REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/776/2006 **ATAS/978/2006**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 2

du 7 novembre 2006

En la cause

Madame G_____, domiciliée , 1290 Versoix, représentée par Mme Christine BULLIARD, FORUM SANTE	recourante

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE INVALIDITE, rue de Lyon 97, case postale 425, 1211 GENEVE 13	intimé

Siégeant : Isabelle DUBOIS DOGNON, Présidente; Karine STECK et Valérie MONTANI, Juges

EN FAIT

1. Mme G_____ (ci-après la recourante), née en 1944, a exercé le métier de secrétaire depuis l'âge de 16 ans jusque dans le courant de l'année 2003.

2. Souffrant de diverses affections dont de l'arthrose et des sciatiques, la recourante a déposé une demande de prestations à l'assurance-invalidité le 12 janvier 2004, tendant à l'octroi d'une rente.

3. Dans un rapport du mois de janvier 2004, le Dr A_____, rhumatologue, atteste d'un état dépressif présent depuis 2001, de lombalgies communes présentes depuis l'été 2002 et d'une totale incapacité de travail dès le 15 septembre 2003. Des mesures médicales peuvent améliorer la capacité de travail, des mesures professionnelles sont à envisager, de même qu'un examen complémentaire. Il précise que l'apparition des douleurs est due à une situation de mobbing et propose une évaluation psychiatrique de sa patiente.

4. Dans un rapport du 11 juin 2004 le Dr B_____, médecin généraliste de la recourante, atteste de lombosciatalgies gauches, d'une périarthrite, de troubles dégénératifs, d'arthrose et d'une dépression larvée. D'autres affections sont sans répercussions sur la capacité de travail. Il confirme la totale incapacité de travail, indiquant qu'une reprise de travail lui paraît peu probable et que la diminution de rendement est fonction de l'intensité et de l'exacerbation des douleurs au gré de l'évolution de son état. Sa patiente ne peut rester debout plus de dix minutes. Il est précisé que celle-ci ne bénéficie ni d'AINS ni d'anti-douleurs.

5. L'Office cantonal de l'assuance-invalidité (ci-après l'OCAI) a diligenté une expertise psychiatrique de la recourante, confiée aux "établissement hospitalier", soit à la personne du Dr C_____, qui l'a lui-même confiée à la Dresse D_____. Dans son rapport d'expertise du 27 avril 2005, l'expert retient un état dépressif majeur en précisant qu'un processus de deuil prolongé handicape provisoirement la capacité de travail. Le taux de capacité de travail est ainsi de 0% depuis le mois de septembre 2003 et l'est encore au jour de l'expertise. Sur question complémentaire, la Dresse a précisé, le 15 juin 2005 que l'épisode dépressif était en décours avec une nette amélioration à la fin du mois d'avril 2005 et que, concernant l'influence sur la capacité de travail, ce n'est pas au niveau des tâches spécifiques d'une activité de secrétaire que la recourante présente une incapacité, mais plutôt au niveau d'une immersion dans le milieu professionnel pouvant réactiver l'état dépressif, dont l'amélioration est récente.

6. Se fondant sur l'expertise et son complément, le service médical régional de l'AI (ci-après SMR) a retenu une totale incapacité de travail pour une période déterminée, soit du 15 septembre 2003 au 30 avril 2005.

7. Par décision du 23 novembre 2005, l'OCAI a mis la recourante au bénéfice d'une rente entière d'invalidité pour la période du 1er septembre 2004 au 31 juillet 2005.

8. Suite à l'opposition de la recourante du 28 septembre 2005, l'OCAI a confirmé sa position par décision sur opposition du 10 février 2006, en se basant notamment sur un avis de SMR du 29 septembre 2005. Reprenant les rapports médicaux au dossier, le SMR constate que les troubles somatiques relevés par les médecins de la recourante n'ont pas de caractère invalidant dans une activité de secrétaire, que l'épisode dépressif est résolu depuis fin avril 2005 et que l'aspect socio-professionnel du problème de la recourante, déstabilisée par l'évolution de son travail, devenu de plus en plus technique et informatisé, ne constitue pas une atteinte à la santé au sens de l'AI.

9. Dans son recours du 2 mars 2006, la recourante sollicite préalablement un délai supplémentaire ainsi que la production du dossier de la caisse de prévoyance du personnel de la Ville de Genève qui a admis une invalidité de 100% sur la base de ses propres observations, des rapports d'imagerie et des constatations du Dr B_____. Sur le fond, elle conteste la force probante de l'expertise psychiatrique, qui contiendrait des contradictions, et allègue que l'aspect neurologique (lourd handicap de la main droite) n'aurait pas été pris en compte par l'OCAI.

10. Par ordonnance du 10 avril 2006, le Tribunal a ordonné l'apport du dossier médical LPP de la recourante auprès de la CAP.

