

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3656/2009

ATAS/625/2010

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 3

du 31 mai 2010

En la cause

Madame B _____, domiciliée à GENÈVE

recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE
GENÈVE, sis rue de Lyon 97, GENÈVE

intimé

**Siégeant : Karine STECK, Présidente; Evelyne BOUCHAARA et Teresa SOARES,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame B _____, née en 1957 a enseigné la géographie dans un collège privé jusqu'en février 2006, date à laquelle est survenu un conflit avec des parents d'élèves.
2. Le 9 février 2007, elle a demandé à l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (OAI) de pouvoir bénéficier d'une mesure d'orientation professionnelle dans l'enseignement ou encore d'une rééducation dans la même profession.

A l'appui de sa demande, l'assurée a allégué être dans l'incapacité totale de travailler depuis février 2006 en raison d'une dépression.

3. Le 2 novembre 2007, le Docteur L _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a rédigé à l'attention de l'OAI un rapport dans lequel il a retenu les diagnostics suivants : dysthymie, trouble de la personnalité avec probables traits de personnalité histrionique et anankastique et épisode dépressif moyen à sévère depuis 2006.

Le médecin a confirmé que sa patiente était sans activité professionnelle depuis février 2006. Il l'a décrite comme une personne "loyale et honnête, empreinte de principes qui la marginalisent". Cela étant, il a considéré que l'activité exercée précédemment était toujours exigible de sa part, tout comme une autre activité.

Il a précisé que l'intéressée prenait du millepertuis à petite dose, des produits homéopathiques et, pour dormir, un demi-comprimé de SEROQUEL et de STILNOX.

4. Du questionnaire rempli par le dernier employeur de l'assurée, il ressort que cette dernière a travaillé pour l'école X _____ de septembre 2002 à février 2007 (le dernier jour de travail effectif remontant au 27 février 2006) en tant qu'enseignante de géographie à raison de 6 h./sem. A cet égard, il a été précisé que c'était là le nombre d'heures maximal que l'école avait à pourvoir en matière de géographie. Son salaire s'élevait à 1'530 fr./mois.
5. Le 16 mai 2008, le Docteur M _____, spécialiste FMH en médecine générale et médecin traitant de l'assurée, a également établi un rapport dans lequel il a retenu le diagnostic d'état dépressif sévère réactionnel depuis 2006 et conclu à une totale incapacité de travail depuis le 8 février 2006.
6. Interrogé par l'OAI, le Docteur L _____ a précisé par courrier du 2 juillet 2008 que sa patiente disposait à son avis des capacités, de la volonté et de l'envie pour reprendre une activité professionnelle. Il se demandait même si le fait d'être sans emploi n'entretenait pas l'importante angoisse de la patiente et ne participait pas à son trouble de l'humeur. Le médecin a expliqué que le véritable obstacle à la

reprise d'une activité professionnelle se situait en réalité à un autre niveau : la patiente semblait confrontée, de par sa personnalité et sa structure psychique, à de sérieux problèmes d'adaptation à son environnement. Il l'a décrite comme une militante idéaliste et passionnée, pétrie de principes, loyale et très cultivée, expliquant que cela la rendait "trop différente des autres" et entraînait son rejet, raison pour laquelle il avait émis des doutes sur la possibilité de la voir reprendre une activité.

7. L'assurée a été adressée pour expertise au Docteur N_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Ce dernier a rendu son rapport en date du 29 mai 2009, sur la base du dossier mis à sa disposition, d'un entretien avec l'assurée, d'un questionnaire d'auto-évaluation et d'un entretien avec le psychiatre-traitant.

En substance, l'expert a relevé que la démission de l'assurée en 2006, suite à un conflit survenu avec des parents d'élèves, avait constitué le point de départ d'un sentiment de victimisation vis-à-vis de la société entière. Le Dr N_____ a expliqué qu'il existait un important décalage entre le niveau de formation de l'assurée, ses exigences et la réalité de la société. En substance, l'assurée n'avait pas trouvé de filière personnelle pour exploiter ses formations et en accusait la société entière.

