

GE_GERICHTE A/710/2008 vom 5. November 2008

GE Cour de justice, 2008-11-05, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_710_2008

FR: GE_GERICHTE A/710/2008 du 5 novembre 2008

IT: GE_GERICHTE A/710/2008 del 5 novembre 2008

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 05.11.2008
A/710/2008

A/710/2008 ATAS/1239/2008 du 05.11.2008 (AI) , PARTIELMNT ADMIS En fait En droit RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/710/2008 ATAS/1239/2008 ARRET DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES Chambre 4 du 5 novembre 2008 En la cause Madame L _____, domiciliée à CHENE-BOURG, comparant avec élection de domicile en l'Etude de Maître Karin BAERTSCHI recourante contre OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue de Lyon 97, GENEVE intimé EN FAIT Madame L _____, née en 1958, mariée, a travaillé en dernier lieu comme gouvernante à raison de 20 heures par semaine dans une famille du 1 er octobre 2002 à mi-septembre 2005. L'intéressée est en incapacité de travail à 100 % depuis le 16 septembre 2005. Le 20 septembre 2006, l'intéressée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OCAI) visant à un reclassement dans une nouvelle profession, ainsi qu'à l'octroi d'une rente. Dans un rapport établi en date du 2 octobre 2006 à l'attention de l'OCAI, la Dresse A _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a diagnostiqué une dépression majeure récurrente d'intensité moyenne pour l'épisode actuel, existant depuis 1978. L'incapacité de travail est de 100 % dès le 16 septembre 2005 à ce jour, dans l'activité de gouvernante. Le médecin indique que depuis le jeune âge adulte, la patiente présente des dépressions récurrentes où se dégage un caractère saisonnier, à savoir au printemps et en automne. En annexe au rapport médical, la Dresse A _____ indique que la patiente a cessé son travail en septembre 2005, mais l'absence prolongée a induit son licenciement. L'efficacité est à 50 % au maximum. Au début novembre 2005, elle avait proposé une reprise de travail à 50 %, mais l'employeur n'a pas accepté une reprise partielle. La patiente doit éviter les mouvements des membres ou du dos occasionnels répétitifs, les horaires de travail irréguliers, ainsi que la poussière et le pollen. Questionnée par le Service médical de l'AI (SMR), la Dresse A _____ a répondu en date du 17 mars 2007 que les consultations ont lieu bimensuellement, que les traitements successifs jusqu'à mi-novembre 2006 sont restés sans effet positif notable ou durable mais ont engendré des effets secondaires massifs, motivant une fenêtre thérapeutique. S'agissant du diagnostic, il n'y a pas de critère en faveur d'un trouble bipolaire, mais tous les critères pour une dépression majeure récurrente, de caractère saisonnier, résistante aux divers traitements dans les périodes critiques. Concernant la capacité de travail, elle indique que le rapport d'octobre a été établi juste avant une nouvelle rechute de caractère saisonnier. Comme elle connaît la patiente depuis le 18 octobre 2006, il lui manque un élément essentiel pour poser ce diagnostic. A présent, compte tenu du dernier entretien, l'état de santé permettrait à nouveau une reprise à temps partiel, mais l'année dernière à la même époque (entretien du 21 mars 2006), elle avait présenté une rechute.

