RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3337/2006 **ATAS/32/2007**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 2

du 16 janvier 2007

En la cause

Madame G_____, domiciliée , 1212 GRAND-LANCY	recourante
contre	
OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, rue de Lyon 97, 1211 GENEVE 13	intimé

Siégeant : Isabelle DUBOIS , Présidente; Juliana BALDE et Maya CRAMER, Juges

EN FAIT

1. Madame G_____ (ci-après la recourante), née en 1970, a déposé une demande de prestations AI pour adultes le 12 novembre 2003, visant l'octroi d'une rente en raison d'un sarcome de l'os base du crâne (tumeur de l'hypophyse).

2. Employée de bureau à temps plein, la recourante s'est trouvée en totale incapacité de travail depuis le 16 octobre 2002 jusqu'au 30 juin 2003, date à laquelle son contrat de travail a pris fin, l'incapacité de travail perdurant au-delà de la fin des rapports contractuels.

3. Selon le rapport médical du Docteur A_____, endocrinologue et médecin traitant de la recourante, du 13 janvier 2004, celle-ci souffre d'un status après hypophysectomie en raison d'un chondrosarcome de l'hypophyse. L'affection existe depuis le mois d'octobre 2002, l'incapacité de travail est totale depuis cette date jusqu'à ce jour, pour une période indéterminée, et l'état de santé de la recourante est stationnaire. Dans les annexes au rapport médical, il est précisé que la tumeur bénigne a été traitée par radiothérapie lors de l'été 2003, et que la recourante se plaint depuis lors de photophobie et de céphalées frontales continuelles, invalidantes. Elle peut tenir la position assise deux heures par jour, et la position debout une heure par jour. La position à genoux, la position accroupie, l'inclinaison du buste, un fonctionnement intellectuel normal, le lever, le porter ou le déplacement de charges, le fait de se baisser, les mouvements des membres et du dos, le travail en hauteur où les déplacements sur sols irréguliers sont impossibles.

4. Selon le rapport médical du Docteur B_____, oncologue, du 12 février 2004, l'incapacité totale de travail a duré du mois de février 2003 au mois de décembre 2003. L'état de santé s'améliore s'agissant du cancer mais s'aggrave psychologiquement. Des mesures professionnelles sont indiquées. Selon l'annexe au rapport médical, l'activité de secrétaire ou d'hôtesse est envisageable durant cinq à six heures par jour, sans baisse de rendement, mais pas le travail informatique car l'utilisation d'un écran est à éviter.

5. Au vu de ces rapports médicaux, le SERVICE MÉDICAL RÉGIONAL AI (ci-après SMR Léman) a préconisé une expertise psychiatrique pour déterminer la capacité de travail exigible sur le plan psychique.

6. Le Dr C_____, spécialiste F. M. H. en psychiatrie et psychothérapie, a rendu son rapport en date du 9 septembre 2005.

   Après l'examen des rapports figurant au dossier, et l'établissement de l'anamnèse complète, puis la description des plaintes, l'expert a procédé à des tests psychométriques, dont la conclusion est une tendance à la majoration des symptômes notamment dans le registre dépressif et anxieux. L'expert a procédé

