

GE_GERICHTE ATAS/140/2018 vom 20. Februar 2018

GE Cour de justice, 2018-02-20, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_140_2018

FR: GE_GERICHTE ATAS/140/2018 du 20 février 2018

IT: GE_GERICHTE ATAS/140/2018 del 20 febbraio 2018

Erwägungen

E. 22

Invité à se déterminer, le médecin du SMR a, dans son avis du 3 février 2017, commenté chacun des diagnostics posés par la Dresse L_____. Il relève que la Dresse L_____ et le Dr H_____ notent tous deux les bonnes capacités d'adaptabilité et de résilience de l'assurée, lesquelles ont toutefois pu être mises à mal par les épreuves de la vie. Les deux experts s'accordent sur le fait que le trouble de personnalité n'entraîne pas de limitations fonctionnelles, ni d'incapacité de travail. S'agissant du trouble dépressif récurrent en revanche, le médecin du SMR constate que « l'experte n'explique pas ce qui l'amène à retenir un épisode dépressif sévère sur la base des critères de la nomenclature internationale CIM-10. Les symptômes dépressifs retrouvés au status clinique par la Dresse L_____ parlent en faveur d'un trouble dépressif récurrent dont l'épisode est d'intensité légère. On note en effet les trois critères B : une humeur dépressive (baisse de l'élan vital, désespoir) ; un degré nettement anormal tous les jours et durant toute la journée sur une durée dépassant deux semaines ; une diminution marquée de l'intérêt pour les activités habituellement agréables (abandon des hobbies, baisse de la libido), une fatigabilité. On ne retrouve que cinq critères C : une perte de confiance en soi, des idées noires, une diminution de l'aptitude à se concentrer, un ralentissement psychomoteur (langage corporel minimal, mimique facial peu expressive, débit verbal ralenti), et une perturbation du sommeil ». Le médecin du SMR déclare qu'il lui est difficile de comprendre sur quels critères la Dresse L_____ a retenu le diagnostic de phobie sociale, et relève que « on peut faire l'hypothèse que l'experte s'appuie sur l'anamnèse de l'assurée et sur son observation clinique, notant une crainte de l'assurée d'être exposée au regard

A/3109/2014 - 10/19 - d'autrui, qui l'amènerait à porter des lunettes noires durant l'expertise et lors de ses sorties à l'extérieur, l'aurait fait renoncer à chercher son fils à l'école et à se promener au parc la journée. Cependant, l'assurée ne décrit pas de symptômes anxieux qui surviendraient en situation phobogène (au moins 3 critères B de F40.1, c'est-à-dire des symptômes neurovégétatifs, respiratoires, gastro-intestinaux urinaires ou mentaux). Le status psychiatrique établi par l'experte ne note pas non plus de tels symptômes anxieux, le contexte d'une expertise représentant pourtant une situation potentiellement stressante et d'exposition à l'observation attentive d'autrui. L'experte explique que l'assurée enlève parfois ses lunettes sombres durant l'entretien et les remet lorsque le sujet abordé la dérange, ce qui correspond à un « jeu involontaire relationnel » s'inscrivant dans le cadre du trouble de personnalité. Concernant la méfiance de l'assurée envers les transports en commun, mentionnée dans l'expertise du Dr H_____, la Dresse L_____ l'explique par une certaine méfiance des hommes suites aux agressions subies à l'adolescence (en particulier dans un train). Cette méfiance apparaît donc appropriée au vécu traumatique, sans équivalent persécutoire ni phobique. Enfin, il faut noter que le

diagnostic de phobies sociales ne saurait être posé en présence d'un trouble de l'humeur (F30 à F39), qui en constitue un critère d'exclusion, car les symptômes d'évitement social peuvent alors être mis sur le compte du trouble dépressif ». Le médecin du SMR prend note de ce que le trouble lié à l'utilisation d'alcool est en rémission partielle avec une consommation occasionnelle. Selon le médecin du SMR, l'expertise de la Dresse L_____ n'apporte pas d'éléments médicaux objectifs permettant de retenir une aggravation de l'état de santé de l'assurée depuis l'expertise du Dr H_____, au contraire, en réalité, puisque l'épisode dépressif est passé d'un degré de gravité moyen à léger, que le trouble de personnalité et le trouble lié à l'utilisation d'alcool n'entraînent ni limitations fonctionnelles, ni incapacité de travail, et que le diagnostic de trouble anxieux phobique ne peut pas être retenu en l'absence des critères diagnostics nécessaires.