L'expert n'a mis en évidence aucun ralentissement psychomoteur particulier. Il a relevé une forte tendance à la victimisation ainsi qu'une grande difficulté à la modestie et à l'acceptation. En conclusion, il a émis l'avis qu'il n'y avait jamais eu d'éléments médicaux proprement dit, en particulier pas de décompensation de type psychique et que le problème relevait plutôt de la personnalité, ainsi que l'avait d'ailleurs déjà évoqué le psychiatre traitant. L'expert a rejoint l'avis de ce dernier sur les traits de personnalité histrionique. Selon lui, on ne saurait parler de l'assurée en termes de « personne malade » mais plutôt de personnalité particulière faisant preuve d'idées très arrêtées.

En définitive, l'expert n'a trouvé aucun élément objectif parlant en faveur d'un état dépressif. Au contraire, il a observé que l'assurée faisait preuve d'une bonne énergie, qu'elle ne montrait pas de tristesse, qu'elle évoquait plusieurs sources d'intérêt et de plaisir.

L'expert en a tiré la conclusion que s'il y avait probablement eu des réactions dépressives et anxieuses mixtes, celles-ci n'avaient pas été durables. Quant au trouble de l'adaptation, il s'était résorbé une année après le conflit survenu dans l'établissement scolaire. A cet égard, l'expert a relevé que l'assurée s'était alors d'ailleurs remise à chercher une activité professionnelle.

En conclusion, il a retenu des traits de personnalité histrionique et des fluctuations dysthymiques sans répercussion sur la capacité de travail et souligné que la

problématique pourrait au surplus être améliorée avec une approche psychothérapeutique.

8. Le dossier a été soumis pour avis au Docteur O_____, du Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR), qui, en date du 10 août 2009, a émis l'avis que la capacité de travail de l'assurée devait être considérée comme entière et ce, depuis toujours puisqu'au-delà du discours dramatisant de l'intéressée, il s'était avéré qu'aucun élément objectif n'avait permis de conclure à une affection psychiatrique constituée et/ou décompensée. Le Docteur O_____ a encore souligné l'irrégularité du suivi et le fait qu'aucune médication antidépressive n'était prescrite en dehors de la phytothérapie.
9. Le Docteur P_____, du SMR, s'est exprimé à son tour et a également conclu que l'assurée disposait des ressources et des capacités suffisantes pour continuer à travailler au taux qui était le sien précédemment.
10. Le 17 août 2009, un projet de décision a été adressé à l'assurée dont il ressortait que l'OAI s'apprêtait à rejeter sa demande de prestations.
11. Le 14 septembre 2009, l'assurée s'est opposée à ce projet de décision en invoquant les avis de ses médecins traitants.
12. Par décision du 17 août 2009 (recte : 17 septembre 2009), l'OAI a nié à l'assurée le droit à des prestations de l'assurance-invalidité.
13. Par courrier du 8 octobre 2009, l'assurée a interjeté recours auprès du Tribunal de céans en concluant à l'octroi d'une rente entière au motif que, selon ses médecins traitant, les Drs M_____ et L_____, elle est dans l'incapacité totale de travailler.
14. Par courrier du 5 novembre 2009, l'assurée a complété son recours en soulignant que ses médecins traitants avaient qualifié son atteinte de "sévère à très sévère", que des antidépresseurs lui avaient été prescrits et que son état de santé s'était détérioré depuis la décision de l'OAI.

Elle fait grief au Dr N_____ d'avoir rendu son rapport sur la seule base d'un entretien d'environ une heure et demie et ajoute que l'objectivité de ce médecin est douteuse dans la mesure où l'assurance-invalidité s'adresse souvent à lui.

La recourante se plaint par ailleurs du temps pris par l'Office pour statuer.

Elle ajoute qu'elle souffre de sérieux problèmes oculaires (très forte myopie, strabisme divergent et astigmatisme) qui lui interdisent tout effort visuel prolongé, en particulier la lecture et le travail sur écran, mais également de graves problèmes de sommeil.

Elle souligne qu'en raison de son âge, il lui est très difficile de retrouver une activité professionnelle.

En définitive, elle demande qu'il soit procédé à une réévaluation complète de son dossier.

15. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 10 novembre 2009, a conclu au rejet du recours.

Il relève que le Dr L_____, psychiatre traitant, a lui-même attesté en date du 2 juillet 2008 que, sur le plan strictement médical, la capacité de travail de sa patiente était absolument entière.

L'intimé relève que dans ces circonstances, l'avis du Dr M_____, médecin-traitant généraliste, apparaît discordant et isolé par rapport à celui de l'ensemble des médecins spécialistes interrogés ultérieurement.