ensuite à l'examen clinique de la recourante. Il retient principalement comme diagnostics une dysthymie légère, un trouble somatoforme indifférencié, et une personnalité immature à traits de fonctionnement du registre histrionique. Dans la discussion, il conclut que, d'un point de vue psychopathologique, la recourante semble avoir présenté une symptomatologie dépressive réactionnelle en 2003, dont l'évolution a été partiellement favorable par le cours naturel des choses puisque la recourante, rigide psychologiquement, n'a pas accepté de prise en charge psychologique ni de traitement antidépresseur. Au jour de l'expertise tout au plus un léger fond dysthymique est retenu. Le tableau est essentiellement dominé par des céphalées jugées assez invalidantes par la recourante, dont on peut relever qu'elles sont traitées à l'aspirine. Le diagnostic de trouble somatoforme indifférencié est retenu en raison de la structure de personnalité de la recourante. En effet, malgré l'évolution favorable à tout point de vue, la recourante adopte une attitude très régressive et se réfugie derrière ses plaintes somatiques pour mettre en échec tout projet constructif. L'on n'a cependant pas affaire à une personnalité fortement algique ou limitée et son fonctionnement quotidien ne paraît pas grandement perturbé. Ainsi, l'importance des bénéfices secondaires paraît telle à ce jour que la recourante évolue vers une sorte d'"invalidisation" progressive. D'un point de vue strictement psychiatrique jusqu'en décembre 2003 on pourrait reconnaître une incapacité de travail de plus de 70 % à mettre sur le compte des suites opératoires et d'une éventuelle réaction anxio-dépressive plus importante, en conformité avec le dernier rapport médical du Docteur B_____. Depuis lors le fond dysthymique ne justifie pas en soi une quelconque diminution de la capacité de travail et le trouble douloureux est plus subjectif qu'objectif. L'expert recommande un traitement à la fluoxétine qui peut avoir un effet favorable tant sur la thymie que sur les céphalées. Des mesures de reclassement professionnel sont contre-indiquées en raison de l'absence de motivation en ce sens et de la personnalité de la recourante. La capacité de travail est de 100% pour une activité à 70%, dès le 1er janvier 2004 et les mesures médicales suggérées sont de nature à augmenter la capacité de travail à 100 %. Toute activité permettant à la recourante de mettre en valeur ses compétences professionnelles, où l'utilisation de l'informatique ne serait peut-être pas l'élément essentiel, est possible.

7. Dans une appréciation du 28 septembre 2005, SMR Léman conclut à l'absence de toute incapacité de travail durable au sens de l'assurance invalidité et ne retient pas l'éventuelle incapacité de travail mentionnée par l'expert jusqu'au 31 décembre 2003 ni l'incapacité de travail temporaire de 30 % ultérieure.

8. Par décision du 6 octobre 2005 l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après OCAI) a refusé toute prestation à la recourante au motif que l'atteinte à la santé ne justifie pas d'incapacité de travail au sens de la loi sur l'assurance invalidité.

9. Dans son opposition du 8 novembre 2005, la recourante se réfère à l'avis de son médecin traitant du 31 octobre 2005. Selon ce dernier, l'état dépressif latent risque de basculer dans une dépression franche si son cas n'est pas pris en considération par l'OCAI. Une rente lui est due ou en tous les cas un recyclage professionnel.

10. Par décision sur opposition du 4 août 2006, l'OCAI a rejeté l'opposition, en se fondant sur le rapport d'expertise psychiatrique. Aucune incapacité de travail générant un droit à la rente n'est retenue car l'expert parle lui-même d'une éventuelle incapacité de travail qui pourrait être retenue jusqu'à fin décembre 2003 et, d'autre part, parce que cette incapacité de travail n'est pas fondée sur l'affection somatique mais sur un trouble somatoforme qui n'est pas invalidant, faute de remplir les critères jurisprudentiels.

11. Dans son recours du 14 septembre 2006, la recourante conclut à la reconsidération de la décision de l'OCAI, et se dit prête à passer un nouvel examen devant un autre expert. Le caractère invalidant du trouble somatoforme est suffisamment déterminé pour fonder le droit à la rente. En outre, les céphalées ont été minimisées de même que leurs conséquences sur un travail de secrétariat à l'heure actuelle. Or l'utilisation de l'ordinateur provoque des céphalées.

12. Dans sa réponse du 19 septembre 2006, l'OCAI conclu au rejet du recours.

13. Par écriture complémentaire du 14 novembre 1006, la recourante conteste l'appréciation de l'expert psychiatre concluant à une capacité de travail totale. Elle rappelle que dans son activité habituelle d'opératrice en informatique sa capacité de travail est nulle en raison du déclenchement des céphalées, ce que le Docteur B_____ avait retenu. Or la pratique de l'informatique est incontournable aujourd'hui.

