

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2416/2006

ATAS/352/2007

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 4

du 21 mars 2007

En la cause

Madame T _____, représentée par la FEDERATION
SUISSE POUR L'INTEGRATION DES HANDICAPES (FSIH)

recourante

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE INVALIDITE, sis 97
rue de Lyon à Genève

intimé

**Siégeant : Stéphane GRODECKI Juge suppléant, Doris WANGELER et
Valérie MONTANI, Juges**

EN FAIT

1. Madame T _____ (ci-après l'assurée ou la recourante), de nationalité suisse, divorcée, née en janvier 1952, a déposé une demande de prestations AI le 21 mars 2003.
2. Arrivée en Suisse en 1973, elle a obtenu un diplôme de pédagogie de l'Université de Fribourg en 1976 et une licence en littérature française de la même université en 1983. De 1985 à 2002, elle a travaillé comme secrétaire dans différentes sociétés situées à Zurich et à Genève.
3. Le 28 avril 2003, le Dr A _____, spécialiste en médecine interne, a rempli un rapport médical à l'attention de l'Office cantonal de l'assurance invalidité (OCAI). Il a diagnostiqué un état dépressif sévère chronique et un cancer du sein sans signe actuel de récurrence. Son taux d'incapacité de travail a été estimé à 100% depuis mars 2002. Il a encore relevé que les différentes tentatives de remise au travail se sont soldées par un échec, car sa patiente est incapable de s'intégrer dans une équipe, se sent rejetée et développe des dysthymies anxieuses avec des crises de panique. La possibilité pour sa patiente de récupérer une capacité de travail est qualifiée d'illusoire.
4. En date du 30 octobre 2003, la Dre B _____, psychiatre de l'assurée, a également rempli un rapport médical à l'attention de l'OCAI. Elle a diagnostiqué un épisode dépressif léger sans syndrome somatique F 32.00. Elle a attesté d'une incapacité de travail à 100% du 5 au 12 mai 2003, avec un retour à une capacité totale dès le 13 mai 2003. Elle a préconisé de soumettre l'assurée à une expertise psychiatrique.

Elle a également rempli un questionnaire complémentaire pour les troubles psychiques. Elle a derechef diagnostiqué un épisode dépressif léger sans symptômes somatiques F 32.00 qui a débuté en 2000.
5. Par décision du 3 juin 2004, l'OCAI a rejeté la demande de prestations AI au motif que l'incapacité de travail de l'assurée avait duré moins d'une année et que sa capacité de travail était totale depuis le mois de mai 2003.
6. Dite décision a été frappée d'opposition le 2 juillet 2004, sous la plume de la Fédération suisse pour l'intégration des handicapés (FSIH). L'assurée a notamment produit un certificat médical du Dr C _____, spécialiste FMH en médecine interne, du 30 octobre 2003, qui a relevé que sa patiente présentait une dépression chronique traitée par le Dr A _____. Ce dernier a, dans un certificat médical du 28 avril 2003, exposé suivre l'assurée depuis 2002 et a également constaté un état dépressif sévère se manifestant principalement par un replis social, une aboulie (perte de la volonté de vouloir et d'accomplir des projets), des idées suicidaires, une

dévalorisation intense, un sentiment grave de culpabilité et une anxiété généralisée. Il a en outre relevé que cet état était secondaire aux problèmes liés à la mauvaise intégration de sa patiente, d'origine vietnamienne.

