

GE_GERICHTE A/2674/2007 vom 10. März 2008

GE Cour de justice, 2008-03-10, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2674_2007

FR: GE_GERICHTE A/2674/2007 du 10 mars 2008

IT: GE_GERICHTE A/2674/2007 del 10 marzo 2008

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 10.03.2008
A/2674/2007

A/2674/2007 ATAS/303/2008 du 10.03.2008 (AI) , REJETE En fait En droit
RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/2674/2007
ATAS/303/2008 ARRET DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES
Chambre 6 du 10 mars 2008 En la cause Madame - C _____, domiciliée à
GENEVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître SOMMARUGA Carlo
recourante contre OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue de
Lyon 97, GENEVE intimé EN FAIT Mme C _____ (ci-après : l'assurée), mariée, de
nationalité suisse est mère de trois enfants nés en 1968, 1974 et 1980 est titulaire de licences
en théologie, psychologie dynamique, et en linguistique et littérature française. Dès 1979 et
jusqu'à l'été 2005, elle a exercé comme thérapeute à 50 % dans son propre cabinet de
psychanalyse et psychothérapie, ainsi que fourni des heures d'enseignement aux Hôpitaux
Universitaires de Genève (HUG) et exercé dès 1997 et jusqu'en octobre 2002 une activité à
mi-temps de psychothérapeute au CESCO. Dès le 19 novembre 2002, elle a été en
incapacité de travailler entre 80 et 100 %, attestée par le Dr L _____,
psychiatrie-psychothérapie FMH. Le 7 novembre 2005, l'assurée a déposé une demande de
prestation de l'assurance-invalidité en mentionnant une grave dépression. Le 10 janvier
2006, la direction des ressources humaines des HUG a attesté que l'assurée avait travaillé du
1 er janvier 2001 au 31 octobre 2002 à 50 % pour un salaire annuel au 31 octobre 2002 de
55'888 fr. 20. Le 6 février 2006, le Dr L _____ a rempli un rapport médical AI dans
lequel il relève qu'il suit l'assurée depuis le 19 novembre 2002 et diagnostique un trouble
dépressif récurrent (F33.11) depuis 2002 entraînant une incapacité de travail durable de 80 à
100 % depuis novembre 2002. Plusieurs tentatives de reprendre le travail à 50 % s'étaient
soldées par un échec. L'assurée se plaignait de fatigue, perte d'élan vital, désintérêts,
angoisses, idéation suicidaire. Elle bénéficiait d'un traitement médicamenteux et d'une
psychothérapie de soutien. Le 19 juin 2006, le Dr L _____ a attesté que l'assurée
souffrait toujours d'un état dépressif persistant, actuellement plus sévère. Le traitement
antidépresseur était augmenté dès ce jour. Le 21 février 2007, la Dresse M _____,
psychiatrie-psychothérapie FMH, a rendu à la demande de l'Office cantonal de
l'assurance-invalidité (ci-après : l'OCAI) une expertise médicale. L'assurée s'était mariée
une première fois en 1967. De cette union étaient nés deux fils en 1968 et 1974. Elle s'était
mariée une seconde fois en 1979 et avait eu une fille en 1980. Elle avait perdu un bébé né à
sept mois de grossesse en 1983. Elle s'était mariée une troisième fois en 1997 et était
séparée depuis 2003. Elle avait vécu un épisode dépressif réactionnel en 1992 pendant trois
à quatre mois, traité par le Dr L _____. Elle était sous traitement médicamenteux
depuis novembre 2002 et en incapacité de travail entre 80 et 100 % depuis le 19 novembre
2002, selon le Dr L _____. Elle avait été hospitalisée à la Clinique genevoise de