14. Par pli du 20 novembre 2006, l'OCAI a informé le Tribunal de céans qu'il renonçait à dupliquer.

15. Par conséquent, les parties ont été informées le 21 novembre 2006 que la cause était gardée à juger.

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.

2. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 LPGA qui sont relatives à la loi sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959.

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

3. 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 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). Les règles de procédure quant à elles s'appliquent 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). La LPGA s'applique donc au cas d'espèce, de même que les dispositions de la loi fédérale sur l'assurance invalidité (ci-après LAI) dans leur teneur au 1er janvier 2003.

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

5. Le litige porte sur l'évaluation de l'invalidité de la recourante et, préalablement, sur sa capacité de travail.

6. 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).

   En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3 % 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 ; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1bis LAI, prétendre à une demi-rente s'il est invalide à 40 % au moins.

En outre, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date à laquelle l'assuré a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable (cf. art. 29 al. 1 let. b LAI).

Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1).

7. 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 (art. 40 PCF en corrélation avec l'art. 19 PA ; art. 95 al. 2 OJ en liaison avec les art. 113 et 132 OJ), l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Dès lors, le juge 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. Lorsque les rapports médicaux sont contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. A cet égard, l'élément déterminant n'est ni l'origine, ni la désignation du moyen de preuve comme rapport ou expertise, mais son contenu. 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 351 consid. 3a).

   Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 353 consid. 3b/bb).

8. D'après la jurisprudence (ATF 131 V 49 consid. 1.2), la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, soit aussi de troubles somatoformes douloureux persistants, suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un

expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 398 ss consid. 5.3 et consid. 6).

Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques, d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (MEYER-BLASER, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, in: Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gall 2003, p. 77).

Si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (voir KOPP/WILLI/KLIPSTEIN, Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten, in: Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1997, p. 1434, avec référence à une étude approfondie de Winckler et Foerster).

Dans le cadre de la libre appréciation dont ils disposent, l'administration et le juge (en cas de litige) ne sauraient ni ignorer les constatations de fait des médecins, ni faire leurs les estimations et conclusions médicales relatives à la capacité (résiduelle) de travail, sans procéder à un examen préalable de leur pertinence du point de vue du droit des assurances sociales. Cela s'impose en particulier lorsque l'expert atteste une limitation de la capacité de travail fondée uniquement sur le diagnostic de troubles somatoformes douloureux. Dans un tel cas, il appartient aux autorités administratives et judiciaires d'examiner avec tout le soin nécessaire si l'estimation médicale de l'incapacité de travail prend en considération également des éléments étrangers à l'invalidité (en particulier des facteurs psychosociaux et socio-culturels) qui ne sont pas pertinents du point de vue des assurances sociales (ATF 127 V 299 consid. 5a; VSI 2000 p. 149 consid. 3), ou si la limitation (partielle ou totale) de la capacité de travail est justifiée par les critères juridiques déterminants, énumérés ci-dessus (cf. ATF 130 V 352 consid. 2.2.5).

9. En l'espèce, on peut relever préalablement que l'expertise du Dr C_____ remplit les exigences jurisprudentielles susmentionnées pour qu'une pleine valeur probante lui soit accordée. SMR Léman s'est cru légitimé, toutefois, à s'écarter en partie de ces conclusions au motif, principalement, que le trouble somatoforme n'ayant pas valeur d'invalidité aucune incapacité de travail ne pouvait être retenue. Comme l'a déjà relevé à plusieurs reprises le Tribunal de céans les médecins de SMR Léman sont liés par un rapport de travail avec l'Office. Si ce fait n'enlève a priori aucunement la valeur probante de leur examen, il faut relever cependant qu'il ne s'agit pas de médecins indépendants, spécialistes reconnus, au sens de la jurisprudence susmentionnée, et donc que leur analyse ne vaut pas expertise au sens des considérants ci-dessus (cf. ATAS 295/2004). A fortiori SMR Léman ne peut-il s'écarter des conclusions d'une expertise sur la base d'un simple avis médical comme en l'espèce.