16. Une audience s'est tenue en date du 17 décembre 2009 au cours de laquelle ont été entendus les Drs M_____ et L_____.

Le premier, médecin traitant de la recourante, a indiqué qu'il suit celle-ci depuis une vingtaine d'années.

Il a expliqué que la recourante aimait passionnément sa profession de maîtresse d'école mais que les relations professionnelles se sont détériorées après que le directeur de son établissement a changé.

Recevoir son licenciement en février 2006 a constitué pour elle un véritable choc psychique sous l'effet duquel elle se trouve toujours aujourd'hui.

Le témoin a émis l'avis que sa patiente ne disposait désormais plus des capacités de concentration suffisantes pour exercer la moindre activité lucrative.

Il a expliqué qu'elle est en effet focalisée sur les métiers de l'enseignement et ne peut rien envisager d'autre. Enfin, il a contesté que son état se soit amélioré depuis février 2006.

La recourante a expliqué qu'elle ne rencontre aucun problème sur le plan cognitif mais être en revanche atteinte sur le plan de la résistance nerveuse. Elle ajoute qu'elle souffre par ailleurs d'une inversion des rythmes circadiens, qu'elle se sent opprimée en permanence et qu'à moins de prendre les médicaments que son médecin lui a prescrits, elle ne réussit pas à s'endormir.

La recourante a exprimé le souhait de pouvoir travailler à 50%. Elle a ajouté qu'elle n'imagine pas pouvoir se reclasser dans une nouvelle profession car elle s'est déjà fort investie dans un 1^{er} recyclage il y a quelques années.

Entendu à son tour, le Dr L _____, psychiatre traitant, a expliqué qu'il suit la recourante depuis le mois de mai 2007.

Le psychiatre a confirmé les diagnostics déjà évoqués dans ses rapports à l'OAI, à savoir : dysthymie, épisode dépressif moyen à sévère, actuellement plutôt moyen, et probables traits de personnalité histrionique et anankastique.

S'agissant de l'incapacité de travail de la recourante, le témoin a expliqué qu'elle ne découlait pas du trouble dépressif en lui-même mais plutôt du fonctionnement de la patiente. Quant au degré de cette incapacité, le médecin a précisé qu'il allait « toujours dans le sens de ses patients ». Or, la recourante souhaitait pouvoir retravailler à temps partiel.

La recourante a expliqué avoir fait plusieurs tentatives pour se réinsérer. Elle a ainsi tenté, sans succès, de s'occuper d'animation dans des maisons de quartier ou dans des établissements médico-sociaux. Il aurait cependant fallu suivre une formation de 3 ou 4 ans qu'elle ne se sentait pas prête à entreprendre et qui ne lui paraissait au surplus pas utile.

17. Suite à l'audience, l'intimé a persisté dans ses conclusions.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ; E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20).

En dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

La compétence du Tribunal de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, de même que les modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4ème révision), entrée en vigueur le 1er janvier 2004, ont entraîné la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Conformément au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 445), le droit litigieux doit être examiné à l'aune des dispositions de la LAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 pour la période courant jusqu'à cette date, puis à celle de la nouvelle réglementation pour la période postérieure au 1er janvier 2003, respectivement au 1er janvier 2004, étant précisé

que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 1 consid. 1.2). Cela étant, les notions et les principes développés jusqu'alors par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité n'ont pas été modifiés par l'entrée en vigueur de la LPGA ou de la 4ème révision de la LAI (voir ATF 130 V 343).

Par ailleurs, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité est entrée en vigueur le 1er juillet 2006 (RO 2006 2003), apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). Le présent cas est soumis au nouveau droit, dès lors que le recours de droit administratif 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 les forme et délai légaux (art. 56 à 60 LPGA), le recours est recevable.
4. Est litigieuse en l'espèce la question de savoir si les atteintes à la santé dont se plaint la recourante entraînent une perte de gain susceptible de lui ouvrir droit à des prestations de l'assurance-invalidité
5. 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 l'assurée 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 présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI).

6. 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). 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). 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), étant rappelé que 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).

Dès lors, 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).

7. 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.

Parmi les atteintes à la santé psychique pouvant provoquer une telle invalidité, il faut mentionner - outre les affections mentales proprement dites - les anomalies psychiques équivalant à des maladies, étant précisé que l'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 définie aussi objectivement que possible. Il convient donc de déterminer si et dans quelle mesure un assuré peut, compte tenu de ses aptitudes et malgré l'atteinte à sa santé mentale, exercer une activité que lui offre un marché du travail équilibré.