Montana en 2006, ce qui avait entraîné une amélioration de la thymie. Elle accompagnait ponctuellement bénévolement des gens en fin de vie. L'assurée se plaignait de tristesse, d'humeur abaissée, de mélancolie, de sommeil perturbé, diminution de l'énergie, d'idées suicidaires, diminution de la libido, de la concentration et de la mémoire. L'experte pose les diagnostics d'épisode dépressif moyen sans syndrome somatique (F32.10) depuis novembre 2002. Après avoir donné son congé au CESCO (travail à 50 %) pour octobre 2002, sur l'insistance de son époux, l'assurée avait appris l'existence d'une relation extraconjugale de son époux et développé une dépression réactionnelle dans le cadre du conflit conjugal et de la résiliation de son contrat de travail. Jusqu'à l'été 2005, elle avait maintenu une activité partielle dans son cabinet privé, puis une activité bénévole pour accompagner des gens en fin de vie dans des institutions. Elle avait vécu au Maroc des abandons précoces, à six mois par sa mère, à quatre ans et demi, elle avait été placée chez ses grands-parents et subi des abus sexuels de la part de son grand-père jusqu'à l'âge de neuf ans et demi où elle était venue vivre en Suisse avec son père, puis confiée à une famille d'accueil à Berne et, lors de la venue en Suisse de sa mère, dans un orphelinat en France où elle aurait subi des sévices moraux. A treize ans et demi elle aurait été victime d'un viol et son père aurait renoncé à déposer une plainte pénale, ce qui avait été vécu comme un nouvel abandon. Son premier mari était alcoolique, souffrait d'un trouble affectif bipolaire et était violent verbalement et physiquement à son encontre. Elle maintenait des contacts avec ses enfants et quelques amis, des intérêts culturels (lecture et émissions à la télévision). Lorsqu'elle pouvait s'occuper de la souffrance d'autrui, ses ruminations disparaissaient et sa thymie s'améliorait. Des ressources psychiques étaient en conséquence encore présentes et méritaient d'être soutenues. Les troubles du sommeil, les ruminations, la diminution de l'élan vital, l'idéation suicidaire et la diminution de la confiance en soi interféraient en partie avec l'activité exercée jusqu'alors. La capacité de travail résiduelle était d'au moins 70 %. L'activité habituelle était exigible à raison d'au moins six heures par jour. L'incapacité de travail était de 70 % depuis novembre 2002 et avait progressivement diminué depuis mi-2003. A ce jour, le degré d'incapacité de travail était inférieur à 30 %. Malgré l'épisode dépressif moyen, l'assurée est en mesure de s'adapter à son environnement professionnel, d'autant plus que s'occuper d'autrui améliorait sa thymie. Après une prise en charge psychothérapeutique plus soutenue et une augmentation des doses d'antidépresseur la capacité de travail devrait être entière. Le 16 mars 2007, le Dr N_____ du SMR a estimé que l'incapacité de travail de 70 % dès novembre 2002 avait diminué à 30 % dès juillet 2003. D'un point de vue théorique la capacité de travail exigible devait être considérée comme entière six semaines à trois mois après la mise en place des recommandations de l'expert, lesquelles étaient exigibles immédiatement. Par projet de décision du 30 mars 2007, l'OCAI a rejeté la demande de prestation de l'assurée en constatant que dès juillet 2003, la capacité de travail était de 70 %. Par décision du 6 juin 2007, l'OCAI a confirmé son projet de décision. Le 9 juillet 2007, l'assurée, représentée par un avocat, a recouru au Tribunal cantonal des assurances sociales à l'encontre de la décision précitée en concluant à son annulation et principalement à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} octobre 2003 et subsidiairement au renvoi du dossier à l'OCAI pour nouvelle décision tenant compte d'une "incapacité de gain se situant entre 70 % au moins et 40 % entre le 1^{er} novembre 2002 et la fin août 2005, justifiant une rente entière depuis à trois-quarts et puis à 50 % et finalement à un-quart pendant cette période". Son mari lui avait demandé de quitter son emploi au CESCO. Elle avait gardé son cabinet de consultation qu'elle pouvait faire fonctionner lors de ses présences à Genève. La relation extraconjugale de son époux l'avait plongée dans un état dépressif encore présent