E. 23

Le 6 février 2017, l'OAI a considéré que le rapport d'expertise de la Dresse L_____ devait être écarté, d'une part, au vu des constatations du médecin du SMR, et, d'autre part, pour les motifs suivants : - l'examen auquel a procédé l'experte semble plus se fonder sur les seules plaintes et dires de l'assurée. - l'OAI s'étonne de la brièveté de « l'examen clinique » au vu du nombre d'entretiens qui ont été effectués. - il souligne que l'experte relève un ton monocorde en page 21, alors que, dans la discussion, elle indique que l'assurée passe de l'irritabilité avec menaces à un comportement charmeur, « le tout d'une voix enfantine ».

A/3109/2014 - 11/19 - - il constate enfin que l'experte ne se prononce pas sur le rapport du Dr H_____ et qu'elle relève que l'état s'est aggravé, sans toutefois expliquer en quoi il se serait aggravé. Il considère en conséquence qu'il s'agit d'une appréciation différente d'un même état de fait.

E. 24

Le 9 février 2017, l'assurée a au contraire fait valoir que les conclusions de l'expertise rendaient cohérent le parcours de sa vie, en expliquant les difficultés rencontrées depuis de nombreuses années pour s'insérer dans le milieu du travail. Elle conclut dès lors à l'octroi d'une rente entière d'invalidité à compter du 18 juillet 2011.

E. 25

Le 2 mars 2017, l'OAI a persisté dans ses écritures.

E. 26

Le 8 mars 2017, l'assurée a constaté que l'OAI s'efforçait de comparer l'expertise du Dr H_____ et celle de la Dresse L_____, oubliant ce faisant que la première n'a pas valeur probante (ch. 17 et 18 ordonnance d'expertise du 11 mai 2016).

E. 27

Le 28 mars 2017, l'OAI a répété que l'expertise de la Dresse L_____ n'avait pas, selon lui, de valeur probante.

E. 28

La chambre de céans a ordonné l'audition de la Dresse L_____ le 19 septembre 2017. À cette occasion celle-ci a déclaré que « Je confirme les trois diagnostics : le trouble de la personnalité émotionnellement labile type borderline, le trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, et une phobie sociale. Le premier n'a pas d'effet sur la capacité de travail, mais aggrave le trouble dépressif. Les deux autres impliquent une incapacité de travail

totale. Je confirme que l'état dépressif dont souffre l'assurée est sévère. Les huit symptômes du critère C de la CIM-10 sont bien présents. Je l'ai constaté à l'examen clinique et ai pris contact avec M. K_____, son psychologue, et la Dresse D_____. Selon moi, il y a trouble du sommeil, trouble de la pensée, sentiment de dévalorisation, sa vision est profondément négative et elle a indéniablement des idées noires, mais sans projet suicidaire concret. Il m'est dit que l'OAI s'est étonné de la brièveté de mon examen clinique au vu du nombre d'entretiens que j'ai eus avec l'assurée. Je précise à cet égard que j'aime fracturer les séances afin d'être en mesure de voir l'évolution d'une séance à l'autre et la différence éventuelle du comportement d'une séance à l'autre. J'essaie par ailleurs d'être concise et concrète. Je ne vois pas ce qui manque à mon expertise. Je réponds volontiers si des questions me sont posées. Je considère dès lors que l'assurée ne souffre en aucun cas d'un état dépressif léger. S'agissant de la phobie sociale, j'ai retenu ce diagnostic et le confirme. L'assurée a particulièrement peur du regard des gens. L'idée même qu'ils puissent la regarder l'angoisse. Elle ne va ainsi même plus chercher son cadet à l'école. Elle sort le soir quand il n'y a plus personne, ce qui renforce par exemple ses troubles du sommeil. Elle se cache du regard des autres. En venant aux entretiens, j'ai pu constater qu'elle portait un bonnet et des lunettes noires, qu'elle rasait les murs. Elle vit au sein de sa famille, sa sœur s'occupe de ses enfants. La phobie sociale était déjà

