

GE_GERICHTE ATAS/109/2011 vom 1. Februar 2011

GE Cour de justice, 2011-02-01, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_109_2011

FR: GE_GERICHTE ATAS/109/2011 du 1 février 2011

IT: GE_GERICHTE ATAS/109/2011 del 1 febbraio 2011

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, 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; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20). Dès le 1er janvier 2011, cette compétence revient à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 9 octobre 2009). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

Interjeté dans les formes et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA).

E. 3

Le litige porte sur le droit de l'assurée à une rente d'invalidité, et singulièrement sur son incapacité de travail du mois de février 2005 au mois d'avril 2008.

E. 4

Selon l'art. 28 al. 1er LAI dans sa teneur en vigueur du 1er janvier 2004 au 31 décembre 2007 (art. 28 al. 2 LAI dans sa teneur dès le 1er janvier 2008), l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% 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. Selon l'art. 29 al. 1 let b LAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, 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 a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable.

A/2156/2008 - 19/24 -

E. 5

Aux termes de l'art. 8 al. 1er LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1er LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. 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 ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1er LPGA). Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de

l'art. 4 al. 1er LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. 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 (ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références ; cf. aussi ATF 127 V 294 consid. 4c in fine).

E. 6

a) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. 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 qu'enfin, 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 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c et les références ; ATF non publié du 23 juin 2008, 9C_773/2007, consid. 2.1). b) 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 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

A/2156/2008 - 20/24 -

E. 7

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).

E. 8

Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF

121 V 366 consid. 1b et les références). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités ; ATFA du 6 mai 2008, 8C_441/2007 consid. 4.2 et du 18 juillet 2005, I 321/04, consid. 5).

E. 9

En l'espèce, il sied de constater que l'expertise du Dr Q_____ datée du 6 avril 2010, complétée par un rapport du 28 octobre 2010, et mise en œuvre par la Cour de céans, présente pleine valeur probante au sens de la jurisprudence. En effet, le Dr Q_____ a établi son rapport d'expertise de manière neutre, après trois entretiens personnels avec l'assurée, entretien téléphonique avec le Dr D_____ et prise de connaissance des rapports neurologiques et neuropsychologiques des mois de février et de mars 2010 et de la lettre de sortie du dernier séjour de l'assurée à la clinique la Métairie du 11 au 21 janvier 2010. L'expert s'est également basé sur le dossier médical de l'assurée, sur une anamnèse familiale, personnelle, professionnelle et psychiatrique extrêmement complète et a tenu compte des plaintes exprimées par l'assurée. Les atteintes de cette dernière ont également clairement été exposées et les diagnostics psychiatriques et neurologiques précisément posés. On comprend d'une part, que les troubles psychiatriques, et en particulier le trouble dépressif récurrent, ont engendré une totale incapacité de travail du mois de mai 2005 à la fin de l'année 2006 et à nouveau depuis le début de l'année 2008, et ce en raison notamment de la sévérité des troubles et des multiples hospitalisations qu'ils ont nécessité. D'autre part, le rapport de l'expert permet également de saisir la gravité des troubles neurologiques et neuropsychologiques et leur répercussion sur l'état dépressif de l'assurée. Ces atteintes neurologiques et neuropsychologiques ont été mises en exergue dans le courant du mois de juin 2009 pour la première fois, moment à partir duquel l'expert a considéré qu'elles entraînaient une totale incapacité de travail de manière durable.

A/2156/2008 - 21/24 - Par ailleurs, le Dr Q_____ a admis qu'il lui était difficile de s'exprimer sur l'incapacité de travail de l'assurée durant l'année 2007, tout en déclarant qu'elle « pourrait » être théoriquement considérée comme partielle, dans la mesure où l'état dépressif était en rémission. Partant, au vu de ce qui précède, la Cour de céans est d'avis que les conclusions du rapport du Dr Q_____ sont motivées et convaincantes.