Ceci reste donc à évaluer la prochaine fois afin de vérifier le caractère saisonnier bisannuel. D'autre part, dans des périodes d'aboulie et d'asthénie marquées, la patiente bénéficie de l'aide de son époux, qui s'occupe de la logistique et de la confection des repas. Dans un rapport du 9 mai 2007, la Dresse A _____ indique que la reprise du travail, même à 50 %, est actuellement impossible, la patiente ayant présenté une rechute printanière, ce qui confirme le diagnostic de dépression majeure récurrente à caractère saisonnier, avec récurrence automne et printemps. Le tableau clinique actuel correspond à une asthénie majeure à prédominance matinale, avec légère amélioration en fin de journée, aboulie, anhédonie. Le sommeil est perturbé avec trouble du maintien, elle présente des paresthésies de tout le corps relevant possiblement du traitement stabilisateur de l'humeur. L'amélioration la plus favorable concerne l'anxiété. La compliance est certainement optimale, bien que non étayée par le dosage de l'antidépresseur qui ne peut être effectué. Elle présente une mydriase, une paresthésie de tous les segments et du rachis due aux médicaments. Il est désormais démontré qu'il s'agit d'une métabolisatrice lente, ce qui explique les effets plutôt néfastes de tous les traitements introduits jusqu'à présent. Une reprise de travail à 50 % pourrait être envisagée si l'état thymique se stabilise. En vue de ce but, un traitement de Topamax a été initié. L'OCAI a ordonné une expertise psychiatrique et a mandaté le Dr B _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, à cet effet. Dans son rapport du 23 juillet 2007, il a relevé au status psychiatrique l'absence de ralentissement moteur, vocal, ainsi que de véritables tristesses perceptibles, mais plutôt un ton plaintif et larmoyant. Il n'y a pas d'évidence objective de troubles cognitifs en cours d'examen, ni de manifestations d'ordre psychotique. L'expert relève que depuis septembre 2005, l'assurée est au bénéfice d'un arrêt de travail complet ininterrompu, prescrit d'abord par le médecin-traitant généraliste, qui a parlé de psychose maniaco-dépressive, puis par le psychiatre-traitant, qui indiquait un trouble dépressif récurrent à caractère saisonnier. Le présent examen met en évidence un syndrome dépressif modéré, caractérisé par l'importance des éléments subjectifs et la rareté des signes objectifs. L'attitude de l'expertisée en cours d'examen suggère un comportement de type dépendant et passif-agressif. Selon l'expert, le diagnostic de trouble dépressif récurrent à caractère saisonnier ne lui paraît pas solidement étayé en l'état, d'une part parce que l'anamnèse recueillie auprès de l'expertisée lors du présent examen ne met pas clairement en évidence une apparition récurrente d'un syndrome dépressif à la fin de l'automne et s'amendant à la fin de l'hiver. Le début des troubles remonte au mois de septembre 2005, ce qui est un peu tôt pour une vraie dépression saisonnière. De plus, l'expertisée affirme n'être jamais vraiment sortie de ce qu'elle appelle "sa dépression", depuis le début des troubles. L'expert a retenu un diagnostic de syndrome dépressif modéré, caractérisé par la prédominance des éléments subjectifs sur les éléments objectifs et par la chronicité. Si l'on se base sur les données de l'expertisée, c'est le diagnostic de dysthymie qui correspond le mieux au tableau clinique, même si le critère de la durée des troubles n'est pas tout à fait atteint : l'état subdépressif doit durer deux ans au moins selon le DSM-IV, des années selon la CIM 10. Il est probable, selon les données de la Dresse A _____, qu'à certains moments, l'intensité du syndrome dépressif ait atteint le degré d'un véritable épisode dépressif moyen au sens de la CIM-10, ce qui implique le diagnostic de trouble dépressif récurrent. Actuellement, celui-ci est en rémission. Demeurent les syndromes subdépressifs de la dysthymie. Quant au comportement passif-agressif perçu lors du présent examen, il pourrait induire un trait de personnalité pathologique. Cela serait compatible avec la dysthymie, dont le côté caractérologique le rapprochant des troubles de la personnalité a été relevé de longue

