

GE_GERICHTE A/3357/2008 vom 27. Januar 2009

GE Cour de justice, 2009-01-27, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3357_2008

FR: GE_GERICHTE A/3357/2008 du 27 janvier 2009

IT: GE_GERICHTE A/3357/2008 del 27 gennaio 2009

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 27.01.2009
A/3357/2008

A/3357/2008 ATAS/77/2009 du 27.01.2009 (AI) , REJETE Recours TF déposé le 04.03.2009, rendu le 11.12.2009, REJETE, 8C_200/2009 En fait En droit RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/3357/2008 ATAS/77/2009 ARRET DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES Chambre 1 du 27 janvier 2009 En la cause Monsieur S_____, domicilié à CAROUGE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître RIONDEL Patrice recourant contre OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue de Lyon 97, GENEVE intimé EN FAIT Monsieur S_____, ressortissant suisse né en 1966, a travaillé en tant qu'agent spécialisé de la division technique auprès de X_____ de 1988 à 1999, date à laquelle il a mis fin à son emploi en raison d'épisodes dépressifs successifs et de crises de migraine fréquentes. Dès 1999, l'assuré a perçu des indemnités de l'assurance-chômage et a bénéficié d'une formation d'aide-comptable. Par demande du 23 décembre 2002 adressée à l'Office cantonal de l'assurance-invalidité de Genève (ci-après l'OCAI), l'assuré a requis des prestations de l'assurance-invalidité, tendant à l'octroi de mesures professionnelles. Il a indiqué souffrir d'une hernie discale et d'un désordre mental. Dans son rapport du 10 janvier 2003, le Dr L_____, spécialiste en médecine interne et maladies rhumatismales, a indiqué que l'assuré présentait depuis 1999 un syndrome dépressif et respectivement lombaire avec blocages épisodiques. Sur le plan lombaire et somatique, son état de santé était stationnaire. Il a relevé que le problème de l'assuré était surtout d'ordre dépressif. La capacité de travail dans l'activité de comptable demeurait entière. Par courrier du 23 février 2003, l'assuré a informé l'OCAI qu'il renonçait à sa demande de prestations car il avait retrouvé sa pleine capacité professionnelle. En date du 28 novembre 2005, l'assuré a présenté une nouvelle demande auprès de l'OCAI tendant à l'octroi d'une rente d'invalidité. Il a allégué être atteint d'un syndrome du défilé thoracique droit et gauche, d'une hernie discale en L4-L5 ainsi que d'un état dépressif existant depuis 1994. Dans le cadre de cette demande, l'OCAI a réuni différentes attestations médicales. Dans son rapport du 29 décembre 2005, le Dr M_____, du Centre médical de Chêne-Bourg, a confirmé l'existence d'un syndrome du défilé thoracique, d'une discopathie L4-L5 et d'un état dépressif et ajouté le diagnostic d'épicondylite au coude gauche. Il a estimé que toute activité sédentaire, ne nécessitant pas de port de charges, pas de station debout prolongée et pas d'élévation des bras, était envisageable. Interrogé par l'OCAI, le Dr L_____ a diagnostiqué un état dépressif, une fibromyalgie et une épicondylite gauche. Il a précisé que le syndrome du défilé thoracique droit existant depuis 2004 était sans répercussion sur la capacité de travail. L'état de santé était stationnaire. Du point de vue rhumatologique, les plaintes principales de l'assuré concernaient son coude gauche qui présentait une discrète épicondylite. Au plan anamnestique et à l'examen physique, aucune autre pathologie