11. Ce dossier a été transmis au Tribunal le 19 avril 2006. Il comprend, en particulier, un courrier du Dr E_____, spécialiste FMH en médecine interne et maladies rhumatismales, du 10 septembre 2004. Ce médecin atteste que, compte tenu de l'ensemble des éléments qui ont été portés à sa connaissance et selon son examen, il ne peut que confirmer l'avis du Dr B_____. Dans ces conditions, il pense que le droit à une rente de la CAP à 100% peut être formalisé dès le 1er novembre 2004. Ce dossier ne comprend pas de rapport médical qui ne figurerait pas au dossier de l'AI.

12. Dans sa réponse du 3 octobre 2006, l'OCAI conclut au rejet du recours. Selon lui l'expertise et son complément ont toute valeur probante et sont convaincants. En outre le SMR a eu connaissance de l'ensemble de la problématique médicale, et aucun élément nouveau n'est apporté au dossier.

13. Après communication de cette écriture à la recourante, par pli du 19 octobre 2006, 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 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).

   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.

2. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 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.

3. Interjeté dans les formes et délais prévus par la loi, le recours est recevable en la forme (art. 56 à 60 LPGA).

4. La question litigieuse est de savoir si c'est à juste titre que l'OCAI a accordé à la recourante une rente limitée dans le temps, soit du 1er septembre 2004 au 31 juillet 2005, ou si la recourante a droit à une rente de durée indéterminée comme elle le demande. Est en cause, principalement, la valeur probante de l'expertise psychiatrique du 27 avril 2005.

5. Il faut rappeler préalablement qu'aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain total ou partiel qui est présumée permanente ou de longue durée. 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 mesure de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA).

   Le droit à la rente est défini par l'art. 28 LAI (dans sa teneur au 1er janvier 2004). C'est ainsi que l'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins. La rente échelonnée comme suit, selon le taux d'invalidité : 40% au moins donne droit à un quart de rente, 50% au moins donne droit à une demi rente, 60% au moins donne droit à un trois-quarts de rente, et 70% au moins donne droit à une rente entière.

Le droit à la rente naît au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40% au moins, ou l'assuré a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (art. 29 LAI). Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (art. 17 al. 1 LPGA). Un délai de trois mois est cependant exigé pour qu'une amélioration de l'état de santé modifiant le droit à la rente puisse être prise en considération, en application de l'art. 88a du règlement de l'assurance-invalidité (ci-après RAI).

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).

   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).

   L'on peut et doit attendre d'un expert médecin, dont la mission diffère ici clairement de celle du médecin traitant, notamment qu'il procède à un examen objectif de la situation médicale de la personne expertisée, qu'il rapporte les constatations qu'il a faites de façon neutre et circonstanciée, et que les conclusions auxquelles il aboutit s'appuient sur des considérations médicales et non des jugements de valeur. D'un point de vue formel, l'expert fera preuve d'une certaine retenue dans ses propos nonobstant les controverses qui peuvent exister dans le domaine médical sur tel ou tel sujet: par exemple, s'il est tenant de théories qui ne font pas l'objet d'un consensus, il est attendu de lui qu'il le signale et en tire toutes les conséquences quant à ses conclusions. Enfin, son rapport d'expertise sera rédigé de manière sobre et libre de toute qualification dépréciante ou, au contraire, de tournures à connotation subjective, en suivant une structure logique afin que le lecteur puisse comprendre le cheminement intellectuel et scientifique à la base de l'avis qu'il exprime (voir à ce sujet MEINE, L'expert et l'expertise - critères de validité de l'expertise médicale, p. 1 ss., ainsi que PAYCHÈRE, Le juge et l'expert - plaidoyer

pour une meilleure compréhension, page 133 ss., in : L'expertise médicale, éditions Médecine & Hygiène, 2002; également ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références).

Lorsque, 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).

7. En l'espèce, la recourante fait valoir que son médecin traitant, le Dr B_____ atteste de ce que son état de santé, compte tenu de l'ensemble de ses troubles, justifie parfaitement une totale incapacité de travail. Comme on l'a vu, cet avis doit être pris en compte avec retenue. Il est d'ailleurs pondéré par l'avis du rhumatologue, le Dr A_____, car si celui-ci fait bien état d'une totale incapacité de travail depuis le 15 septembre 2003, le rapport figurant au dossier date du mois de janvier 2004, d'une part, et ce médecin indiquait que des mesures médicales pouvaient améliorer la capacité de travail, d'autre part. Le rapport du Dr A_____ n'est donc pas contraire aux conclusions de l'expertise de la Dresse D_____.