   Il est vrai que l'expert a mentionné que l'on pouvait « éventuellement » reconnaître à la recourante une incapacité de travail de plus de 70 % jusqu'en décembre 2003, d'un point de vue strictement psychiatrique, à mettre sur le compte des suites opératoires et d'une éventuelle réaction anxio-dépressive plus importante. Il a retenu en effet comme vraisemblable que la recourante a souffert d'une symptomatologie dépressive réactionnelle en 2003, bien décrite par le Docteur B_____, qui s'est cependant améliorée par le cours ordinaire des choses. Ainsi, l'expert psychiatre admet que l'on puisse rejoindre les conclusions du spécialiste oncologue quant à la capacité de travail jusqu'à la fin 2003. Il faut rappeler en effet que le Docteur B_____ a fixé l'incapacité de travail comme étant totale du mois de février au mois de décembre 2003. Par conséquent, il y a lieu de retenir une totale incapacité de travail dès le 16 octobre 2002 déjà, date de l'incapacité initiale de travail et de la découverte du cancer (et non du 16 novembre 2002 seulement, date non expliquée par l'expert) et ce jusqu'au 31 décembre 2003.

Dès le mois de janvier 2004, l'expert psychiatre considère que la capacité de travail est d'au moins 70 % dans toute « activité adaptée à ses compétences, à sa motivation et à ses problèmes somatiques ». Il préconise également un traitement susceptible d'améliorer la capacité de travail de la recourante en agissant tant sur la dysthymie que sur les céphalées, sur plus de 12 mois. Selon lui, le trouble somatoforme n'est pas invalidant au sens de la jurisprudence fédérale, l'expert le qualifiant de plus subjectif qu'objectif et ayant retenu une tendance à la majoration des symptômes et une attitude très régressive, la recourante «se réfugiant derrière ces plaintes somatiques pour mettre en échec tout projet constructif », sans que l'on puisse retenir toutefois une personnalité fortement algique ou limitée ni un fonctionnement quotidien grandement perturbé. Par ailleurs, on rappellera encore que la reconnaissance du caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux chez de jeunes assurés doit rester exceptionnelle en l'absence de comorbidité psychiatrique (ATFA non publié du 31 janvier 2006, I 488/04 et les références). Enfin, le traitement préconisé par l'expert est exigible de la recourante, dont il faut rappeler qu'elle n'use à l'heure actuelle que d'aspirine pour calmer ces céphalées. Quant aux traits de la personnalité histrionique retenus par l'expert, il ne s'agit pas à proprement parler d'une co-morbidité psychiatrique puisque le comportement histrionique entre dans le cadre des troubles somatoformes douloureux. En effet, selon la doctrine (Peter ROSATTI, De la sinistrose aux troubles somatoformes, L'expertise médicale, 2002, p. 82), les patients souffrant de troubles somatoformes présentent souvent un comportement histrionique et essaient d'attirer l'attention d'autrui, notamment quand ils ne réussissent pas à convaincre leurs médecins de la nature essentiellement physique de leur maladie et de la nécessité de poursuivre les investigations et les examens complémentaires.

10. S'il y a lieu de suivre l'expert dans la fixation du taux de capacité résiduelle de la recourante depuis le mois de janvier 2004, il paraît en revanche difficile d'admettre qu'une activité de secrétaire soit possible sans l'utilisation d'un ordinateur, dont l'expert reconnaît qu'il est peu adapté aux troubles de la recourante, en tous les cas pendant la durée du traitement préconisé par l'expert.

    Force est cependant de constater que cette considération ne change rien au droit de la recourante.