rhumatisme importante n'était décelée. Fonctionnellement, tant sur le plan cervical, dorsal que lombaire, aucun déficit n'était constaté. Il a précisé que le problème principal de l'assuré résidait dans son état dépressif. Selon lui aucune cause rhumatologique ne justifiait l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité. Dans l'annexe au rapport médical, il a mentionné une capacité de travail totale dans un travail de bureau, sans charge lourde (cf. rapport du 9 janvier 2006). Dans un rapport sans examen clinique du 28 décembre 2006, le Service médical de l'assurance-invalidité (ci-après le SMR) est arrivé à la conclusion qu'aucune atteinte principale à la santé ne pouvait être mise en évidence chez l'assuré. Le syndrome du défilé-thoracique ne s'exprimait que les coudes maintenus au-dessus du plan des épaules, de sorte qu'il ne se justifiait pas de retenir une incapacité de travail dans la profession antérieure. Par ailleurs, la maladie alcoolique était primaire, compte tenu de l'absence de comorbidité psychiatrique préexistante et les conséquences de la pratique alcoolique n'étaient pas à charge de la loi sur l'assurance-invalidité. Les problèmes lombaires ont été qualifiés de bénins en référence au rapport du Dr L_____ de janvier 2003. Les discopathies cervicales étagées, en relation avec les cervicalgies, n'étaient pas source d'empêchement à la profession d'aide-comptable. Concernant les limitations fonctionnelles, le SMR a préconisé d'éviter le port de charges de plus de 5 kg, la position du tronc tenue en porte-à-faux, les mouvements flexion-rotation répétés du tronc, le maintien prolongé des coudes au-dessus du plan des épaules et a suggéré l'alternance de positions après deux heures de station debout. Il a enfin indiqué que dans la profession d'aide-comptable, il n'y avait jamais eu d'incapacité de travail durable. Dans un projet de refus de rente du 3 janvier 2007, l'OCAI a exposé que sur la base des documents médicaux et professionnels, aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de l'assuré ne pouvait être retenu, de sorte qu'il n'existait pas d'atteinte à la santé invalidante. L'OCAI a considéré en outre que les pathologies associées n'avaient pas de répercussion sur la capacité de travail, mais entraînaient uniquement des limitations fonctionnelles (pas de port de charges de plus de 10 kg, pas de position du tronc tenue en porte-à-faux, pas de flexion-rotation répétée du tronc, pas de maintien prolongé des coudes au-dessus des épaules, possibilité d'alterner les positions après deux heures de station debout) compatibles avec l'activité d'aide-comptable. L'assuré ne s'est pas manifesté. Par courrier du 23 janvier 2007, le Dr N_____, psychiatre, a adressé à l'OCAI un rapport médical circonstancié. A titre de diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de l'assuré, il s'est prononcé en faveur d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen existant depuis 1995 ; de troubles mentaux et de troubles du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis, syndrome de dépendance, utilisation épisodique existant depuis 1980 ; de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de cocaïne, syndrome de dépendance, utilisation épisodique existant depuis 1988 ; d'une personnalité émotionnellement labile, type borderline existant depuis 1995 ; de migraines existant depuis 1995 ; de lombosciatalgies existant depuis 1991 et de cervicalgies existant depuis 2001. La capacité de travail de l'assuré était nulle dès le 10 septembre 2005 en raison de l'aggravation de l'état de santé. Questionné sur l'évolution et la situation actuelle de l'assuré, le Dr N_____ a expliqué que depuis le début du suivi au Centre thérapeutique Envol (2002), l'évolution était marquée par d'importantes fluctuations de la thymie avec des moments de dépression, parfois sévères, avec des pensées suicidaires, et des moments d'envahissement de la pensée par des problèmes vécus comme inextricables et nécessitant l'adjonction d'un traitement de neuroleptiques en plus d'un traitement antidépresseur et d'un traitement anxiolytique de benzodiazépine. Ce médecin a en outre relevé que l'assuré ressentait depuis