E. 10

Cependant, bien que l'intimé ne remette pas en cause explicitement la valeur probante de l'expertise du Dr Q_____, il ne reconnaît à l'assurée une totale incapacité de travail que dès le mois d'avril 2008. Pour ce faire, il se base sur le rapport d'expertise du Dr H_____ du 4 janvier 2008 et sur le fait qu'aucun rapport de médecin ne se trouve au dossier entre le 4 janvier et le 8 avril 2008, date à laquelle le Dr D_____ a établi un certificat médical, attestant de la totale incapacité de travail de l'assurée. Il sied de constater, contrairement à la déclaration de la Dresse J_____ du 27 mai 2010, que le Dr Q_____ a pris en considération le rapport d'expertise du Dr H_____ et qu'il s'est expressément prononcé sur celui-ci. Le Dr Q_____ a notamment admis qu'au début du mois de janvier 2008, l'état de santé de l'assurée était certes moins limpide qu'actuellement, dans la mesure où le Dr H_____ avait examiné l'assurée dans une période d'accalmie symptomatique et que les troubles cognitifs n'avaient pas encore été mis en évidence, toutefois, il a expliqué de manière convaincante que le Dr H_____

n'avait pas suffisamment tenu compte des nombreuses hospitalisations de l'assurée, lesquelles témoignaient de la fragilité de son état de santé et de l'absence de véritable rémission. Il a ainsi estimé qu'il ne pouvait pas être conclu que les incapacités de travail de l'assurée avaient été brèves, comme l'avait fait le Dr H_____. La Cour de céans considère tout d'abord qu'au vu des nombreuses hospitalisations de l'assurée durant les années 2005 et 2006 et de la gravité de ses troubles psychiatriques maintes fois constatée tant par les médecins de la Métairie, le Dr D_____ que par le Dr Q_____, le rapport du Dr H_____ ne saurait remettre en cause la valeur probante du rapport d'expertise du Dr Q_____. La capacité de travail de l'assurée doit ainsi être considérée comme nulle du mois de mai 2005 à la fin de l'année 2006. Il sera précisé que le mois de mai 2005 est retenu comme début de l'incapacité de travail, d'une part, car c'est durant ce mois-là que l'assurée a été hospitalisée pour la première fois, et d'autre part, car le Dr D_____ a indiqué, dans son rapport du 13 mars 2006, que cette hospitalisation avait été rendue nécessaire en raison du développement d'un état dépressif suite à l'arrêt de son traitement antidépresseur au printemps 2005, sans plus de précision.

A/2156/2008 - 22/24 - En outre, le Dr Q_____ a déterminé, en se fondant sur le dossier de l'assurée, que son état de santé psychique s'était aggravé depuis le début de l'année 2008, péjoration qui avait notamment conduit à une série d'hospitalisations, qui ont débuté le 28 mai 2008. La conclusion du Dr Q_____ est confirmée par le rapport du Dr D_____ du 8 avril 2008, lequel avait expliqué que l'assurée avait développé de fortes angoisses à la fin du mois de janvier 2008, qui avaient entraîné une grande difficulté d'adaptation, et qu'elle avait vécu une période de décompensation de deux à trois semaines durant les mois de janvier et février 2008. Ces éléments concordants permettent de conclure que l'assurée était effectivement en totale incapacité de travail dès le mois de janvier 2008, et non uniquement dès le 8 avril 2008, comme soutenu par l'OAI. Il s'agit ainsi d'un état de fait intervenu avant la décision litigieuse, dont la Cour de céans doit tenir compte. Partant, au vu de la pleine valeur probante du rapport d'expertise du Dr Q_____, il sera retenu que l'assurée présentait une totale incapacité de travail du mois de mai 2005 au 31 décembre 2006 et dès le mois de janvier 2008, en raison de troubles psychiatriques, neurologiques et neuropsychiatriques.