actuellement. La procédure de divorce extrêmement conflictuelle n'était toujours pas terminée. En raison de son incapacité de travail, son activité avait périclité et elle avait dû fermer son cabinet courant 2005. Selon le Dr L_____, l'état dépressif s'était aggravé depuis 2002. Elle contestait les conclusions de l'expertise. Toutefois, même si l'on prenait en compte le résultat de l'expertise, une réduction progressive de l'invalidité depuis novembre 2003 au jour de l'expertise ou une diminution de l'incapacité de travail depuis mi-2003 au jour de l'expertise, elle subissait une incapacité de travail générant une incapacité de gain d'au moins 40 % jusqu'à tout le moins mars 2006, laquelle lui donnait droit à un trois-quarts de rente, puis une demi-rente et enfin un-quart de rente jusqu'au moment où l'invalidité aurait été inférieure à 40 %. Elle requérait un délai pour déposer de nouvelles pièces médicales. Le 23 juillet 2007, le Tribunal de céans a fixé un délai au 31 août 2007 à la recourante pour compléter son recours, conformément à sa demande. Celle-ci n'a ni complété son recours ni fourni des pièces médicales complémentaires dans le délai imparti. Le 17 octobre 2007, l'OCAI a conclu au rejet du recours en relevant que l'expertise psychiatrique avait pleine valeur probante. A la demande du Tribunal de céans, la recourante l'a informé le 5 novembre 2007 qu'elle ne souhaitait pas un délai pour répliquer. A la demande du Tribunal de céans, la Dresse M_____ a donné des renseignements sur l'état de santé de la recourante le 21 novembre 2007. Elle relève que "dans le cadre de l'expertise concernant l'assurée, elle avait retenu une incapacité de travail d'environ 70% depuis novembre 2002 en raison d'un épisode dépressif conséquent à l'époque. Dès mi-2003, l'incapacité de travail a diminué, permettant à l'expertisée, en octobre 2003, de participer comme conférencière à un séminaire portant sur les enfants atteints de maladie sidéenne. La préparation d'une conférence, le fait d'animer un séminaire devant des auditeurs et la nécessité de préparer le sujet permettent de conclure à une amélioration de la thymie. Lors d'épisodes dépressifs invalidants, les gens peinent à s'occuper d'eux-mêmes, il leur est difficile de faire leur toilette et de s'occuper du simple quotidien. Le fait de préparer une conférence et de la présenter devant des auditeurs exclut une pathologie invalidante. Par conséquent, dès au moins octobre 1993, le degré d'incapacité de travail est tout au plus de 30%, jusqu'à ce jour. Par ailleurs, Mme C_____ figure comme psychologue sur un site Internet à Genève et également dans l'annuaire de Swisscom." Le 12 décembre 2007, l'intimé a constaté que la Dresse M_____ fournissait des explications claires sur la capacité de travail de la recourante et que son appréciation du dossier pouvait être confirmée. La recourante n'a pas fait d'observations. EN DROIT La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1^{er} août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales statuant conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 LOJ en instance unique, sur les contestations prévues à 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 sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1^{er} 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 leur entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV

37 p. 316 consid. 3b). En l'espèce, la demande de prestations a été déposée le 7 novembre 2005. La LPGA s'applique donc au cas d'espèce. a) Le 1^{er} juillet 2006, sont entrées en vigueur les nouvelles dispositions relatives aux mesures de simplification de la procédure dans l'assurance-invalidité, adoptées le 16 décembre 2005. Celles-ci ont eu, notamment, pour effet de remplacer la procédure de l'opposition par la procédure de préavis (art. 57a alinéa 1 LAI), en rétablissant ainsi la situation antérieure à l'introduction de la LPGA (cf. message du Conseil fédéral du 4 mai 2005, FF 2005, p. 2899 et ss). L'art. 69 al. 1 LAI, dans sa nouvelle teneur, prévoit que les décisions des offices AI cantonaux peuvent faire directement l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du canton de l'office qui a rendu la décision. b) En l'espèce, l'OCAI a communiqué à l'assuré un projet de décision en date du 30 mars 2007, qui a été confirmé par la décision du 6 juin 2007, contre laquelle l'assuré a interjeté directement recours devant le Tribunal de céans le 9 juillet 2007. c) Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, devant l'autorité compétente, le recours est en conséquence recevable (art. 56 ss LPGA). L'objet du litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité. 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 lui 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 qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). a) Depuis l'entrée en vigueur, le 1^{er} janvier 2004, de la novelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4^{ème} révision) la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI est la suivante : «1. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins. La rente est échelonnée comme suit, selon le taux d'invalidité : 40 % au moins un quart, 50 % au moins une demie, 60 % au moins trois-quarts, 70 % au moins rente entière.». Selon la lettre f des dispositions finales de la modification du 21 mars 2003, les rentes entières en cours perçues au titre d'un taux d'invalidité égal ou supérieur à 66 2/3 % continuent d'être versées, après l'entrée en vigueur des nouvelles dispositions légales, à tous les rentiers qui, à ce moment là, ont atteint l'âge de 50 ans. Toutes les autres rentes entières perçues au titre d'une invalidité inférieure à 70 % font l'objet d'une révision dans le délai d'un an dès l'entrée en vigueur des nouvelles dispositions. b) Selon l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente au sens de l'art. 28 LAI prend naissance au plus tôt à la date à partir de laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40 % au moins (let. a) ou à partir de laquelle il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable (let. b). L'existence d'une incapacité de gain durable (art. 29 al. 1 let. a LAI) doit être admise lorsque l'atteinte à la santé est largement stabilisée et essentiellement irréversible et qu'elle affectera, selon toute vraisemblance, durablement la capacité de gain de l'assuré dans une mesure suffisamment grave pour justifier l'octroi d'une rente (art. 29 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 - RAI). Une atteinte originellement labile peut être considérée comme relativement stabilisée seulement lorsque son caractère a clairement évolué de manière que l'on puisse prévoir que pratiquement aucun changement notable n'interviendra dans un avenir prévisible (ATF 119 V 102 consid. 4a et les références ; VSI