date. Toutefois, seule une observation prolongée permettrait d'étayer le diagnostic de trouble de la personnalité qui reste à définir. Il n'y a pas d'indice clinique franc dans l'histoire de l'expertisée plaidant en faveur d'un véritable trouble de la personnalité. En définitive, il retient comme diagnostic le plus probable celui de dysthymie F 34.1 et de trouble dépressif récurrent en rémission F 33.4. S'agissant de la répercussion des affections sur la capacité de travail, l'expert indique qu'actuellement, les limitations professionnelles liées à l'état thymique tiennent surtout à la fatigabilité chronique subjective. Celle-ci ne lui paraît pas entraîner une diminution de la capacité de travail supérieure à 25 %, s'agissant de la dysthymie. Pour ce qui est du trouble dépressif récurrent, il n'a jamais atteint un caractère sévère et il est actuellement en rémission. Il n'entraîne donc pas pour le moment d'incapacité durable. La situation devrait être réévaluée si l'expertisée devait présenter à l'avenir des épisodes dépressifs résistants et atteignant le degré sévère, ce qui ne semble jamais avoir été le cas jusqu'à maintenant. Quant au pronostic, l'expert indique que l'état clinique devra être suivi attentivement pour repérer une éventuelle évolution permettant de clarifier le diagnostic. A son avis, le traitement médicamenteux devrait être simplifié et stabilisé, c'est-à-dire limité à la prescription d'un antidépresseur contrôlé par monitoring thérapeutique, tout en sachant que la dysthymie réagit mal aux antidépresseurs. En cas d'aggravation de l'état thymique, le recours à une structure intermédiaire pourrait être utile pour aider à préciser le diagnostic et mieux cibler le traitement. Les troubles sont présents depuis septembre 2005, il se peut que la dysthymie ait débuté auparavant. La capacité résiduelle de travail est de 75 % dans l'activité habituelle, sans diminution de rendement. L'assurée est capable de s'adapter à son environnement professionnel. Le 9 octobre 2007, le SMR a demandé à l'expert de préciser si la capacité de travail de 75 % est évaluée par rapport à un plein temps et dans le ménage. Par courrier du 12 octobre 2007, l'expert a répondu que son évaluation l'était par rapport à un plein temps, y compris dans le ménage. Le 23 novembre 2007, l'OCAI a notifié à l'assurée un projet de décision de refus de rente. L'assurée s'y est opposée le 9 janvier 2008, relevant que l'OCAI ne tenait nullement compte de l'avis médical du Dr C _____, ni de la décision d'inaptitude au placement de l'Office cantonal de l'emploi, et a produit un rapport du Dr C _____ du 20 décembre 2007. Le médecin indique que l'assurée présente un trouble bipolaire et suggère une contre-expertise psychiatrique à confier à un spécialiste de ce trouble. La Dresse A _____ a établi un nouveau rapport le 13 janvier 2008, confirmant le diagnostic de dépression majeure récurrente évoluant d'un seul tenant avec des aggravations saisonnières, résistant aux divers traitements chez une métabolisatrice lente. Elle indique qu'après une réponse favorable au traitement de Cipralex, une reprise de travail à 50 % avait été proposée le 2 novembre 2005, ce que l'employeur a refusé. Compte tenu d'une dégradation persistante, une modification du traitement a été instaurée au début janvier 2006, puis en mars 2006. Après une amélioration transitoire, une nouvelle thymie fortement dépressive est apparue en novembre 2006. Par décision du 4 février 2008, l'OCAI a refusé l'octroi d'une rente à l'assurée, au motif que le degré d'invalidité de 25 % était insuffisant pour ouvrir un tel droit. L'OCAI se fonde sur l'expertise psychiatrique réalisée par le Dr B _____ et indique que la psychose maniaco-dépressive retenue par le médecin traitant n'a pas été confirmée par l'expert, ni par la psychiatre traitant. L'assurée, par l'intermédiaire de sa mandataire, interjette recours en date du 4 mars 2008. Elle conteste la décision de l'intimé, relevant que l'expertise contient des imprécisions quant au diagnostic même, que l'expert a en effet souligné les difficultés de l'évaluation, qu'il ne sait pas quoi penser du trouble affectif saisonnier et que seule une observation prolongée permettrait

