REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4342/2006 **ATAS/262/2007**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 2

du 13 mars 2007

En la cause

Madame P_____, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître BOESCH Antoine	recourante

contre

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

Siégeant : Isabelle DUBOIS, Présidente; Doris WANGELER et Karine STECK, Juges

EN FAIT

1. Madame P_____, née en octobre 1945, travaillait en tant qu'employée Back Office auprès de la CIM banque jusqu'en mars 2003. Suite à son licenciement, elle a souffert d'une dépression.

2. Dans le cadre de l'assurance perte de gain de l'employeur, l'assurée a été soumise a une expertise psychiatrique conduite par le Dr A_____, psychiatre. Cet expert a diagnostiqué un épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique. La capacité de travail de l'assurée était actuellement nulle, mais elle pourrait s'élever à 50 % au moins dans les deux à trois mois, avec un traitement antidépresseur plus conséquent, recommandé au vu de l'inefficacité du traitement actuel. Le pronostic était bon au vu de l'absence d'éléments sinistrosiques relevés lors des entretiens (cf. rapport d'expertise du Dr A_____ du 15 octobre 2003).

3. En date du 16 mars 2004, l'assurée a déposé une demande de prestations visant à l'octroi d'une rente, auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OCAI). Dans le cadre de l'instruction de l'affaire, cet office a réuni différents rapports médicaux.

4. Dans un rapport du 5 avril 2004, le psychiatre traitant de l'assurée, le Dr B_____, a diagnostiqué un trouble de l'adaptation avec à la fois anxiété et humeur dépressive depuis mars 2003, ainsi qu'une personnalité pathologique, dépendante et évitante. L'incapacité de travail était totale depuis le 14 mars 2003 pour une durée indéterminée.

5. Dans des rapports du 27 août 2004 et du 28 janvier 2005, le Dr B_____ a indiqué que l'état de santé de la patiente était stationnaire. Il y avait une évolution vers une chronicité des troubles.

6. En date des 27 septembre, 4 et 14 novembre 2005, l'assurée a été soumise à une expertise psychiatrique conduite par le Dr C_____, psychiatre aux Hôpitaux Universitaires de Genève, mandaté par l'OCAI. L'expert a diagnostiqué un épisode dépressif léger, sans syndrome somatique, et chronique depuis 2002 [recte : 2003]. L'assurée pourrait certainement améliorer son état clinique en entreprenant une psychothérapie, mais s'était montrée peu motivée à cet égard. D'autres options thérapeutiques étaient également possibles, telle une augmentation de la posologie de l'antidépresseur. Sur le plan psychique, la fatigue et les troubles du sommeil, l'irritabilité et les fluctuations de l'humeur, ainsi que les ruminations mentales pouvaient affecter modérément sa capacité de travail et diminuer quelque peu son rendement. Il n'y avait pas de limitation au plan social. L'incapacité avait été entière entre mars 2003 et le courant de l'année 2004 environ (selon l'évaluation du Dr A_____ de septembre 2003). Depuis le début de l'année 2005, l'assurée avait recouvré une capacité de 75 à 80 %. Un traitement psychiatrique intégré

(psychothérapie et traitement médicamenteux optimal) permettrait à l'assurée de retrouver une pleine capacité de travail (cf. expertise du Dr C_____ du 13 février 2006).

7. Dans un rapport sans examen clinique du 18 avril 2006, le Service du SMR Suisse romande, service médical de l'assurance-invalidité (ci-après le SMR), a constaté que l'assurée présentait un épisode dépressif léger ainsi qu'une capacité de travail de 80 % dans l'activité habituelle. L'incapacité avait été totale du 14 mars 2003 à décembre 2004.

8. En date du 26 juin 2006, l'OCAI a communiqué à l'assurée un projet d'acceptation de rente, lui octroyant une rente entière d'invalidité du 14 mars 2004 au 31 mars 2005. Pour la période subséquente, l'assurée, qui présentait une capacité de travail de 80 %, n'avait pas droit à une rente.