A/3109/2014 - 12/19 - présente lorsqu'elle était plus jeune. Elle buvait alors pour se désinhiber. Cet aspect phobique était présent, mais contenu. Il est apparu avec l'aggravation du trouble personnel de façon plus nette. J'ai vu ce cas chez d'autres patients. La phobie sociale peut s'installer et durer plus longtemps que le trouble dépressif lui-même et devenir l'atteinte principale finalement. Elle a été agressée à l'âge de 17 ans dans un train, mais il n'y a ni reviviscence diurne de cette agression, ni cauchemar nocturne. Ce n'est pas du regard des hommes en particulier dont elle a peur, c'est du regard de tous, y compris des enfants. Son plus jeune enfant ne peut par exemple pas amener de petits camarades à la maison. Elle ne souffre pas non plus d'un trouble paranoïaque, puisqu'elle ne pense pas que les gens lui veulent du mal. Elle n'a pas peur d'une agression. Les gens lui font ressentir comment elle est devenue. Elle interprète à sa façon comment ils la voient (comme un zombie). Elle est consciente qu'elle n'est plus comme avant et que son aspect extérieur est particulier. J'ai eu des doutes s'agissant de son abstinence à l'alcool. Elle élude le sujet. Elle se contente de dire qu'elle boit de temps à autre dans des circonstances particulières. Je n'ai pas réussi à établir ce qu'il en était en réalité. Je résumerais s'agissant du trouble dépressif que les huit critères C sont réalisés, à savoir : - idées noires - perturbation du sommeil - ralentissement psychomoteur - perte de confiance en soi - difficultés pour se concentrer (intérêt de fractionner les entretiens pour ne pas allonger leur durée ; l'assurée présentait des signes de grande fatigue après 45 minutes environ) - sentiment de culpabilité (c'est peut-être le critère le moins évident, dans la mesure où l'assurée présente une sorte d'ambivalence due précisément au trouble de la personnalité) - modification de l'appétit - aptitude à penser Il ne me semble pas qu'il faille que les huit critères soient réalisés pour poser le diagnostic d'état dépressif sévère. Cela étant, la question ne se pose pas ici, puisque les huit critères sont présents. Le fait de se sentir nul n'est pas identique au sentiment de culpabilité. L'assurée se rend la journée à ses rendez-vous médicaux, mais elle est en principe accompagnée par la fille de sa sœur décédée. Le soir, elle descend dans le square en bas de chez elle. L'assurée souffre d'une modification de l'appétit, en ce sens qu'elle mange à tout moment du jour et de la nuit. Son rythme est complètement perturbé, anarchique. Une personne souffrant d'un trouble dépressif ne présente pas nécessairement

une baisse de l'appétit.