d'étayer le trouble de la personnalité. Ce rapport ne peut avoir une valeur probante satisfaisante et répondre aux réquisits imposés par la jurisprudence. Elle conclut à l'annulation de la décision litigieuse, à la mise sur pied d'une expertise psychiatrique par un spécialiste en troubles bipolaires et sur le fond à l'octroi d'une rente entière d'invalidité. Dans sa réponse du 15 avril 2008, l'OCAI conclut au rejet du recours, considérant que l'expertise psychiatrique a pleine valeur probante, que les diagnostics posés sont clairs, les conclusions motivées et exemptes de contradiction. Cette écriture a été communiquée à la recourante en date du 18 avril 2008. Sur quoi, la cause a été gardée à juger. 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'article 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 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. Interjeté dans les forme et délai prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA). Le litige consiste à déterminer si la recourante présente une atteinte à la santé dans une mesure ouvrant droit à des prestations de l'assurance-invalidité. Selon l'art. 4 LAI, l'invalidité (art. 8 LPGA) peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. Aux termes de l'art. 8 al. 1 et 3 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Les assurés majeurs qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique ou mentale et dont il ne peut être exigé qu'ils en exercent une sont réputés invalides si l'atteinte les empêche d'accomplir leurs travaux habituels. 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 être raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte de sa santé physique ou mentale. 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 le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). 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; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1bis LAI, prétendre à une demi-rente s'il est invalide à 40 % au moins. L'entrée en vigueur, le 1er janvier 2004, 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 LPGa ou de la 4^{ème} révision de la LAI (ATF 130 V 348 consid. 3.4; ATFA non publiés du 17 mai 2005, I 7/05, consid. 2, du 6 septembre 2004, I 249/04, consid. 4). La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. La jurisprudence a donc précisé les tâches du médecin, par exemple lors de l'évaluation de l'invalidité ou de l'atteinte à l'intégrité, ou lors de l'examen du lien de causalité naturelle entre l'événement accidentel et la survenance du dommage (ATF 122 V 158 consid. 1b et les références; SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, in : Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHÜPBACH - Bâle, 2000, p. 268). Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office de l'assurance-invalidité, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'AI (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b; BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). Lors de l'évaluation de l'invalidité, la tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'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) En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références). En l'espèce, la recourante présente selon le médecin traitant une psychose maniaco-dépressive, entraînant une incapacité de travail de 100 % depuis le 15 septembre 2005. La Dresse A _____, psychiatre, chez qui la recourante est en traitement depuis le 18 octobre 2005, a diagnostiqué une dépression majeure récurrente d'intensité moyenne pour l'épisode actuel, à caractère saisonnier. Elle avait proposé une reprise de travail à 50 % au début novembre 2005, ce que l'employeur a refusé. Une amélioration notable était survenue en été 2006, suivie d'une nouvelle décompensation au début du mois de septembre. Dans le questionnaire complémentaire pour les troubles

psychiques du 2 octobre 2006, la Dresse A _____ a indiqué que les troubles entraînaient une perte de la capacité de travail de 50 % actuellement, mais qui restait à prouver par l'essai de réinsertion. Le 17 mars 2007, la psychiatre a indiqué qu'il n'y avait pas de critères en faveur d'un trouble bipolaire, mais tous les critères pour une dépression majeure récurrente, de caractère saisonnier, résistant aux divers traitements dans les périodes critiques. Le 9 mai 2007, la Dresse A _____ a informé l'intimé qu'une reprise même à 50 % était actuellement impossible, au vu de la rechute. Une reprise de travail à 50 % pourrait être envisagée si l'état thymique se stabilise. Dans son rapport d'expertise du 23 juillet 2007, le Dr B _____ a retenu comme diagnostic le plus probable celui de dysthymie et de trouble dépressif récurrent en rémission. Le comportement "passif-agressif" perçu lors du présent examen pourrait traduire un trait de personnalité pathologique. L'expert explique que cela serait compatible avec la dysthymie, dont le côté "caractérologique" le rapprochant des troubles de la personnalité a été relevé de longue date. Toutefois, seule une observation prolongée permettrait d'étayer le diagnostic de trouble de la personnalité, qui reste à définir. L'expert relève qu'hormis l'instabilité thymique et l'histoire de ruptures à répétition dans la vie professionnelle (et familiale), il n'y a pas d'indices cliniques francs dans l'histoire de l'expertisée plaidant en faveur d'un véritable trouble de la personnalité. Dans la discussion du cas, l'expert mentionne que le tableau clinique est difficile à évaluer, car les données sont diverses et parfois contradictoires, selon leur source. L'expertisée se dit toujours très déprimée actuellement, alors qu'objectivement il n'y a pratiquement pas de signes objectifs de dépression (pas de ralentissement, beaucoup d'énergie pour se plaindre des autres, pas d'auto-dépréciation) et que la psychiatre traitante reconnaît une amélioration thymique actuelle (période intercritique). S'agissant de la métabolisation lente mentionnée par la psychiatre traitante, l'expert souligne qu'aucun dosage du taux plasmatique des médicaments n'a été effectué, de sorte qu'on n'a pas pu mettre en évidence une corrélation entre des dosages prescrits bas et des taux plasmatiques élevés. Cependant, même s'il devait être avéré que l'expertisée est une "métabolisatrice lente", par monitoring thérapeutique, cela ne devrait pas empêcher un traitement et une réponse thérapeutique, avec des prescriptions adaptées. Pour l'expert, le diagnostic de trouble dépressif récurrent à caractère saisonnier ne lui paraît pas solidement étayé pour être retenu pour le moment, au vu de l'anamnèse recueillie auprès de l'assurée, qui met en avance une instabilité professionnelle et une intolérance aux contrariétés dans ses interactions avec les autres. Par ailleurs, le traitement de choix du trouble affectif saisonnier "classique" (fin de l'automne-hiver), la luminothérapie, n'a pas été appliqué chez l'expertisée. L'expert précise qu'il n'a pas trouvé dans la littérature la mention d'un syndrome dépressif saisonnier du printemps, ni d'une association dépression saisonnière de l'automne plus dépression saisonnière du printemps. S'agissant de la capacité de travail, les limitations professionnelles liées à l'état thymique tiennent surtout à la fatigabilité chronique subjective qui n'entraîne pas de diminution supérieure à 25 % dans l'activité habituelle, depuis le 15 septembre 2005. S'agissant du trouble dépressif récurrent, il n'a jamais eu un caractère sévère et est actuellement en rémission. Il n'entraîne donc pas, pour le moment, d'incapacité durable. L'expert indique cependant que la situation devrait être réévaluée si l'expertisée devait présenter à l'avenir des épisodes dépressifs résistants et atteignant le degré sévère. Quant au pronostic, l'expert indique que l'état clinique devra être suivi attentivement pour repérer une éventuelle évolution permettant de clarifier le diagnostic. Le traitement devrait être simplifié et stabilisé. En cas d'aggravation de l'état thymique, le recours à une structure intermédiaire pourrait être utile pour aider à préciser le diagnostic et mieux cibler le