des mois une recrudescence des douleurs cervicales et crâniennes avec crises de migraine à raison de deux fois par semaine, accompagnées de troubles visuels. Répondant au questionnaire complémentaire pour les troubles psychiques, le Dr N_____ a conclu que les affections psychiatriques, à caractère chronique, avec en particulier un trouble dépressif récurrent s'accompagnant d'une importante composante anxieuse, entraînaient chez l'assuré une incapacité de travail totale. Par courrier du 29 janvier 2007, l'OCAI a demandé au SMR de se prononcer sur le contenu dudit rapport. Par avis du 12 février 2007, le SMR a maintenu sa position estimant que le rapport du Dr N_____ n'apportait aucun fait nouveau susceptible de modifier l'estimation de la capacité de travail de l'assuré. Le SMR a relevé par ailleurs que l'assuré s'était intégré durablement dans le monde de l'économie et était apte à contrôler sa consommation de psychotropes. Il a mentionné enfin que dans le cadre du traitement optimal d'un trouble de l'humeur, l'arrêt de toute consommation primaire d'alcool et de stupéfiants divers, était non seulement recommandé, mais exigible. Par décision du 15 mars 2007, l'OCAI a refusé toute prestation à l'assuré. Par acte du 17 avril 2007, l'assuré a interjeté recours contre ladite décision auprès du Tribunal de céans, concluant à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 28 novembre 2005. Il a sollicité à titre préalable une expertise médicale afin d'effectuer un bilan complémentaire neurologique et neurochirurgical et fait valoir que l'OCAI n'avait pas tenu compte du rapport du Dr N_____, lequel concluait à une incapacité totale de travail. Par arrêt du 29 août 2007 en la cause ATAS/893/2007, le Tribunal de céans a partiellement admis le recours, dans ce sens qu'il a renvoyé le dossier à l'OCAI afin que celui-ci procède à une instruction complémentaire sous forme d'une expertise bidisciplinaire et nouvelle décision. En date du 11 mars 2008, l'assuré a été soumis à une expertise bidisciplinaire au Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (ci-après le COMAI), conduite par les Drs O_____, rhumatologue, et P_____, psychiatre. Le rapport d'expertise avait été établi au moyen d'un consensus entre les experts, qui avaient réalisé l'expertise selon les règles de l'art et en toute indépendance. Les experts n'ont posé aucun diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail de l'assuré. Les migraines, les lombosciatalgies occasionnelles sur hernie discale, les cervicalgies et la structure de personnalité de type état-limite n'avaient aucune répercussion sur la capacité de travail dans la profession habituelle. Sur le plan somatique, on observait objectivement peu de signes cliniques. Une activité légère, en position assise permettant tout de même de changer fréquemment de positions, tout comme l'activité dernièrement exercée d'aide-comptable, était parfaitement exigible. Il n'y avait aucune limitation sur le plan psychique et social. Il n'y avait pas de diminution de rendement. Sur le plan psychique, l'expertisé présentait une structure de personnalité limite sans toutefois qu'un trouble massif de la personnalité en résultât dans son fonctionnement. Comme le danger immédiat contre lequel toutes les variétés d'état limite luttaient était avant tout la dépression, l'on comprenait l'évolution récurrente de cet état dépressif diagnostiqué par le Dr N_____. L'examen clinique dans le cadre de l'expertise ne permettait cependant pas de diagnostiquer d'état dépressif actuellement. L'expertisé savait gérer ses journées, son envie d'évoluer et de garder de bonnes relations familiales, ce qui démontrait qu'il avait des ressources et qu'il était capable grâce également au soutien psychothérapeutique d'envisager une reprise d'activité professionnelle. Ni la structure de sa personnalité ni son état psychique actuel n'avait de caractère invalidant. Dans son avis sans examen clinique du 29 mai 2008, la Dresse Q_____ du SMR a conclu à une capacité de travail entière dans l'activité habituelle d'aide-comptable. Par décision du 18 août 2008, l'OCAI a rejeté la demande de prestations au motif que l'assuré présentait une

pleine capacité de travail dans sa profession habituelle. Par courrier du 18 septembre 2008, l'assuré a recouru contre cette décision auprès du Tribunal de céans, concluant, sous suite de dépens, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 28 novembre 2005. Il a fait valoir que c'était grâce à la psychothérapie qu'il parvenait à assumer, comme il le pouvait, ses douleurs physiques bien réelles, qui l'empêchaient de rester en position assise et devant un ordinateur, ses migraines et ses problèmes psychologiques. Sur le plan psychique, il avait été suivi sans interruption après une hospitalisation à Belle-Idée en 1995. Il avait une vie sociale extrêmement réduite, puisqu'il n'avait que deux amis qu'il rencontrait régulièrement. Il était incapable de nouer de nouvelles relations car il craignait que ce qu'il pourrait mettre en place soit annihilé par son état de santé. En effet, comme il ne pouvait pas gérer ses états migraineux ainsi que les douleurs diffusant depuis la nuque, il craignait de ne pouvoir assumer une relation sociale avec des personnes qu'il ne connaissait pas. S'agissant des tests qu'il avait passés lors de l'expertise, ceux-ci démontraient une précarité importante même si sur le plan psychologique, l'expert avait retenu un bien-être psychologique subjectif. Le recourant a précisé qu'il avait pris des médicaments antidouleurs, avant l'expertise, craignant que celle-ci ne durât trop longtemps, ce qui expliquait le fait qu'il avait pu rester en position assise pendant une certaine durée. Par ailleurs, une IRM pratiquée en septembre 2008 avait mis en évidence diverses pathologies. Enfin, il prenait bon nombre de médicaments, notamment des antidépresseurs et des antalgiques. Dans son avis sans examen clinique du 13 octobre 2008, la Dresse R_____ du SMR a relevé que l'IRM du rachis cervical avait été présentée à un rhumatologue. Celui-ci avait constaté une amélioration de la hernie discale cervicale qui n'était plus retrouvée sur les clichés de 2008 contrairement à ceux de 2006. Dans sa réponse du 17 octobre 2008, l'OCAI a conclu au rejet du recours. Il a mis en doute les allégations de l'assuré, selon lesquelles il aurait pris des médicaments antidouleurs pour pouvoir subir les examens médicaux au mieux. Sur ce, la cause a été gardée à juger. EN DROIT Conformément à l'article 56 V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), 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) 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. 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 litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2; 169 consid. 1 ; 356 consid. 1 et les arrêts cités). Ces principes de droit intertemporel commandent ainsi l'examen du bien-fondé de la décision du 18 août 2008 à la lumière des anciennes dispositions de la LAI pour la période s'étendant jusqu'au 31 décembre 2002 et, le cas échéant, au regard des nouvelles dispositions de la LPGA pour la période postérieure (ATF 130 V 332 consid. 2.2 et 2.3). 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). Déposé dans les formes et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 60 LPGA). La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité est entrée en vigueur le 1er juillet 2006, apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal fédéral des assurances