1999 p. 81 consid. 1a). Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, 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. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, 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 130 V 348 consid. 3.4, 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b; jusqu'au 31 décembre 2002 : art. 28 al. 2 LAI; du 1^{er} janvier au 31 décembre 2003: art. 1 al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGa; depuis le 1^{er} janvier 2004: art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGa). 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 223 consid. 4.1, 128 V 174). Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires (ESS) de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 126 V 78 consid. 5). Le revenu 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 générale, 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. On ne saurait s'écarter d'un tel revenu pour le seul motif que l'assuré disposait, avant la survenance de son invalidité, de meilleures possibilités de gain que celles qu'il mettait en valeur et qui lui permettaient d'obtenir un revenu modeste (ATF 125 V 157 consid. 5c/bb et les arrêts cités); il convient toutefois de renoncer à s'y référer lorsqu'il ressort de l'ensemble des circonstances du cas que l'assuré, sans invalidité, ne se serait pas contenté d'une telle rémunération de manière durable (cf. AJP 2002 1487; RCC 1992 p. 96 consid. 4a). a) En ce qui concerne la preuve, le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a). 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. 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 (ATF 125 V 352 ss consid. 3). b) 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). c) Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette 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. Etant 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, ATF A non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee). d) Le juge ne s'écarter en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice 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 judiciaire le fait que celle-ci contient 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). e) En ce qui concerne les 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 351 consid. 3b/bb et cc). f) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves

fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; KIESER, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, p. 212, n° 450; KÖLZ/HÄNER, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 2e éd., p. 39, n° 111 et p. 117, n° 320; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2e éd., p. 274; cf. aussi ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d et l'arrêt cité). En l'espèce, l'expertise de la Dresse M_____ du 21 février 2007, complétée le 21 novembre 2007, répond à tous les critères jurisprudentiels précités pour qu'il lui soit reconnu une pleine valeur probante. La recourante indique uniquement dans son recours que les résultats de l'expertise sont contestés et qu'elle subit une incapacité de travail d'au moins 70%, mais n'a pas fourni les pièces médicales complémentaires annoncées, qui auraient été susceptibles de remettre en cause les conclusions de ladite expertise. En conséquence, il convient de retenir, conformément aux conclusions de l'expertise, que la recourante a été en incapacité de travail de 70 % du 1^{er} novembre 2002 au 30 septembre 2003, puis de 30 % dès le 1^{er} octobre 2003 et, postérieurement à la date de l'expertise, soit postérieurement à février 2007, de 0 % dès lors que, selon l'experte, moyennant une prise en charge plus soutenue et l'augmentation des doses d'antidépresseur, la recourante sera à même de travailler à plein temps. Au vu de ce qui précède, il convient de constater que la recourante a subi une incapacité de travail de 70 % pendant onze mois, puis de 30 % au plus, étant précisé qu'une capacité de travail entière dans son ancienne profession est exigible après les mesures thérapeutiques indiquées. La recourante n'a ainsi pas présenté une incapacité de travail de 40 % ou moins pendant le délai de carence d'une année au sens de l'art. 29 al. 1 LAI, de sorte qu'elle n'a pas droit à une rente d'invalidité. Partant, le recours ne peut qu'être rejeté. La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité est entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2006 (RO 2006 2003), apporte des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). En particulier, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le Tribunal de céans est désormais soumise à des frais de justice, qui doivent se situer entre 200 fr. et 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, le présent cas est soumis au nouveau droit (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005), de sorte qu'un émolument de 200 fr. sera mis à la charge de la recourante. **PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES** : Statuant A la forme : 1. Déclare le recours recevable. Au fond : 2. Le rejette. Met un émolument de 200 fr. à la charge de la recourante. 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 Florence SCHMUTZ La Présidente
Valérie MONTANI Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à
l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte
Originaltext. Quellen-URL siehe oben.