8. 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; ATF 127 V 299). Ainsi, 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.

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).

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).

9. 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).

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)

Quant aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs, le juge peut leur accorder pleine valeur probante aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

10. La recourante fait grief à l'administration d'avoir fondé son appréciation de sa capacité de travail sur le rapport du Docteur N_____.

En premier lieu, il s'agira donc d'examiner la valeur probante dudit rapport.

Le rapport d'examen du Docteur N_____ se fonde sur une anamnèse détaillée, un examen clinique de la recourante et tient compte des plaintes formulées par celle-ci. Il a été établi en pleine connaissance du dossier et ses conclusions, dûment motivées, ne laissent pas apparaître de contradiction. Il y a donc lieu de lui reconnaître pleine valeur probante ce, d'autant plus que l'ensemble des considérations émises par le médecin examinateur, au demeurant titulaire d'une spécialisation en psychiatrie, a été confirmé par le psychiatre traitant de la recourante, contrairement à ce que soutient cette dernière. En effet, tout comme l'expert, le psychiatre traitant a reconnu, tant dans son courrier du 2 juillet 2008 que lors de son audition devant le Tribunal de céans, que la patiente dispose des capacités, de la volonté et de l'envie nécessaires pour reprendre une activité professionnelle et que le véritable obstacle réside plutôt dans sa personnalité et le fait que le marché de l'emploi n'offre pas suffisamment de possibilités compte tenu de sa formation. L'avis de l'expert n'est dès lors pas isolé.

Tel est le cas, en revanche, de celui du médecin traitant, le Docteur M_____, qui est en définitive le seul à conclure à une totale incapacité de travail, qu'il motive par le fait que sa patiente ne disposerait plus des capacités de concentration suffisantes, fait qui n'a été corroboré par aucun des deux spécialistes. Son avis ne paraît dès lors pas suffisant pour mettre en doute les conclusions de l'expert. On rappellera au surplus, au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat de soins et un mandat d'expertise (cf. arrêt du Tribunal fédéral du 5 janvier 2003, I 701/05, consid. 2 et les références, en particulier l'ATF 124 I 170 consid. 4), qu'on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire : il n'en va autrement que si lesdits médecins traitants font état d'éléments objectifs ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de cette dernière. Cette hypothèse n'est cependant pas réalisée en l'espèce, comme on l'a vu ci-avant.

Quant au fait que l'entretien avec l'expert n'ait duré qu'une heure et demie, il n'est pas relevant. En effet, la durée de l'examen clinique ne figure pas au nombre des critères retenus par la jurisprudence pour apprécier la valeur du travail de l'expert, dont le rôle consiste notamment à se faire une idée sur l'état de santé d'un assuré dans un délai relativement bref (ATF 125 V 351 consid. 3a; ATF non publié I 1084/06 du 26 novembre 2007 consid. 4).

On retiendra donc que, sur le plan psychique, la recourante ne souffre d'aucune atteinte susceptible de diminuer sa capacité de travail. On rappellera à cet égard que les troubles psychiques provoqués principalement par des circonstances extérieures telles que les particularités comportementales de nature socioculturelle, ethnique ou familiale n'ont pas, en eux-mêmes, valeur d'invalidité (ch. 1015 CIIAI).

Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels sont au premier plan dans l'anamnèse, comme c'est le cas en l'occurrence, 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). Tel n'est pas le cas en l'espèce.

Quant aux « sérieux problèmes oculaires » invoqués par la recourante, force est de constater qu'elle n'en avait jamais fait état avant son écriture de recours et à juste titre, puisqu'ils ne sauraient être considérés comme suffisamment sévères pour

avoir une répercussion sur sa capacité de travail. On en veut pour preuve qu'ils n'ont jamais même été mentionnés par ses médecins.

Il suit de ce qui précède qu'il n'est manifestement pas établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que la recourante serait atteinte de troubles de la santé psychique au point d'être limitée dans sa capacité de travail au sens de la jurisprudence citée ci-dessus. En conséquence, c'est à juste titre que l'intimé a nié le droit à des prestations de l'assurance-invalidité. Le recours 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 ; RS 173.110); 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

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