

## **GE\_GERICHTE A/449/2008 vom 28. Mai 2009**

GE Cour de justice, 2009-05-28, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_449\\_2008](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_449_2008)

FR: GE\_GERICHTE A/449/2008 du 28 mai 2009

IT: GE\_GERICHTE A/449/2008 del 28 maggio 2009

### **Volltext**

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 28.05.2009  
A/449/2008

A/449/2008 ATAS/677/2009 du 28.05.2009 ( AI ) , REJETE En fait En droit  
RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/449/2008  
ATAS/677/2009 ARRET DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES  
Chambre 3 du 28 mai 2009 En la cause Madame F \_\_\_\_\_, domiciliée à Carouge,  
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître DA SILVA NETO François  
recourante contre OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue de  
Lyon 97, 1203 Genève intimé EN FAIT Madame F \_\_\_\_\_ (ci-après l'assurée ou la  
recourante), née en 1959, titulaire d'un certificat fédéral de capacité de sommelière et d'un  
certificat de cafetier, a travaillé jusqu'en 2003, en tant que serveuse. L'assurée a déposé en  
date du 28 juin 2005 une demande de prestations auprès de l'OFFICE CANTONAL DE  
L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après OCAI), en invoquant des douleurs lombaires  
chroniques et un état dépressif. Dans un rapport daté du 23 août 2005, le Dr L \_\_\_\_\_ a  
posé les diagnostics de lombalgies chroniques sur trouble statique de la colonne lombaire et  
discopathies L5-S1 (avec aggravation depuis 1997 et état dépressif majeur). Le médecin a  
également mentionné, en précisant qu'elles étaient sans répercussion sur la capacité de  
travail, des infections urinaires à répétition. Il a conclu à une incapacité totale de travail du  
10 septembre 2004 au 1er février 2005 et à compter du 17 mai 2005. Le médecin a souligné  
qu'en raison des douleurs chroniques lombaires, la patiente avait des difficultés à porter les  
plateaux, de sorte que l'activité exercée jusqu'alors n'était plus exigible. Il ne s'est en  
revanche pas prononcé sur la question de savoir si l'on pouvait exiger de la patiente qu'elle  
exerce une autre activité, se contentant de préconiser à cet égard qu'elle puisse alterner les  
positions. Le médecin a précisé que l'état de santé de sa patiente allait en s'aggravant et  
qu'un examen médical complémentaire était nécessaire. Les lombalgies dont souffrait la  
patiente depuis l'adolescence avaient nécessité des arrêts de travail de plus en plus  
fréquents et de plus en plus longs. Quant à l'état dépressif chronique qui est le sien depuis  
l'adolescence s'est aggravé depuis février 2005 avec des idées suicidaires. Le Dr  
M \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie, s'est quant à lui référé au rapport du médecin  
traitant et a posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, présent  
depuis l'âge de seize ans, selon l'anamnèse. Il ne s'est pas prononcé sur la capacité de travail  
mais a indiqué que, sur le plan psychiatrique et malgré la récurrence des épisodes  
dépressifs, la patiente avait évolué favorablement avec la thérapie et la médication. Dans un  
rapport ultérieur daté du 19 décembre 2005, le Dr M \_\_\_\_\_ a précisé que l'incapacité de  
travail était en lien avec les problèmes somatiques chroniques. Interrogé par l'OCAI, le Dr  
M \_\_\_\_\_ a encore ajouté, en date du 2 octobre 2006, qu'il y avait eu une amélioration  
avec effet bénéfique du changement d'antidépresseurs, à tel point qu'un projet de recherche  
de travail à temps partiel avait été évoqué en juin, mais qu'il y avait eu ensuite une