9. Par courrier du 19 juillet 2006, l'assurée a contesté ce projet de décision, faisant valoir que selon son médecin traitant interniste, le Dr D_____, qui la suivait depuis avril 2005, après que son psychiatre ait interrompu son activité, avait relevé qu'encore aujourd'hui elle ne pouvait reprendre un travail aisément. Dès lors, elle estimait avoir droit à une rente entière d'invalidité.

10. Suite à cette contestation, l'OCAI a demandé un avis médical au SMR, qui s'est référé à l'expertise psychiatrique du Dr C_____, présentant pleine valeur probante et l'emportant sur les avis des médecins traitants (cf. avis du SMR du 4 octobre 2006).

11. Par décision du 16 octobre 2006, l'OCAI a octroyé une rente entière d'invalidité à l'assurée du 1er mars 2004 au 31 mars 2005.

12. Par courrier du 17 novembre 2006, l'assurée a recouru auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales, concluant, sous suite de dépens, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité depuis le 14 mars 2004 pour une durée indéterminée. Elle a fait valoir que son médecin traitant interniste l'estimait incapable de travailler, de même que sa nouvelle psychiatre traitante, la Dresse E_____. L'OCAI se devait de tenir compte des certificats de ses médecins traitants, qui étaient les plus récents; en les écartant, l'intimé avait violé son droit d'être entendue. Le recourante a par ailleurs transmis un chargé de pièces au sein duquel figuraient notamment des attestations de la Dresse E_____ des 26 juin et 1er septembre 2006, selon lesquels la patiente ne pouvait gérer ses affaires administratives et présentait une incapacité totale de travail en raison d'un précédent mobbing. Enfin, la recourante a expliqué que suite à la décision de l'OCAI, elle s'était inscrite au chômage et l'Office régional de placement avait constaté qu'elle ne présentait aucune aptitude au placement ni objective ni subjective.

13. Par courrier des 22 novembre 2006 et 8 février 2007, le Tribunal de céans a demandé à l'intimé la preuve de la date à laquelle la décision du 16 octobre 2006 avait été reçue par la recourante.

14. Par courrier des 1er décembre 2006, 19 et 23 janvier et 1er mars 2007, la recourante a transmis des certificats d'arrêt de travail du Dr D_____ pour les mois de décembre 2006, janvier, février et mars 2007.

15. Dans sa réponse du 14 décembre 2006, l'OCAI a fait valoir que les conclusions de l'expertise psychiatrique de février 2006 étaient convaincantes et que le médecin traitant de la recourante n'apportait aucun élément susceptible de mettre en doute lesdites conclusions.

16. Par courrier du 12 février 2007, la recourante a demandé à ce que les Drs B_____, A_____, D_____ et E_____ soient entendus à titre de témoins.

17. Par courrier du 28 février 2006, les différents courriers ont été transmis aux parties et la cause gardée à juger.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire du 22 novembre 1941 (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 3 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 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. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant des modifications législatives notamment dans le droit de l'assurance-invalidité. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la

date déterminante de la décision sur opposition litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2; 169 consid. 1 ; 356 consid. 1 et les arrêts cités). L'incapacité de travail de la recourante ayant débuté en mars 2003, la LPGA est applicable au cas d'espèce. En ce qui concerne la procédure et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

4. En vertu de l'art. 60 LPGA, le recours doit être déposé dans les 30 jours dès la notification de la décision. En l'occurrence, la décision sur opposition litigieuse date du 16 octobre 2006 et l'assurée a posté son recours le 17 novembre 2006. C'est en vain que le Tribunal de céans a demandé à l'intimé, à deux reprises, la preuve de la date à laquelle la recourante avait reçu la décision litigieuse. Ce point n'ayant pu être établi, le recours sera considéré comme recevable, tant du point de vue des formes que du délai.

5. a) Le litige porte sur le point de savoir si l'atteinte à la santé dont souffre la recourante est invalidante et ouvre, le cas échéant, droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

   b) En vertu des art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée et résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Quant à l'incapacité de gain, elle est définie à l'art. 7 LPGA comme la diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré, 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. 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). 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).