   Contrairement à ce qu'en pense la recourante, l'expertise de cette psychiatre revêt une pleine valeur probante. Elle a fondé son rapport sur la lecture du dossier AI, sur la lecture du dossier médical de l'assurée, et sur trois consultations, une d'une heure, le 27 janvier 2004, une seconde d'une heure également en date du 1er décembre 2004, et une troisième consultation de quarante-cinq minutes le 25 avril 2005. L'experte a procédé à l'anamnèse professionnelle, sociale, psychiatrique de la recourante, a pris en compte ses plaintes, a effectué un status clinique et posé le diagnostique d'épisode dépressif majeur sans symptômes psychotiques. Dans son appréciation du cas et son pronostic elle a relevé que cet état dépressif majeur était en relation directe avec les événements subis à son travail et le fait qu'elle avait de la difficulté à accepter la séparation et le deuil un peu précoce de son activité professionnelle. Elle relève que lors des entretiens elle a noté une évolution vers une amélioration et le fait "qu'une fois cette phase d'acceptation terminée, son état dépressif se résoudra progressivement". Le pronostic était ainsi favorable vu la bonne évolution que la recourante a su donner aux deuils successifs subis au cours de sa vie. Elle a indiqué qu'il était possible qu'une partie de la limitation se situe au plan physique, ce qui fallait voir avec les somaticiens. Au moment de l'expertise la capacité résiduelle est nulle mais tend à augmenter avec la résolution de l'état dépressif et une capacité, sinon complète, partielle de travail peut être retrouvée. Interrogée en complément de son expertise, l'experte a indiqué, en date du 15 juin 2005, que la recourante présentait lors des premiers entretiens à fin décembre 2004 et courant janvier 2005 un état dépressif majeur depuis plusieurs mois. Le status

décrit dans l'expertise correspond cependant à la fin du mois d'avril 2005, moment auquel l'épisode dépressif était en décours avec une nette amélioration. S'agissant de l'influence sur la capacité de travail elle a précisé que ce n'était pas au niveau des tâches spécifiques d'une activité de secrétaire que l'incapacité de travail se présentait mais plutôt au niveau d'une immersion dans le milieu professionnel qui pouvait réactiver l'état dépressif.

Il n'y a pas de contradictions dans l'évaluation de l'expert psychiatre. On comprend, au contraire, que d'un état dépressif majeur apparu en tout cas en 2004 et toujours présent en janvier 2005, la situation a évolué favorablement au point qu'à fin avril 2005 l'épisode dépressif soit qualifié de "en décours avec une nette amélioration". En outre l'incapacité de travail n'est pas directement liée à l'affection psychique, mais davantage au problème socio-professionnel vécu auparavant par la recourante. On rappellera qu'en ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, le Tribunal fédéral des assurances a, dans un arrêt ATF 127 V 294, précisé sa jurisprudence relative aux atteintes à la santé psychique. Ainsi, les facteurs psychosociaux ou socioculturels ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent 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. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire 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. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. 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 à caractère invalidant (ATF 127 V 299 consid. 5a in fine; VSI 2000 p. 155 consid. 3).

Enfin, s'agissant des problèmes somatiques, le SMR a constaté que le Dr A_____ avait attesté l'absence de limitations fonctionnelles, un status ostéo-articulaire étant dans les limites de la norme, de même qu'un bilan radiologique. La question a donc été correctement investiguée, et le SMR s'est fondé à juste titre sur les conclusions du rhumatologue. A noter que ce spécialiste n'avait retenu aucun trouble invalidant à la main droite et que le Dr B_____ lui-même dans son rapport du 11 juin 2004 ne retenait aucun diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail concernant la main droite.

Il est exact que le Dr B_____ signale de tels troubles à l'OCAI le 2 décembre 2005. Cependant, il ressort du rapport du Dr F_____, du centre de chirurgie et de thérapie de la main, du 8 novembre 2005, ainsi que du rapport de la Dresse G_____ spécialiste en neurologie, du 9 novembre 2005, qu'au jour de ses rapports, aucun diagnostic invalidant n'a été posé, la Dresse G_____ indiquant qu'il n'est pas exclu que le ralentissement observé corresponde à un status post cure du tunnel carpien sans signe de récidive, et le Dr F_____ se référant à des examens complémentaires à effectuer et à un traitement anti-inflammatoire à poursuivre.

On doit par conséquent en déduire qu'au jour de la décision, aucune pathologie invalidante n'existait à la main droite, étant précisé qu'une éventuelle aggravation à ce niveau pourra faire l'objet d'une nouvelle demande de la part de la recourante. Il faut rappeler en effet que, selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 121 V 366 consid. 1b et les arrêts cités). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et la référence). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités; ATFA du 18 juillet 2005, I 321/04, consid. 5).

8. Par conséquent, le Tribunal constate que c'est à juste titre que l'OCAI a suivi les conclusions de l'experte psychiatre et a fixé, en tenant compte de l'ensemble du dossier, une durée d'incapacité de travail du 1er septembre 2003 au 31 juillet 2005, ce qui fonde un droit à une rente entière du 1er septembre 2004 au 31 juillet 2005. Par conséquent, le recours sera 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. Dit que la procédure est gratuite.

4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par pli recommandé adressé au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE, en trois exemplaires. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire doit : a) indiquer exactement quelle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée; b) exposer pour quels motifs il estime pouvoir demander cette autre décision; c) porter sa signature ou celle de son représentant. Si le mémoire ne contient pas les trois éléments énumérés sous lettres a) b) et c) ci-dessus, le Tribunal fédéral des assurances ne pourra pas entrer en matière sur le recours qu'il devra déclarer irrecevable. Le mémoire de recours mentionnera encore les moyens de preuve, qui seront joints, ainsi que la décision attaquée et l'enveloppe dans laquelle elle a été expédiée au recourant (art. 132, 106 et 108 OJ).

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