importante rechute dépressive à la fin du mois d'août 2006, et que depuis lors, la gravité de l'état dépressif majeur était moyenne. La patiente était sous Efexor 150 mg et suivie à raison d'une fois par semaine. Selon le médecin, la capacité de travail n'était pas diminuée exclusivement pour des raisons psychiatriques, mais également influencée par diverses affections somatiques. L'assurée a alors été adressée au SMR pour un examen clinique rhumato-psychiatrique, lequel a été confié au Dr N\_\_\_\_\_ et à la Dresse O\_\_\_\_\_. Dans leur rapport du 12 novembre 2007, ces médecins ont conclu à une capacité résiduelle de travail de 0% dans l'activité précédemment exercée, mais de 100% dans une activité adaptée. Ils ont retenu les diagnostics de lombalgies chroniques persistantes dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs (discopathies L4-L5 et L5-S1 et discrète scoliose rotation dextro-convexe) et une méniscopathie interne des post-traumatiques. Les médecins du SMR ont également mentionné, en précisant qu'ils étaient sans répercussion sur la capacité de travail : un tabagisme chronique actif, des antécédents d'eczéma et d'asthme, des troubles mictionnels, une dysthymie à début précoce, ainsi qu'un syndrome de dépendance à l'alcool, abstinente depuis deux ans. Au plan somatique, les médecins ont abouti à la conclusion que la problématique lombaire était cohérente anamnesticquement, cliniquement et radiologiquement et qu'elle entraînait les limitations fonctionnelles suivantes: nécessité de pouvoir alterner au moins deux fois par heure la position assise et la position debout et de pouvoir éviter le soulèvement régulier de charge, le port régulier de charge d'un poids supérieur à sept kilos, le travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc, les genuflexions ou le franchissement régulier d'escaliers ou d'escabeaux. S'agissant des douleurs au genou droit, il a été relevé qu'elles étaient certainement mineures, mais qu'elles méritaient d'être considérées, car elles interféraient de manière défavorable avec la problématique lombaire, rendant impossible la stricte application des indispensables mesures d'ergonomie lombaire. Sur le plan psychiatrique, les médecins ont indiqué que leur examen clinique n'avait montré ni dépression majeure, ni décompensation psychotique, ni anxiété généralisée, ni trouble phobique, ni trouble de la personnalité morbide, ni perturbation de l'environnement psychosocial, ni syndrome douloureux somatoforme persistant, ni limitation fonctionnelle psychiatrique invalidante. Le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode moyen, retenu par le psychiatre traitant n'a pas pu être objectivé. A cet égard, il a été souligné que selon l'assurée, son état était marqué par la présence d'une symptomatologie dépressive chronique depuis l'adolescence, de sorte que le diagnostic de trouble dépressif récurrent ne pouvait être retenu. Quant à celui d'épisode dépressif moyen, il reposait sur la présence d'au moins deux de trois symptômes typiques, qui n'avaient pu être objectivés. Finalement, les médecins n'ont retenu que le diagnostic de dysthymie. Quant à la structure de personnalité borderline, ils ont précisé qu'elle n'équivalait pas à un trouble de la personnalité et qu'il fallait simplement entendre par là une organisation psycho-dynamique particulière, faisant référence à la théorie psychanalytique, étant précisé que des structures de personnalité peuvent parfaitement sous-tendre des fonctionnements adaptés et une pleine santé psychique. En revanche, un trouble de la personnalité correspondant à un dysfonctionnement durable des conduites et de l'expérience vécue déviant de la norme, et donnant lieu à une altération du fonctionnement personnel social et le plus souvent à une souffrance significative, se manifestait d'ores et déjà à l'adolescence et au début de l'âge adulte et était stable dans le temps, et n'avait pu être retenu dans le cas de l'assurée. Sur le plan psychiatrique, les médecins ont donc conclu que cette dernière ne souffrait d'aucune pathologie invalidante. Le 20 novembre 2007, l'OCAI a adressé à l'assurée un projet de décision, au terme duquel il se proposait de lui nier le droit à des prestations de

