse psychique et qu'il lui faut donc se reconvertir. Elle invoque à l'appui de sa position l'avis de son psychiatre traitant.

   Le Tribunal de céans constate que le rapport d'examen de la Dresse ALBEANU se fonde sur une anamnèse détaillée, sur l'examen du dossier de l'assurée, que les plaintes de cette dernière ont été prises en considération. Au surplus, les conclusions de la Dresse ALBEANU sont compatibles avec celles du Dr BALEYDIER.

   En effet lorsque le Dr BALEYDIER a rendu son rapport d'expertise au moment même où l'assurée déposait sa demande de prestation, il a conclu que l'assurée ne présentait déjà plus les symptômes majeurs d'une dépression et que l'épisode de dépression sévère qu'elle avait traversé était en nette amélioration; l'assurée présentait certes une certaine faiblesse, mais on ne pouvait alors plus diagnostiquer désormais qu'un épisode dépressif léger et des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool. Le Dr BALEYDIER avait alors jugé que l'assurée était apte à reprendre une activité à 50% et qu'elle pouvait la reprendre à plein temps à compter du 28 avril 2004.

   La Dresse ALBEANU a constaté que l'état de l'assurée avait continué à s'améliorer et qu'aucun diagnostic psychiatrique ne pouvait être désormais plus être retenu, qui

aurait une répercussion sur sa capacité de travail. La Dresse ALBEANU a posé les diagnostics de troubles de personnalité émotionnellement labiles de type borderline non décompensés, de troubles mentaux et de troubles du comportement liés à l'utilisation continue d'alcool et de difficultés liées à de possibles sévices sexuels infligés dans l'enfance.

A cet égard, il sied de relever que la Dresse SCHAERER, psychiatre traitant, si elle réfute le diagnostic d'éthylisme chronique, partage cependant l'avis de la Dresse ALBEANU selon laquelle la patiente souffre d'une personnalité borderline non décompensée. Comme l'a fait remarqué l'intimé, il ne ressort pas de la position de la Dresse SCHAERER que sa patiente serait dans l'incapacité de travailler ou qu'un autre diagnostic devrait être retenu. La Dresse SCHAERER a simplement expliqué qu'elle pensait que sa patiente aurait besoin d'être aidée et soutenue dans sa tentative de réinsertion professionnelle afin de diminuer le risque d'effondrement psychique. Il ressort de ces propos que la patiente ne présente pas d'incapacité de travail. Or, dès lors qu'un degré d'invalidité de 20% minimum doit être réalisé pour que l'assurée puisse se voir mettre au bénéfice des prestations de l'assurance-invalidité et notamment des mesures professionnelles, il apparaît que c'est à juste titre que l'intimé a rejeté la demande de prestations de l'assurée.

Le recours, mal fondé, est donc rejeté.

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
Janine BOFFI	Karine STECK

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