   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 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. 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). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen), l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références) (ATFA non publié du 30 novembre 2004, I 237/04).

c) 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 de première ou de dernière instance (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 (ATF 125 V 261 consid. 4 et les références).

6. 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).

   En principe, le juge ne s'écarte 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).

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)

7. En l'occurrence, se trouvent au dossier deux expertises psychiatriques, l'une du 15 octobre 2003 et l'autre du 13 février 2006, ainsi que des rapports des médecins traitants, notamment du Dr D_____, interniste, et de la Dresse E_____, psychiatre.

   Il convient tout d'abord de rappeler que l'OCAI a mis l'assurée au bénéfice d'une rente entière d'invalidité du 1er mars 2004 au 31 mars 2005. La recourante sollicite cependant une rente entière d'invalidité de durée indéterminée.

   Les deux expertises remplissent toutes les conditions jurisprudentielles pour leur reconnaître pleine valeur probante. En effet, elles sont complètes, motivées et prennent en considération les plaintes de l'expertisée. Leurs conclusions sont convaincantes. Selon le Dr A_____, la recourante a présenté une incapacité totale de travail en raison d'une dépression sévère en octobre 2003; la capacité de 50% pouvait être récupérée dans les deux à trois mois, notamment si un traitement psychiatrique était bien conduit. Le Dr C_____ diagnostique quant à lui une dépression légère, sans syndrome somatique. Un premier traitement psychiatrique avait été mené par le Dr B_____ de mai 2002 pendant quelques mois, puis en 2003 à nouveau jusqu'à l'arrêt de la pratique professionnelle de ce dernier au début de l'année 2005. De 2005 à juin 2006, la recourante n'a eu aucun suivi psychiatrique. Selon l'expert C_____, la recourante présente depuis le début de l'année 2005 une capacité de travail dans sa profession habituelle de 75 à 80 %, mais l'expert a constaté qu'un traitement psychiatrique intégré (psychothérapie et traitement médicamenteux optimal) pourrait améliorer sa capacité de travail et la rendre totale.

   Tout d'abord le Tribunal de céans rappelle qu'une dépression légère n'est pas invalidante au regard de la jurisprudence fédérale. Quoi qu'il en soit, l'expert reconnaît à la recourante une capacité de travail de 80 %, qui peut être améliorée

suite à un traitement psychiatrique bien conduit. Or, l'assurée ne s'est pas fait suivre psychiatriquement pendant l'année 2005 et jusqu'en juin 2006, manquant à son devoir d'entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre d'elle pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité.

Quant aux avis des médecins traitants, soit de la Dresse E_____ du 26 juin 2006 et Dr D_____ du 29 juin 2006, ils ne sont pas de nature à remettre en cause l'expertise du Dr C_____, soit son diagnostic notamment. En effet, le Dr D_____, interniste, se contente d'indiquer que la patiente "ne peut reprendre un travail aisément, toujours pour raison médicale" et la Dresse E_____, qui a vu la recourante pour la première fois le 23 août 2006, ne pose aucun diagnostic, ni ne mentionne d'éléments médicaux susceptibles de remettre en question les conclusions de l'expert.

Enfin, s'agissant de la demande de la recourante de faire entendre les Drs B_____, A_____, D_____ et E_____ à titre de témoins, elle sera écartée. En effet, le Dr B_____ n'a plus revu la recourante depuis janvier 2005, le Dr A_____ n'a rencontré l'assurée qu'au cours d'une expertise en octobre 2003, le Dr D_____, médecin traitant, n'est pas spécialiste en matière de psychiatrique et n'apporte dans son attestation sommaire du 29 juin 2006 aucun élément pertinent au point de vue médical et la Dresse E_____, consultée en juin 2006, reste très vague et ne pose aucun diagnostic, si ce n'est un mobbing.

Au vu de ce qui précède, force est de constater que le recours, mal fondé, doit être rejeté.

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. Le rejette.

3. L'émolument, fixé à 200 fr., est mis 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
Yaël BENZ	Isabelle DUBOIS

La secrétaire-juriste : Frédérique GLAUSER

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