l'assurance-invalidité. Le 11 décembre 2007, l'assurée a manifesté son désaccord avec ce projet en alléguant être toujours en arrêt de travail à 100% et ne pouvoir travailler, compte tenu de ses nombreux problèmes physiques et psychologiques. Par décision du 14 janvier 2008, l'OCAI a nié à l'assurée le droit à des prestations de l'assurance-invalidité. Se référant à l'avis du SMR, l'OCAI a considéré que les problèmes urologiques de l'intéressée ne constituaient pas une cause d'incapacité de travail, ce que son médecin traitant avait d'ailleurs admis, que, par ailleurs, les critères cliniques de la CIM-10 pour reconnaître l'existence d'un épisode dépressif moyen n'étaient pas réunis - l'état de l'assurée conduisant au contraire à ne retenir que le diagnostic dysthymie, soit une dépression chronique de l'humeur, dont la sévérité était insuffisante ou la durée des différents épisodes trop brève pour justifier une invalidité - et qu'enfin aucun document médical attestant d'une aggravation de l'état du genou droit de l'assurée n'avait été produit. Dans ces conditions, l'OCAI a considéré que si l'assurée était certes dans l'incapacité totale d'exercer son ancienne activité et ce, depuis septembre 2004, elle pourrait en revanche travailler à plein temps dans un poste tenant compte de ses limitations fonctionnelles, c'est-à-dire lui permettant d'alterner les positions au moins deux fois par heure, d'éviter le soulèvement ou le port régulier de charges, le travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc, les genuflexions ou le franchissement régulier d'escabeaux ou d'escaliers. Comparant dès lors le revenu que l'assurée aurait pu réaliser en 2004 en exerçant une telle activité, soit 38'868 fr. (ESS 2004, TA1, niveau d'activité 4 = 3'893.- pour 40h./sem. = 4'049.- pour 41.6 h./sem. = 48'585.- par an, soit 38'868 après réduction supplémentaire de 20%) à celui qui aurait été le sien sans atteinte à sa santé, soit 41'592 fr., l'OCAI a abouti à un degré d'invalidité de 6.6%, insuffisant pour ouvrir droit à des prestations de l'assurance-invalidité. Par écriture du 13 février 2008, l'assurée a interjeté recours auprès du Tribunal de céans en concluant à l'octroi d'une rente - dont elle n'a pas précisé le degré - et de mesures de réadaptation. La recourante reproche au SMR de ne pas avoir pris en compte ses troubles mictionnels et infections urinaires, dont elle allègue qu'ils sont extrêmement handicapants. A cet égard, elle se réfère à l'avis du Dr T\_\_\_\_\_, urologue, dont elle a demandé l'audition par le Tribunal. Par ailleurs, elle conteste le diagnostic de dysthymie et, se référant aux avis de la Dresse L\_\_\_\_\_ et du Dr P\_\_\_\_\_, soutient que c'est le diagnostic d'état dépressif majeur qui doit être retenu. En conclusion, relevant les divergences existant entre l'avis de ses médecins traitants et celui des médecins du SMR, la recourante demande la mise sur pied de nouvelles mesures d'instruction. Par courrier du 26 février 2008, l'assurée a encore produit un certificat, établi par la Dresse Q\_\_\_\_\_, médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, en date du 22 février 2008, dans lequel le médecin atteste brièvement la suivre depuis le 22 janvier 2008, pose le diagnostic de trouble dépressif récurrent épisode actuel moyen à sévère et troubles mixtes de la personnalité et conclut à l'incapacité de travail de l'intéressée. Invité à se déterminer, l'OCAI, dans sa réponse du 4 avril 2008, a conclu au rejet du recours. S'agissant des troubles psychiques rencontrés par l'assurée, l'intimé s'est référé à l'avis du SMR, avis dont il a estimé qu'il devait se voir reconnaître pleine valeur probante. Quant aux problèmes urinaires, l'OCAI a relevé que dans des rapports datés des 23 août 2005 et 6 novembre 2007, le Dr R\_\_\_\_\_ avait indiqué qu'ils étaient sans répercussion sur la capacité de travail. Le 6 mai 2008, la recourante a produit un certificat établi en date du 24 avril 2008 par le Dr S\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en gynécologue et obstétrique, attestant brièvement qu'elle souffre depuis 2005 d'infections récidivantes au niveau de la sphère génitale et urinaire, ainsi que d'une hyperactivité vésicale à pathologies dont il a précisé qu'elles pouvaient provoquer des insomnies et par