traitement. La recourante considère qu'au vu de l'incertitude quant au diagnostic, le rapport d'expertise ne saurait se voir conférer pleine valeur probante au sens de la jurisprudence. Le Tribunal de céans constate en premier lieu qu'un trouble de la personnalité n'a, en l'état, pas été mis en évidence par les spécialistes en psychiatrie. En revanche, ces derniers divergent quant au diagnostic de thymie ou de trouble dépressif récurrent à caractère saisonnier, ainsi que sur les conséquences de ce diagnostic sur la capacité de travail de la recourante. A cet égard, l'expert a clairement expliqué pour quelles raisons il considérait que le trouble dépressif récurrent n'était pas suffisamment étayé en l'état. Il a toutefois noté une incertitude quant au diagnostic et a également clairement indiqué que l'état clinique devait être suivi attentivement pour repérer une éventuelle évolution permettant de clarifier le diagnostic. Or, la recourante a communiqué à l'intimé, avant la décision litigieuse, un rapport détaillé établi par la Dresse A_____ en date du 13 janvier 2008, dans lequel elle décrit l'évolution de son état de santé, les traitements entrepris et retient le diagnostic d'épisode dépressif majeur évoluant d'un seul tenant avec des aggravations saisonnières, résistant aux divers traitements. L'intimé n'en apparemment pas tenu compte, sans en préciser les motifs. Il s'agit-là cependant d'éléments qui auraient dû conduire l'intimé à effectuer une instruction complémentaire, dans le sens proposé par l'expert, afin de déterminer si le diagnostic pouvait être clarifié. En l'état actuel du dossier, le Tribunal de céans ne saurait tirer des conclusions définitives sur l'état de santé de la recourante et ses répercussions sur la capacité de travail. La cause sera en conséquence renvoyée à l'intimé afin qu'il procède à des investigations complémentaires dans le sens proposé par l'expert psychiatre. Le recours est ainsi partiellement admis. La recourante a droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens que le Tribunal fixe en l'espèce à 1'000 fr. (art. 61 let. g LPGa). L'émolument, fixé à 500 fr, est mis à la charge de l'intimé, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI). **PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES** : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : L'admet partiellement et annule la décision de l'OCAI du 4 février 2008. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision. Condamne l'intimé à payer à la recourante une indemnité de 1'000 fr. à titre de participation à ses frais et dépens. Met un émolument de 500 fr. à la charge de l'intimé. 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 Isabelle CASTILLO La présidente Juliana BALDE 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.