7. Le 21 octobre 2004, l'opposition de l'assurée a été admise, la décision du 2 juillet 2004 annulée et la cause renvoyée pour l'établissement d'un prononcé de rente limité dans le temps. Les troubles psychiques ayant débuté en 2002, un droit à une rente temporaire était né car l'incapacité de gain avait duré plus d'une année.
8. En date du 8 novembre 2004, l'assurée a interjeté un recours par devant le Tribunal cantonal des assurances sociales. Elle a conclu à l'annulation de la décision sur opposition du 21 octobre 2004 au motif qu'une expertise psychiatrique était nécessaire, dans la mesure où l'OCAI se fondait sur l'avis du Dr A _____ pour fixer le début de l'incapacité de travail, mais s'écartait de son avis pour fixer la durée de cette incapacité.
9. Le 1^{er} décembre 2004, l'OCAI a révoqué sa décision afin de procéder à un complément d'instruction.
10. En date du 16 décembre 2004, le Tribunal cantonal des assurances sociales a alors déclaré le recours sans objet, sous suite de dépens à charge de l'OCAI.
11. Dans un rapport médical du 26 janvier 2005, les Drs D _____ et E _____, du département de psychiatrie des HUG, ont diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, avec un épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques. Ils ont également relevé que l'assurée souffrait d'un isolement social important.
12. En date du 24 mars 2005, le Dr F _____, de la consultation du sommeil des HUG, a exposé qu'il existait des suspicions d'apnée du sommeil.
13. Le 31 mai 2005, le Dr G _____, psychiatre, a rendu son rapport d'expertise, contenant un examen du dossier, une anamnèse, un exposé des plaintes et données subjectives de l'assurée ainsi qu'une appréciation du cas et un pronostic. Il a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, avec un épisode actuel léger à moyen (CIM-10 : F 33.0/33.1), avec répercussion sur la capacité de travail. Il a également relevé des traits de la personnalité accentués, de la solitude et des difficultés liées à l'acculturation, mais sans répercussion sur la capacité de travail.

La dépression semble s'être développée de manière sournoise, car la psychiatre de l'assurée avait encore constaté un épisode dépressif léger en automne 2003. Depuis lors l'évolution a été variable, allant jusqu'à des épisodes dépressifs sévères avec occasionnellement des pulsions suicidaires. Il s'agit ainsi d'un trouble dépressif récurrent, qui est actuellement de degré léger à moyen. Celui-ci réduit la capacité de travail de l'assurée à 50% dès août 2004. En revanche, l'absence d'utilisation de

la capacité résiduelle de travail est due à des facteurs étrangers à la maladie, notamment à des facteurs socioculturels.

14. Par courrier du 5 juillet 2005, le Dr H _____, médecin de l'AI, a interpellé le Dr G _____ afin de savoir si le trouble dépressif sévère qui avait été diagnostiqué en 2002 avait duré moins d'un an et si les trouble dépressif sévère signalé en novembre 2004 avait une conséquence sur la capacité de travail.
15. Le 18 juillet 2005, le Dr G _____ a relevé que d'après l'étude du dossier, il semblait effectivement justifié d'admettre que l'épisode sévère en 2002 avait duré moins d'un an. S'agissant de la capacité de travail à fin novembre 2004, il l'a estimé à 60% au motif que les facteurs étrangers à la maladie étaient sans doute déjà présents.
16. Le 8 novembre 2005, le Dr I _____, du département de psychiatrie, a attesté que le trouble psychiatrique était toujours sévère, ce depuis avril 2005.
17. Dans une note du 3 janvier 2006, le Dr H _____ a conclu que le trouble sévère diagnostiqué par les HUG avait été qualifié de léger à moyen par l'expert et qu'il découlait d'éléments étrangers à la maladie pour l'essentiel. Il n'avait ainsi pas valeur de maladie pour l'AI.
18. Par décision du 13 février 2006, l'OCAI a rejeté la demande de prestations AI au motif que le trouble dont souffre l'assurée est dû à des éléments étrangers à la maladie qui ne peuvent être pris en compte.
19. Dite décision a été frappée d'opposition en date du 9 mars 2006, rédigée sous la plume de la FSIH. L'assurée a conclu à l'octroi d'une rente entière d'invalidité.
20. Le Dr A _____ a rédigé un certificat médical en date du 13 mars 2006. L'assurée présente un trouble dépressif récurrent d'intensité sévère sans symptôme psychotique. La mise en avant des difficultés liées à l'acculturation n'est pas justifiée, car les difficultés professionnelles de l'assurée étaient liées à sa personnalité, à sa timidité, à son retrait social, à son manque de confiance ainsi qu'à ses difficultés de communication.
21. Par courrier du 6 mars 2006, le Dr I _____, du département de psychiatrie des HUG, a appuyé la demande de prestations AI de l'assurée au motif que cette dernière nécessitait encore un suivi psychiatrique et qu'elle n'était absolument pas apte à reprendre une activité professionnelle.
22. Le 9 mai 2006, le service médical régional de l'AI a rendu, sous la plume du Dr H _____, un avis médical motivé sur la capacité de travail de l'assurée. Les éléments étrangers à la maladie relevés par l'expert ne peuvent être pris en compte pour évaluer l'incapacité de travail. Donc, pour un état dépressif léger à modéré, il

n'y a pas de diminution de la capacité de travail significative et durable, raison pour laquelle il convient de s'écarter de l'appréciation de l'expert sur ce point.