voie de conséquence, une fatigue chronique. Des audiences d'enquêtes se sont tenues en date du 4 septembre 2008. Le Dr Q\_\_\_\_\_, qui suit la recourante depuis janvier 2008 à raison d'une fois par mois a confirmé les diagnostics de trouble dépressif récurrent de gravité moyenne et trouble de la personnalité de type borderline. S'agissant du premier diagnostic, le témoin a précisé que malgré le traitement, la patiente était toujours d'humeur triste, sans goût ni intérêt pour quoi que ce soit, fatiguée au moindre effort, repliée sur elle-même et pessimiste face à l'avenir. Quant au second diagnostic, le témoin a contesté l'affirmation du SMR selon laquelle une personnalité borderline constituerait un trouble de la personnalité selon le DSM IV, expliquant qu'il s'agit d'un trouble constitutionnel caractériel qui influence les relations avec autrui et empêche de concevoir des objectifs précis; ce trouble apparaît dans l'enfance ou l'adolescence et dure ensuite toute la vie; il compromet également l'intégration sociale et professionnelle. Dans le cas de sa patiente, le témoin a relevé que cela se traduisait par le fait de ne pas toujours mesurer immédiatement les conséquences de ses actes et, partant, par l'adoption, parfois, d'un comportement inadéquat. Il a souligné qu'il ressortait de l'anamnèse que sa patiente avait ainsi fait un tentamen à l'âge de 19 ans, suite à une petite frustration. Cette instabilité se retrouve sur les plans émotionnel et professionnel. Le Dr Q\_\_\_\_\_ a émis l'opinion que la capacité de travail de la recourante est entamée en ce sens que sa personnalité provoque des troubles relationnels (des crises de colère peuvent ainsi intervenir à la moindre contrainte). Il a formulé des doutes quant à la capacité de sa patiente à disposer des ressources lui permettant d'assumer un travail régulier et de répondre aux exigences d'un employeur, même dans une profession qui impliquerait moins de contacts. Le témoin s'est cependant déclaré dans l'incapacité d'évaluer précisément la capacité de travail de l'assurée. Le Dr M\_\_\_\_\_, entendu à son tour, a expliqué avoir suivi la recourante d'août 2005 à novembre 2007. Il a confirmé le diagnostic d'état dépressif récurrent, épisode majeur actuel moyen et a dit avoir constaté un ralentissement de la pensée, une fatigue chronique avec manque d'énergie pour tout, une difficulté de concentration - plus importante en début de traitement -, une asthénie, un retrait social important, une inappétence, ainsi qu'une difficulté à se projeter dans l'avenir et à se fixer des objectifs. L'évolution a été décrite comme favorable durant la première année, étant précisé qu'elle était également influencée par l'état douloureux chronique de la patiente (lombalgies depuis l'adolescence). C'est la raison pour laquelle il a été opté pour un antidépresseur également efficace en cas de douleurs. Le témoin a dit avoir pu constater par lui-même qu'il était difficile à sa patiente de conserver la position assise durant les 45 minutes que dure l'entretien. En juin 2006, l'objectif était de retrouver un emploi à temps partiel. La recourante allait alors mieux, sauf durant les épisodes d'infections urinaires qui engendraient une fatigue accrue, ou une rechute d'eczéma. En août 2006, la patiente a cependant rechuté. Pour résumer, le témoin a indiqué que l'état de la patiente avait fluctué dans le temps et s'était même, à certains moments, amélioré au point que les critères pour conclure à un état dépressif majeur n'étaient pas présents. Le Dr S\_\_\_\_\_ a indiqué que sa patiente a eu des infections urinaires à onze reprises depuis qu'il la suit en septembre 2005, soit en l'espace de trois ans. Il a expliqué que ces infections urinaires récidivantes sont la conséquence d'une vessie hyperactive, laquelle entraîne un besoin fréquent d'uriner (une à deux fois par heure) et, partant, cinq ou six réveils dans la nuit. Comme la patiente a ensuite de la difficulté à se rendormir, cela entraîne une fatigabilité accrue. Le témoin a émis l'avis que ce sont ces conséquences plutôt que la vessie hyperactive en elle-même qui ont une répercussion sur la capacité de travail qu'il s'est déclaré incapable d'évaluer précisément. Le Dr S\_\_\_\_\_ a