A/3109/2014 - 13/19 - L'assurée souffre d'apnées du sommeil. Je sais qu'elle n'utilise pas son appareil. Il m'est difficile de distinguer entre la part apnées du sommeil et la part trouble dépressif pour expliquer les troubles du sommeil. Le trouble du sommeil est forcément lié au trouble dépressif dans le cas de l'assurée. Le trouble dépressif conduit à des réveils précoces, à des réveils nocturnes et à des problèmes d'endormissement, alors que les apnées du sommeil provoquent des réveils. S'agissant de l'assurée en particulier, elle souffre de problèmes du sommeil de façon plus générale. L'alcool peut effectivement diminuer l'appétit, car il apporte un sentiment de satiété. Il ne provoque toutefois pas une désorganisation alimentaire comme dans le cas de l'assurée. Il y a une différence entre le trouble du contenu de la pensée, et le trouble du cours de la pensée. Dans le premier cas, il s'agit d'examiner si le contenu est adéquat et cohérent. Il s'agit là de la recherche d'un trouble psychotique. Dans le deuxième cas, il s'agit d'écouter la personne parler et de déterminer si sa pensée est fluide, si elle s'exprime avec des phrases cohérentes et sans interruption. Dans le cas d'un ralentissement psychomoteur, ni le cours de la pensée ni le contenu ne sont atteints. La question m'est posée de savoir comment l'assurée a pu venir en audience sans avoir de comportement inadapté, comment elle a pu surmonter sa phobie sociale. J'ai constaté lors de notre premier entretien à quel point l'assurée était mal à l'aise, parce que nous ne nous connaissions pas. Elle se referme sur elle-même, se cache. Les personnes atteintes de phobie sociale peuvent trouver des stratégies (un objet ou une personne « contra-phobique » ou encore un verre d'alcool). Il est vrai que le diagnostic de phobie sociale ne peut être posé en présence d'un trouble de l'humeur. La phobie sociale dans le cas de cette assurée était toutefois présente avant la survenue du trouble dépressif. Je rappelle qu'elle prenait de l'alcool pour être à l'aise socialement, par exemple. La Dresse J_____ a pris sa retraite en automne 2016. Lorsque je l'ai vue, aucun psychiatre n'avait pris la relève. Elle continuait d'être suivie par M. K_____, psychologue. Dans ce cas, il arrive souvent que le généraliste prescrive le traitement médicamenteux. J'ai dit dans mon rapport que la compliance médicamenteuse semblait variable, parce que l'assurée m'a confié qu'elle n'utilisait pas l'appareil pour les apnées. Je n'ai pas pu établir si elle prenait correctement ses antidépresseurs. M. K_____ m'a indiqué que parfois elle ne venait pas en entretien. Je précise à cet égard que le problème de compliance est parfois lié à la pathologie elle-même. L'assurée s'est vu prescrire du Trittico 50mg. Il s'agit d'un antidépresseur qui ne perturbe pas le sommeil contrairement à d'autres et qui aggrave moins la libido. Le fait d'augmenter la dose ne garantit pas nécessairement une amélioration de l'état dépressif. Il faut par ailleurs privilégier les entretiens, etc. Le Trittico est une très bonne molécule, mais tout dépend des personnes. Je n'ai pas pu parler avec la Dresse J_____. Le traitement suivi par l'assurée est celui qui avait été décidé par celle-ci et par la Dresse D_____. Il n'y a pas eu de changement de traitement, ni quant au dosage, ni quant au choix de la molécule.

A/3109/2014 - 14/19 - S'agissant de la compliance, je dirais que dans le cas de l'assurée, il y a un problème de mémoire qui peut justifier une certaine variabilité. Je sais que sa nièce par exemple tient un calendrier pour elle. Elle a oublié de venir à un de mes entretiens, alors qu'en principe les assurés font attention de se rendre à un rendez-vous d'expertise. L'assurée attend qu'un nouveau psychiatre lui soit trouvé dans le centre dans lequel travaille M. K_____. Je précise qu'elle a une très bonne relation avec M. K_____. Elle lui fait confiance. Cette bonne relation est primordiale, même si je considère que le traitement

n'est pas optimal. Lorsque je dis que le traitement n'est pas optimal, c'est parce que je pense que l'assurée n'a pas assez d'entretiens (elle n'en a que 2 par mois) vu son état dépressif sévère. Personnellement, je la verrais une à deux fois par semaine. Cela étant, malgré les meilleurs traitements, certains patients n'y répondent pas. Par ailleurs, elle devrait avoir un psychiatre qui pourrait le cas échéant changer le traitement et faire le point sur d'éventuelles nouvelles façons d'aborder ses problèmes. Les avis peuvent être très différents d'un psychiatre à l'autre ».

E. 29

Le SMR s'est déterminé le 9 octobre 2017 sur les déclarations de la Dresse L_____ et constate que celle-ci explique la difficulté d'attribuer le trouble du sommeil au trouble dépressif versus au SAS, dans la mesure où l'assurée n'utilise pas le CIPAP. Le SMR considère que tel est certainement aussi le cas pour le trouble de la concentration, car la fatigue diurne et le trouble de la concentration font partie de symptômes dont le SAS est également responsable. Le SMR relève enfin que la Dresse L_____ n'a pas vérifié si l'assurée prenait correctement son traitement antidépresseur. Par courrier du 10 octobre 2017, l'OAI, se fondant sur cet avis du SMR, a conclu qu'il subsistait des éléments suffisants pour s'écarter des conclusions de la Dresse L_____.