23. Par décision du 24 mai 2006, l'OCAI a rejeté l'opposition du 9 mars 2006 et a confirmé son refus de prester. L'incapacité de travail découle de facteurs psychosociaux et socioculturels qui ne fondent pas un droit à une rente invalidité.
24. Dite décision a été notifiée à la représentante de l'assurée le 2 juin 2006, ainsi que cela ressort d'une attestation de la poste du 7 juin 2006.
25. Par acte remis à un bureau de poste le 30 juin 2006, l'assurée a saisi le Tribunal cantonal des assurances sociales d'un recours. Elle conclut à l'annulation de la décision sur opposition du 24 mai 2006, à l'octroi d'une rente invalidité entière depuis le 1^{er} mars 2003 et relève que le rapport d'expertise est très court et peu documenté. Les médecins psychiatres qui suivent régulièrement la recourante ont toujours fait état d'un état dépressif sévère, qui perdure à l'heure actuelle. Il est faux d'affirmer que les factures socioculturels sont au premier plan en ce qui concerne la capacité de travail.
26. Le 7 juillet 2006, l'OCAI a conclu au rejet du recours en se fondant sur les motifs de la décision dont est recours.
27. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1^{er} 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 2004, 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.

2. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 LOJ, le Tribunal de céans connaît en instance cantonale unique des contestations prévues par 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.
3. Interjeté dans les forme et délai légaux, le recours est recevable (art. 56, 59 et 60 LPGA).

4. Le litige porte sur le point de savoir si les atteintes à la santé dont souffre la recourante sont invalidantes et ouvrent, le cas échéant, droit à des prestations de l'assurance-invalidité.
5. Aux termes de l'art. 4 LAI, 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 (cf. également l'art. 8 LPGA).

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).

Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI). Depuis le 1^{er} janvier 2004, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins (art. 28, al. 1 LAI).

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI (en liaison avec l'art. 8 LPGA). On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références ; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).

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 qu'on ne saurait exiger de lui, pour des raisons sociales et pratiques, qu'il mette à profit sa capacité de travail ou – condition alternative – qu'une telle exigence serait insupportable

pour la société (ATF 127 V 298 consid. 4c in fine , 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b ; VSI 2000 p. 153 consid. 2a ; VSI 1996 p. 318 consid. 2a, p. 321 consid. 1a, p. 424 consid. 1a ; RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références citées).

L'expert médical appelé à se prononcer sur le caractère invalidant de troubles psychiques doit poser un diagnostic relevant d'une classification reconnue et se déterminer sur le degré de gravité de l'affection. Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. A cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. 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).

Les troubles psychiques provoqués principalement par des circonstances extérieures telles que les particularités comportementales de nature socioculturelle, ethnique ou familiale ainsi que les difficultés psychiques causées en premier lieu par l'émigration (déracinement et acclimatation) n'ont pas, en eux-mêmes, valeur d'invalidité (ch. 1015 CIIAI). De telles circonstances peuvent toutefois constituer des facteurs aggravants d'importance variable selon les individus et favoriser l'apparition de troubles psychogènes. En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, le Tribunal fédéral des assurances a précisé sa jurisprudence relative aux atteintes à la santé psychique (ATF 127 V 294) : il a estimé que de tels facteurs ne figuraient pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'assurance-invalidité.

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 (et de gain). Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels sont au premier plan dans 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. Il ne suffit pas que le tableau clinique indique qu'il y a diminution de la capacité de travail et que celle-ci trouve sa source dans des facteurs socioculturels ; il faut encore qu'il fasse clairement la différence entre l'humeur dépressive dont se plaint l'assuré et l'état dépressif au sens médical ou qui lui est assimilable (en d'autres termes, il faut 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).