encore précisé que les traitements n'avaient entraîné aucune amélioration, raison pour laquelle il a adressé la patiente au Dr T\_\_\_\_\_, spécialiste en la matière, qui a préconisé une stimulation des racines nerveuses de la région sacrée, ce qui constitue cependant une opération lourde et sans garantie de succès. Enfin, le Dr T\_\_\_\_\_ a expliqué avoir examiné la recourante en octobre 2007 pour un bilan uro-dynamique et avoir constaté qu'elle rencontrait des difficultés à vider sa vessie et souffrait de cystites à répétition depuis six ans (jusqu'à six fois par année). Le médecin a indiqué que la patiente doit uriner fréquemment, c'est-à-dire jusqu'à vingt fois par jour et cinq fois par nuit, ce qui doit sans doute entraîner une fatigabilité. L'éventualité d'implanter un stimulateur sur les racines nerveuses sacrées - lesquelles innervent la vessie - a été envisagée. Le témoin a contesté qu'il s'agisse là d'une opération lourde - puisqu'elle se pratique sous anesthésie locale et en ambulatoire - mais a admis que le résultat n'est cependant pas garanti, les chances de succès atteignant 50%. C'est une opération "de troisième ligne", c'est-à-dire prévue pour les cas difficiles, dont il a émis l'avis qu'elle était indiquée dans le cas de la recourante et pourrait, dans le meilleur des cas, apporter une amélioration nette de la qualité de vie de l'intéressée. Le témoin a encore précisé que si l'opération venait à échouer, d'autres alternatives seraient envisageables, telles que l'injection de Botox dans la vessie, par exemple. Cependant, dans le cas de la recourante, qui souffre déjà de difficultés pour vidanger la vessie, cela pourrait entraîner une décompensation et l'obligation de procéder à des auto-sondages. En définitive, le témoin s'est cependant déclaré convaincu que la situation devrait pouvoir s'améliorer. Suite à ces audiences, l'OCAI en a soumis les procès-verbaux au SMR, dont il a produit l'avis en date du 2 octobre 2008 en concluant au rejet du recours. La Dresse U\_\_\_\_\_, du SMR a émis l'avis que la fréquence des consultations auprès du Dr Q\_\_\_\_\_ (une fois par mois seulement) évoquait déjà un diagnostic d'une gravité extrêmement faible. Elle a relevé par ailleurs que la dose d'antidépresseur administrée à l'assurée correspondait certes à celle que l'on prescrit aux patients très dépressifs, mais qu'elle peut être augmentée jusqu'à 375 mg par jour en cas de sévérité importante, ce qui n'a pas été tenté dans le cas de la recourante. S'agissant des troubles de la personnalité, la Dresse U\_\_\_\_\_ a allégué que seuls les troubles décompensés constituent des atteintes psychiques suffisamment graves pour être invalidantes. Enfin, elle a retenu de l'audition du Dr T\_\_\_\_\_ que l'opération consistant à implanter un stimulateur sous la racine nerveuse sacrée ne constituait pas une opération lourde et que si le pronostic n'était pas garanti, il y avait tout de même 50% de chances de succès. Quant à la recourante, elle s'est également déterminée par écriture du 3 octobre 2008 et a persisté dans ses conclusions en soulignant que selon les témoins, ses problèmes urologiques entraînaient une fatigabilité et des difficultés à se concentrer et, qu'au plan psychiatrique, c'était probablement à tort que le SMR a posé le diagnostic de dysthymie. EN DROIT Conformément à l'art. 56V 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) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). En dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. La compétence du Tribunal de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 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 1 , consid. 1; ATF 127 V 467 , consid. 1 et les références). C'est ainsi que lorsque l'on examine le droit éventuel à une rente d'invalidité pour une période précédant l'entrée en vigueur de la LPGA, il y a lieu d'appliquer l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et la nouvelle réglementation légale après cette date (ATF 130 V 433 consid. 1 et les références). Par ailleurs, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité est entrée en vigueur le 1er juillet 2006 (RO 2006 2003), apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). Le présent cas est soumis au nouveau droit, dès lors que le recours de droit administratif a été formé après le 1er juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005). Interjeté dans les forme et délai légaux (art. 56 à 60 LPGA), le recours est recevable. Est litigieuse en l'espèce la question de savoir si la recourante peut prétendre des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement celle de savoir si les atteintes à sa santé se traduisent par une diminution de sa capacité de travail, à combien s'élève son degré d'invalidité éventuel et si, cas échéant, elle peut se voir octroyer des mesures d'ordre professionnel. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, 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 (art. 7 LPGA). 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). b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4 et les références). 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 est 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 du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 122 V 160 consid. 1c et les références). L'élément déterminant pour la valeur probante n'est en principe ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation, sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 122 V 160 consid. 1c; Omlin, Die Invaliditätsbemessung in der obligatorischen