E. 30

Le 13 novembre 2017, l'assurée rappelle que selon le rapport de la Dresse L_____, et sa déposition, elle présente une incapacité de travail totale, précisant que ce n'est pas parce qu'elle est incapable de s'endormir avec le CIPAP.

E. 31

Ce courrier a été transmis à l'assurée et la cause gardée à juger. EN DROIT 1. La compétence de la chambre de céans et la recevabilité du recours ont préalablement été examinées dans l'ordonnance d'expertise du 11 mai 2016. Il suffit de s'y référer. 2. Le litige porte sur le droit de l'assurée à des prestations AI, et plus particulièrement sur son degré d'invalidité. 3. Les dispositions légales applicables et la jurisprudence y relative ont également déjà été exposées dans l'ordonnance d'expertise. La chambre de céans se bornera dès lors à ajouter que le juge ne s'écarter pas sans motifs impératifs des conclusions

A/3109/2014 - 15/19 - d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références). 4. Dans le cas d'espèce, la question litigieuse doit désormais être tranchée à la lumière du résultat de l'expertise judiciaire ordonnée par la chambre de céans pour les motifs exposés dans son ordonnance d'expertise (ATAS/369/2016). Il y a en effet lieu de rappeler qu'elle avait précisément considéré que l'expertise réalisée par le Dr H_____ n'avait pas valeur probante. La chambre de céans a nommé la Dresse L_____ aux fins de procéder à une expertise psychiatrique de l'assurée. C'est donc la valeur probante de son rapport, complété

par ses déclarations lors de l'audience du 19 septembre 2017, qu'il convient d'examiner. 5. La chambre de céans constate que le rapport d'expertise de la Dresse L_____, daté du 23 décembre 2016, remplit sur le plan formel toutes les exigences auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document. Il contient un résumé du dossier, une anamnèse détaillée, les indications subjectives de la recourante, des observations cliniques, ainsi qu'une discussion générale du cas, et ses conclusions, précisées le 19 septembre 2017 en tant que de besoin, résultent d'une analyse complète de la situation médicale. Sur le fond, la Dresse L_____ retient les diagnostics de - personnalité émotionnellement labile, type borderline - trouble dépressif récurrent épisode actuel sévère sans symptôme psychotique - phobie sociale - trouble lié à l'utilisation d'alcool en rémission partielle Elle conclut à une incapacité totale de travailler en raison du trouble dépressif et de la phobie sociale, précisant que le trouble de la personnalité n'a pas en soi d'effet sur la capacité de travail, mais vient aggraver le trouble dépressif. 6. a. Reste à examiner si les critiques du médecin du SMR devraient conduire la chambre de céans à s'écarter des conclusions de l'expertise. Le SMR considère que celle-ci n'a pas valeur probante. Selon lui, l'examen clinique de la Dresse L_____ « semble plus se fonder sur les seules plaintes et dires de l'assurée ».