Si le diagnostic médical retient une atteinte à la santé psychique entraînant une diminution de la capacité de travail et de gain, les facteurs socioculturels sont relégués à l'arrière-plan. Tel n'est pas le cas, en revanche, lorsque l'expert admet que le diagnostic médical ne suffit pas pour expliquer l'incapacité de travail, imputable essentiellement aux difficultés psychosociales ou socioculturelles de l'assuré (en d'autres termes, l'atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, doit de manière autonome influencer la capacité de travail ; 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 de caractère invalidant ; cf. ATF 127 V 299 consid. 5a in fine; VSI 2000 p. 155 consid. 3; ATFA I 27/01 du 9 nov. 2001 consid. 1b et 2b ; ATFA I 354/01 du 3 mai 2002 consid. 3b).

6. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office de l'assurance-invalidité, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'assurance-invalidité (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge (VSI 1997 p. 318 consid. 3b). 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 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). Ces données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas.

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). Quant aux rapports émanant des médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait relevant de l'expérience que, de par sa position de confident privilégié que lui confère son mandat, le médecin traitant tranchera dans le doute en faveur de son patient (ATF 125 V 352 consid. 3 b/cc et les références).

En principe, le juge ne s'écarter pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, a fortiori judiciaire, 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).

7. En l'espèce, le Dr G_____ a rendu une expertise en date du 31 mai 2005, qui constate une incapacité de travail de 50% dès août 2004 en raison d'un trouble dépressif récurrent, de gravité légère à moyenne. Selon cet expert, cette incapacité de travail est due au trouble dépressif et non à des facteurs socioculturels. En revanche, l'absence d'utilisation de la capacité résiduelle est, elle, due à des facteurs socioculturels.

Le Tribunal de céans ne peut que constater que cette expertise remplit toutes les conditions posées par la jurisprudence pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. L'expert a en effet pris connaissance du dossier, examiné l'assurée avant de rédiger son rapport. Celui-ci contient ainsi une anamnèse, un exposé des plaintes et données subjectives de la recourante et pose ensuite une appréciation motivée du cas.

Il convient aussi de mentionner que le Dr B_____, psychiatre de l'assurée, a également, dans son rapport médical du 30 octobre 2003, posé le diagnostic de trouble dépressif léger. Les conclusions du Dr G_____ se trouvent donc en adéquation avec celles de l'un des médecins traitants de la recourante.

8. Dans le présent litige, le Tribunal de céans doit toutefois trancher deux questions distinctes. D'une part, la recourante soutient qu'elle souffre d'un trouble dépressif grave, qui entraîne une incapacité totale de travail. D'autre part, l'intimé estime que l'incapacité de travail est entièrement due à des facteurs socioculturels et s'est ainsi écarté de l'expertise afin de ne reconnaître aucun droit à des prestations AI.
9. S'agissant de la première question, la recourante se fonde notamment sur les rapports médicaux de ses médecins traitants, soit en particuliers ceux du Dr A_____, médecin interne, pour soutenir qu'elle souffre d'un trouble dépressif grave, qui entraîne une incapacité totale de travail

Force est de constater que ces certificats médicaux ne remplissent pas les conditions posées par la jurisprudence pour se voir reconnaître une force probante. D'une part, ils ne sont pas tous motivés. D'autre part, ils proviennent tous des médecins traitants de la recourante. Le juge doit dès lors tenir compte du fait que d'expérience ceux-ci ont tendance, dans le doute, à trancher en faveur de leur patient. A cet égard, il convient de relever que les différends entre les médecins traitants et l'expert ne portent pas sur la question fondamentale du diagnostic d'un trouble dépressif, mais sur celle de l'effet sur la capacité de travail. Il faut donc constater que les divergences ne portent pas sur la question centrale de l'expertise.

Il sied également de mentionner qu'aucun rapport des médecins traitants de la recourante ne contient des éléments propres à remettre en cause les conclusions de l'expert. Ils contiennent uniquement une appréciation divergente, ce qui est insuffisant pour amener le Tribunal de céans à remettre en cause les conclusions du Dr G_____.