Unfallversicherung p. 297ss.; Morger, Unfallmedizinische Begutachtung in der SUVA, in Revue Suisse des assurances sociales [RSAS] 32/1988 p. 332ss.). d) Au sujet 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 (ATFA du 14 avril 2003, en la cause I 39/03, consid. 3.2, ATF 124 I 175 consid. 4 et les références citées; Plaidoyer 6/94 p. 67). Il n'a pas, d'emblée, de raison de mettre en doute la capacité alléguée par son patient, surtout dans une situation d'évaluation difficile. En principe, il fait donc confiance à son patient, ce qui est souhaitable, et ne fait donc pas toujours preuve de l'objectivité nécessaire, guidé qu'il est par le souci, louable en soi, d'être le plus utile possible à son patient. Les constatations du médecin de famille quant à l'appréciation de l'incapacité de travail de l'assuré ont ainsi une valeur probante inférieure à celles des spécialistes (RCC 1988 p. 504). La règle est d'ailleurs qu'il se récuse pour l'expertise de ses propres patients (VSI 2001, 109 consid. 3b/cc; RCC 1988 p. 504 consid. 2). L'expert est dans une position différente puisqu'il n'a pas un mandat de soins, mais un mandat d'expertise en réponse à des questions posées par des tiers. Il tient compte des affirmations du patient. Il doit parfois s'écarter de l'appréciation plus subjective du médecin traitant. e) Quant aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs, le juge peut leur accorder pleine valeur probante aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee). La recourante fait grief à l'intimé de n'avoir pas suffisamment pris en considération ses troubles mictionnels et d'avoir par ailleurs nié l'existence d'une atteinte psychique invalidante en se basant sur le rapport bidisciplinaire du SMR du 12 novembre 2007. Sur le plan somatique, le SMR a retenu l'existence de problèmes lombaires, dont ils ont relevé qu'ils étaient encore accentués par la problématique du genou, et admis à ce titre un nombre important de limitations fonctionnelles. Sur ce point, leurs conclusions ne sont pas contestées. S'agissant plus particulièrement des problèmes urinaires de l'assurée, les médecins du SMR les ont jugés non invalidants. Des explications du Dr T \_\_\_\_\_, il ressort qu'effectivement, l'assurée doit fréquemment vider sa vessie - jusqu'à vingt fois par jour (ce qui correspond à la fréquence d'une à deux fois par heure alléguée par le Dr S \_\_\_\_\_) et cinq fois par nuit. Il conviendra dès lors de retenir au nombre des limitations fonctionnelles, la possibilité de pouvoir se rendre aux toilettes fréquemment. Quant à la fatigabilité accrue alléguée par certains des médecins, elle est difficilement traduisible en termes de diminution de capacité de travail. Sans doute faudra-t-il également éviter les activités impliquant une grande concentration, mais pour le reste, il n'y a pas de motifs suffisants pour s'écarter de l'appréciation du SMR sur le plan somatique. Sur le plan psychique, le SMR a écarté le diagnostic de trouble dépressif récurrent épisode moyen posé par le Dr M \_\_\_\_\_ au motif qu'il n'y avait eu qu'un seul et même épisode, ce qui est corroboré par les documents médicaux versés au dossier. Il a