11. En effet, une rente entière doit lui être reconnue du 17 octobre 2003 au 31 mars 2004, soit trois mois après l'amélioration de l'état de santé. En effet, en cas d'allocation d'une rente dégressive ou temporaire, la date de la modification du droit (diminution ou suppression de la rente) doit être fixée conformément à l'art. 88a al. 1 RAI (ATF 125 V 417 consid. 2d; RCC 1984 p. 137). Selon cette disposition, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période; il en va de

même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

Dès le mois de janvier 2004 une activité d'au moins 70% est possible. Si l'on retient le métier de secrétaire cela génère un taux d'invalidité de 30 %, inférieur au taux ouvrant le droit à la rente. Or, même si l'on retient une activité adaptée, force est de constater que le droit à la rente n'est pas davantage ouvert.

La comparaison des revenus s'effectue en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et 128 V 174).

En règle générale, le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la référence). Il doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle général, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires intervenue jusqu'au moment du prononcé de la décision (MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG), 1997, p. 205 et 206).

Pour déterminer le revenu que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré en dépit de son atteinte à la santé (revenu d'invalide), il doit être tenu compte avant tout de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé - soit lorsque l'assuré, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité ou alors aucune activité adaptée, normalement exigible - la jurisprudence admet la possibilité de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent de l'enquête sur la structure des salaires (ESS) publiée par l'Office fédéral de la statistique (ATFA du 21 juillet 2005, I 654/04, consid 5, ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 323 consid. 3b/bb). Dans ce cas, on réduira le montant des salaires ressortant de ces données en fonction des empêchements propres à la personne de l'invalide, tels que le handicap, l'âge, les années de service, la nationalité, la catégorie d'autorisation de séjour ou le taux d'occupation (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). Toutefois, de telles déductions ne doivent pas être effectuées de manière

schématique, mais tenir compte de l'ensemble des circonstances du cas particulier, et s'échelonnent entre 10 % et 25 % au maximum.

Ici le droit à la rente s'ouvre en 2003, année pour laquelle la recourante réalisait un salaire annuel de 61'100 fr. (4'700 fr. x 13). La recourante disposant d'une formation complète en secrétariat de même que d'années d'expérience, il se justifie de prendre comme salaire d'invalide celui des TA1, niveau de qualification 3 (connaissances professionnelles spécialisées) et non 4 (activités simples et répétitives), dont le revenu moyen pour les femmes se montait dans la région lémanique et en 2002 à 5'185 fr. par mois, soit 62'220 fr. par année. Compte tenu du fait que les salaires bruts standardisés se basent sur un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans le secteur tertiaire en 2002 (41.8 heures,; La Vie économique, 1-2-2006, tabelle B9.2), ce salaire hypothétique représente un revenu annuel d'invalide de 65'019 fr. 90. Ce chiffre doit encore être réactualisé à 2003 (+ 1,4% cf. idem tableau B 10.2: 65'930 fr.) mais seul un abattement de 10% peut être retenu (soit un total de 59'337 fr.), au vu des circonstances du cas d'espèce et en particulier de l'âge de la recourante, de sorte que le taux d'invalidité est inférieur à 3 %.

12. S'agissant des mesures de réadaptation professionnelle, il convient là encore de suivre l'expert qui les juge inutiles compte tenu des circonstances et de la personnalité de la recourante. À noter que l'avis contraire de son médecin traitant n'est pas de nature à remettre en cause cette appréciation. En effet, 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. (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2) .

13. En conclusion, le recours sera très partiellement admis, en ce sens que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité pour la période du 16 octobre au 31 mars 2004, et rejeté pour le surplus.

***

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 très partiellement.

3. Dit que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité pour la période du 16 octobre 2003 au 31 mars 2004.

4. Rejette le recours pour le surplus.

5. Renonce à la perception de l'émolument.

6. 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
Yaël BENZ	Isabelle DUBOIS

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