10. S'agissant de la deuxième question, le médecin du SMR a considéré qu'il n'existait pas de diminution significative et durable de la capacité de travail en cas d'état dépressif léger à modéré, raison pour laquelle il convenait de s'écarter de l'expertise sur ce point. Il a en particulier relevé que les éléments étrangers mentionnés par l'expert ne devaient pas être pris en compte pour fonder une incapacité de travail

Aucun élément du dossier ne permet toutefois d'assoir cette position, fort succinctement motivée dans la fin de l'avis médical du 9 mai 2006.

Certes, le Tribunal fédéral des assurances a déjà jugé qu'un état dépressif léger à modéré n'entraînait pas nécessairement une incapacité de travail (ATF I 685/04 du 5 décembre 2005). Mais, dans ce dernier cas, les experts avaient pris en compte des éléments extérieurs à la maladie, à savoir l'âge, une longue période d'inactivité et une absence de motivation pour fonder leurs conclusions (ATF précité, consid. 5.2).

En l'occurrence, tel n'est pas le cas. Dans son expertise, le Dr G_____ a distingué les deux problématiques. Premièrement, la présence d'un trouble dépressif, qualifié de léger à moyen, entraînant une incapacité de travail à 50%. Deuxièmement, l'existence d'éléments socioculturels expliquant l'absence d'utilisation de la capacité de travail résiduelle.

La présente cause diffère donc de l'ATF du 5 décembre 2005, qui ne saurait au demeurant signifier qu'un état dépressif léger ou moyen ne peut jamais avoir d'effet sur la capacité de travail.

Le Tribunal de céans ne peut que constater que l'expert, conformément aux critères posés par la jurisprudence, a clairement distingué l'incapacité de travail due au trouble médical diagnostiqué et l'absence d'utilisation de la capacité de travail

résiduelle aux éléments socioculturels. Le Dr G_____ a démontré de manière convaincante qu'il existait concurremment deux causes expliquant l'incapacité de travail. L'une, à hauteur de 50% qui relevait d'un trouble dépressif, et l'autre, qui relevait de caractères socioculturels.

Le rapport médical de l'AI du 9 mai 2006 ne fournit aucune explication qui justifie de s'écarter de l'expertise du Dr G_____.

11. Au vu de ce qui précède, le Tribunal de céans ne s'écartera pas du rapport d'expertise rendu par le Dr G_____, ni dans le sens demandé par la recourante, ni dans celui appliqué par l'OCAI. Il faut ainsi admettre, en se fondant sur l'expertise du 31 mai 2005, que la recourante souffre d'une atteinte psychique invalidante qui entraîne une incapacité de travail, non limitée au travail de secrétariat qui était exercé par l'assurée, à 50%. Elle a donc droit à une demi-rente d'invalidité (art. 28, al. 1 LAI). L'expert ayant fixé le début de l'incapacité de travail au mois d'août 2004, la demi-rente d'invalidité sera servie dès le 1^{er} août 2005. Le recours sera dès lors partiellement admis et une demi-rente invalidité, avec effet au 1^{er} août 2005, sera accordée à la recourante. Pour le surplus, le recours sera rejeté, car mal fondé.
12. La recourante, qui obtient partiellement gain de cause, a droit à des dépens (art. 89H, al. 3 LPA), à charge de l'intimé. La procédure étant gratuite, il ne sera en revanche pas perçu de frais (art. 61 let. a LPGa; art. 89H, al. 1 LPA). La nouvelle teneur de l'article 69 alinéa 1bis LAI, adoptée le 16 décembre 2005 et entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2006 (RO 2006 2003), qui soumet la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance invalidité devant le tribunal cantonal des assurances à des frais de justice, n'est en effet pas applicable aux décisions rendues par l'Office AI qui ne sont pas encore passées en force au moment de l'entrée en vigueur de la modification du 16 décembre 2005 (RO 2006 2003, p. 2004).

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare recevable le recours formé le 30 juin 2006.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision du 24 mai 2006.
4. Dit que Madame T_____ a droit à une demi-rente invalidité depuis le 1^{er} août 2005.
5. Rejette le recours pour le surplus.
6. Dit que la procédure est gratuite.
7. Condamne l'intimé à verser à la recourante la somme de 1'000.-- Fr. à titre de participation à ses frais et dépens.
8. 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

Juge suppléant

Sylvie CHAMOUX

Stéphane GRODECKI

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