également écarté le diagnostic d'épisode dépressif pour ne retenir qu'une simple dysthymie, au motif que le diagnostic d'épisode dépressif requiert la présence d'au moins deux de trois symptômes typiques, qui n'ont pu être objectivés. Il y a lieu de rappeler, qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat de soins et un mandat d'expertise (cf. arrêt du Tribunal fédéral du 5 janvier 2003, I 701/05, consid. 2 et les références, en particulier l'ATF 124 I 170 consid. 4), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire : il n'en va autrement que si lesdits médecins traitants font état d'éléments objectifs ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de cette dernière. Tel n'est pas le cas en l'espèce. Certes, tant le Dr M \_\_\_\_\_ que le Dr Q \_\_\_\_\_ ont retenu le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode moyen. Le Dr M \_\_\_\_\_ a cependant admis que l'état de sa patiente avait fluctué dans le temps à tel point que son état s'était parfois amélioré au point que les critères pour conclure à un état dépressif majeur n'étaient plus présents. Il a également évoqué une rechute en août 2006, mais dont on ignore combien de temps elle a duré exactement. Le fait est qu'en novembre 2007, lorsque les médecins du SMR se sont exprimés, il n'était donc pas exclu que l'état de l'assurée se soit à nouveau amélioré. Quant au Dr Q \_\_\_\_\_, s'il a émis l'avis que la capacité de travail de la recourante est entamée en ce sens que sa personnalité provoque des troubles relationnels (des crises de colère peuvent ainsi intervenir à la moindre contrainte) et formulé des doutes quant à la capacité de sa patiente à disposer des ressources lui permettant d'assumer un travail régulier et de répondre aux exigences d'un employeur, même dans une profession qui impliquerait moins de contacts, il n'a toutefois pu conclure catégoriquement à une diminution de la capacité de travail et n'a en tout cas pu évaluer cette dernière. Quant au diagnostic de personnalité borderline, force est de constater qu'il est présent chez la recourante depuis l'adolescence et qu'il ne l'a pas empêchée de travailler par le passé, malgré l'instabilité alléguée. On retiendra donc que, sur le plan somatique, la recourante conserve une capacité de travail entière dans une activité adaptée telle que décrite par ses médecins et le SMR, étant précisé au surplus que cette activité doit lui permettre de s'absenter régulièrement pour se rendre aux toilettes et ne pas requérir une concentration importante. Dans la mesure où l'intimé a procédé à une comparaison des gains en retenant à titre de revenu d'invalidé le salaire mensuel brut (valeur centrale) pour des postes de travail qui ne requièrent pas de qualifications professionnelles particulières, on peut admettre, que la plupart de ces emplois sont, abstraction faite des limitations éprouvées par la recourante, conformes aux aptitudes de celle-ci. Au regard du large éventail d'activités simples et répétitives que recouvrent les secteurs de la production et des services, on doit convenir qu'un nombre significatif de ces activités sont légères et répondent à la description donnée supra. Le salaire statistique qui a été pris en considération est donc représentatif de ce que pourrait gagner la recourante, compte tenu d'un marché équilibré du travail (au sens de l'art. 28 al. 2 aLAI ou 16 LPG), en mettant à profit sa pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Eu égard aux considérations qui précèdent, le recours est rejeté, étant précisé que si l'état de la recourante devait à nouveau s'aggraver, il lui sera loisible de déposer une nouvelle demande de prestations auprès de l'OCAI. La recourante, qui succombe, plaide au bénéfice de l'assistance juridique. Dans ces circonstances, il est renoncé à la perception d'un émolument pour les frais de justice (art. 6 let. a du règlement sur l'assistance juridique du 13 mars 1996 ; art. 69 al. 1bis LAI). PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant

A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : Le rejette. Renonce à la perception de l'émolument. 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 Karine STECK Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le

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