(art. 132 al. 2 et 134 OJ). Le présent cas est soumis au nouveau droit, du moment 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). Les modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5ème révision de la LAI), entrées en vigueur le 1er janvier 2008 sont également applicables selon les principes de droit intertemporel. L'objet du litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité. a) 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 LPGGA). 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 LPGGA). Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGGA). 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 LPGGA, 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). b) Selon l'art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins. L'entrée en vigueur de la 4ème révision de la LAI a modifié la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI relatif à l'échelonnement des rentes selon le taux d'invalidité. Alors qu'une rente entière était accordée auparavant à un assuré dès que le degré d'invalidité atteignait 66 2/3 %, cette disposition prévoit désormais d'octroyer un trois-quarts de rente à un assuré présentant un degré d'invalidité d'au moins 60 % et une rente entière à celui dont le taux est supérieur à 70 %, les conditions relatives à l'octroi d'un quart ou d'une demi-rente demeurant inchangées. En revanche, les principes développés jusqu'alors par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur validité, que ce soit sous l'empire de la LPGGA ou de la 4ème révision de la LAI (ATF 130 V 348 consid. 3.4; ATFA non publiés du 17 mai 2005, I 7/05, consid. 2 et du 6 septembre 2004, I 249/04, consid. 4). c) 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 ainsi 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). Le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, 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 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). 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). Le juge des assurances sociales 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. Selon la jurisprudence et la doctrine, l'autorité administrative ou le juge ne doit considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (KUMMER, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4ème édition Berne 1984, p. 136 ; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2ème édition, p. 278 ch. 5). Dans le domaine des assurances sociales, le juge 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. 5 let. b 125 V 195 consid. ch. 2 et les références). 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). En l'occurrence, pour déterminer l'état de santé du recourant, suite à l'arrêt du Tribunal de céans, l'OCAI a confié une expertise bidisciplinaire

au COMAI (rhumatologique et psychiatrique) en mars 2008. Il convient tout d'abord de constater que cette expertise a pleine valeur probante au sens de la jurisprudence fédérale. En effet, elle comporte une anamnèse, énonce des diagnostics précis, prend en compte les plaintes de l'expertisé et ne présente pas de contradictions. Ses conclusions sont claires, bien motivées et convaincantes et devront être suivies. Selon les experts, le recourant ne présente pas de limitation sur le plan psychique. En effet, l'état dépressif du recourant est selon les experts actuellement en rémission et bien contrôlé grâce au suivi psychothérapeutique et médicamenteux. Quant aux limitations fonctionnelles présentées sur le plan somatique, elles sont tout à fait compatibles avec sa profession habituelle d'aide-comptable. Il n'y en outre pas de diminution de rendement. L'expertisé est ainsi bien soutenu par un travail thérapeutique et la structure de personnalité limite présentée n'est nullement invalidante (pas de trouble massif de la personnalité entravant son fonctionnement). Il convient par ailleurs de noter que le Dr L_____, qui suit le recourant sur le plan physique, n'a pas non plus retenu d'incapacité de travail à ce niveau. Il y a en outre lieu de relever que l'assuré n'avance aucun argument décisif susceptible de remettre en cause les conclusions des experts. Les faits allégués, tels l'apparition d'une migraine de deux jours après l'expertise ou la prise d'antalgiques avant l'examen ne sont d'ailleurs nullement établis. Il ne produit pas non plus de rapport de son médecin traitant qui pourrait contrer l'avis des experts. Aussi convient-il de suivre les conclusions des experts, selon lesquelles le recourant présente une pleine et entière capacité de travail dans sa profession sans diminution de rendement. Partant, son degré d'invalidité est nul et il n'a pas droit à des prestations de l'assurance-invalidité. Au vu de ce qui précède, force est de constater que le recours, mal fondé, doit être rejeté. Le recourant qui succombe n'aura pas droit à des dépens. **PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES** : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : Le rejette. Met un émolument de 200 fr. à la charge du recourant. 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 Marie-Louise QUELOZ La Présidente Doris WANGELER 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

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