E. 11

Il convient encore de déterminer quelle était la capacité de travail de l'assurée durant l'année 2007. Le Dr Q_____ a indiqué qu'il lui était difficile de se prononcer sur cette question, mais que l'état dépressif était « certainement » en rémission et que les troubles neurologiques de l'assurée ne s'étaient pas encore manifestés de manière patente, de sorte que « théoriquement » une capacité de travail au moins partielle « pourrait » être retenue durant l'année 2007. Il apparaît ainsi qu'il n'est pas possible de se fonder sur son rapport pour établir précisément les activités que l'assurée pouvait effectuer durant cette année-là. Il ressort du dossier que le Dr D_____ a constaté, durant le mois de février 2007, que l'état de santé de l'assurée était resté stationnaire depuis le mois de mars 2006, que sa capacité de travail était nulle de manière définitive et qu'elle présentait notamment un ralentissement psychomoteur, des troubles de la mémoire et de la concentration, une asthénie ou encore une anticipation anxieuse. Durant le mois de septembre 2007, le Dr D_____ a réitéré sa position en ce qui concernait notamment ses constatations objectives et l'incapacité totale de travail de l'assurée et a précisément détaillé l'évolution de son état depuis l'année 2006. Il a notamment expliqué que l'asthénie avait toujours

persisté, que l'assurée avait pris 20 kilogrammes au début de l'année 2007 en raison d'un traitement neuroleptique, qu'elle était devenue de moins en moins active durant l'année 2007, restant une grande partie de sa journée au lit et sortant de moins en moins et qu'il l'avait également trouvée ralentie. Le Dr D _____ n'est du reste pas le seul médecin à avoir décelé des troubles psychiatriques durant cette période. Le Dr

A/2156/2008 - 23/24 - F _____, rhumatologue, a également insisté, dans son courrier du 20 février 2007, sur le fait que l'assurée présentait d'importantes troubles psychologiques. Il est vrai qu'il y a lieu de tenir compte du fait que le Dr D _____ est le psychiatre traitant de l'assurée, lequel peut, d'après la jurisprudence, en cas de doutes prendre parti pour sa patiente, cependant, il doit être remarqué d'une part, que son rapport du 6 septembre 2007 est détaillé et bien motivé et, d'autre part, que ses constatations ont pu être confirmées par la suite en très grande partie par le Dr Q _____. Le Dr D _____ avait en effet déjà retenu, durant l'année 2007, que l'assurée présentait un ralentissement psychomoteur, des troubles de la mémoire et de la concentration et qu'elle était ralentie, ce qui préfigure très clairement le contenu du rapport du Dr Q _____. Ainsi, dans la mesure où le Dr D _____ est le seul médecin psychiatre à avoir rencontré l'assurée durant l'année 2007 et qu'on comprend les raisons qui l'ont amené à retenir une capacité de travail nulle durant cette période, il y a lieu de conclure, au degré de la vraisemblance prépondérante requis par la jurisprudence, que l'assurée était également entièrement incapable de travailler durant cette année-là.

E. 12

En résumé, l'assurée présente une totale incapacité de travail dès le mois de mai 2005 dans toute activité lucrative. Dans un tel cas, le degré d'invalidité se confondant avec celui de l'incapacité de travail (Arrêt du Tribunal fédéral I 43/05 du 30 juin 2006, consid. 5.2), l'assurée a droit à une rente entière d'invalidité, et ce dès le 1er mai 2006 (art. 29 al. 1 let. b LAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007).

E. 13

Le recours doit dès lors être en très grande partie admis et la décision de l'OAI du

E. 14

Pour le surplus, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI étant soumise à des frais (art. 69 al. 1bis LAI), leur montant est fixé à 200 francs. Une indemnité de procédure de 3'000 fr. est allouée à l'assurée au titre de dépens (art. 61 let. g LPGA).

A/2156/2008 - 24/24 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

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