A/3109/2014 - 16/19 - Il s'étonne de la brièveté de l'examen clinique, sans toutefois préciser ce qui manquerait le cas échéant. À cet égard, la Dresse L_____ a déclaré qu'elle ne voyait pas ce qu'elle aurait pu ajouter à son rapport, et assuré qu'elle restait à disposition si des questions complémentaires lui étaient posées. Or, le SMR n'a pas donné suite à cette proposition. b. L'OAI reproche à l'experte de ne pas s'être prononcée sur le rapport du Dr H_____. Il importe de rappeler à ce stade qu'il ne s'agit pas ici de comparer les rapports des Drs H_____ et L_____, dès lors que la chambre de céans a nié toute valeur probante au premier dans son ordonnance d'expertise. La Dresse L_____ n'avait dès lors pas à se déterminer sur l'expertise du Dr H_____. c. Le SMR considère que la Dresse L_____ fait une appréciation différente d'un même état de fait. Il est vrai, ainsi que le relève le SMR, que les deux médecins s'accordent pour dire que le trouble de la personnalité n'entraîne ni limitation fonctionnelle, ni incapacité de travail. La Dresse L_____ a toutefois précisé que ce trouble aggravait le trouble dépressif. Elle a en outre retenu les diagnostics de phobie sociale et de trouble dépressif récurrent et sévère. On ne saurait dans ces conditions parler « d'une appréciation différente d'un même état de fait ». d. Selon le SMR, la Dresse L_____ a établi un status clinique tendant plutôt à un trouble dépressif récurrent dont l'épisode est d'intensité légère et ne s'explique pas pourquoi elle conclut à un épisode dépressif sévère selon la CIM-10. La chambre de céans constate au contraire que la Dresse L_____ a confirmé, et ce de façon convaincante, que sa patiente souffrait d'un état dépressif sévère et énuméré les critères C du trouble dépressif, qui sont réalisés, soit idées noires, perturbation du sommeil, ralentissement psychomoteur, perte de confiance en soi, difficultés pour se concentrer, sentiment de culpabilité, modification de l'appétit et aptitude à penser. L'experte décrit très précisément la façon dont l'assurée a mis en place, depuis 2007, toute une série de stratégies pour lutter contre une symptomatologie dépressive latente, ce jusqu'à son malaise du 26 octobre 2009, « qui a alors joué à la fois le rôle de goutte d'eau qui fait déborder le vase et à la fois comme dernier coup de massue ». e. Le SMR a relevé que l'assurée n'utilisait pas le CIPAP. La Dresse L_____ a à cet égard confirmé qu'il lui était difficile de distinguer entre la part apnée du sommeil et la part trouble dépressif pour expliquer les troubles du sommeil, mais a précisé que ceux-ci étaient forcément liés au trouble dépressif dans le cas de l'assurée. Elle a à cet égard expliqué que le trouble dépressif conduit à des réveils précoces, à des réveils nocturnes et à des problèmes

d'endormissement, alors que les apnées du sommeil provoquent des réveils, relevant que dans le cas de

A/3109/2014 - 17/19 - l'assurée en particulier, il s'agit de problèmes du sommeil de façon plus générale. Elle a ajouté que ce n'est pas le fait que l'assurée soit incapable de s'endormir avec le CIPAP qui a un effet sur sa capacité de travail. e. Le médecin du SMR dit ne pas comprendre le diagnostic de phobie sociale, dans la mesure où il ne peut être posé en présence d'un trouble de l'humeur qui en constitue un critère d'exclusion, « car les symptômes d'évitement social peuvent alors être mis sur le compte du trouble dépressif ». Lors de son audition, la Dresse L_____ a cependant repris ce diagnostic, expliquant que « la phobie sociale était déjà présente lorsqu'elle était plus jeune. Elle buvait alors pour se désinhiber. Cet aspect phobique était présent, mais contenu. Il est apparu avec l'aggravation du trouble personnel de façon plus nette. J'ai vu ce cas chez d'autres patients. La phobie sociale peut s'installer et durer plus longtemps que le trouble dépressif lui-même et devenir l'atteinte principale finalement ». 7. Force est de constater, au vu de ce qui précède, que les remarques ne suffisent pas à mettre en doute les conclusions de l'expertise. Il convient par ailleurs de relever que la Dresse L_____ a pris en considération le même taux de capacité de travail que la Dresse J_____, sans toutefois faire siennes toutes les conclusions de celle-ci. L'appréciation de la Dresse L_____ emporte en conséquence la conviction de la chambre de céans. Il y a en conséquence lieu de retenir une incapacité de travail de 100%. 8. Reste à déterminer le degré d'invalidité. L'incapacité de travail de 100% étant admise quelle que soit l'activité envisagée, le degré d'invalidité se confond avec celui de l'incapacité de travail (Arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 45/06 du 5 mars 2007 consid. 4.2.2). Par conséquent, le degré d'invalidité de l'assuré est de 100%. 9. Aux termes de l'art. 28 LAI, « 1 L'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes : a. sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles; b. il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPG) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable; c. au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPG) à 40% au moins. 2 La rente est échelonnée selon le taux d'invalidité » : à un taux de 70% au moins, correspond une rente entière. 10. La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPG (art. 29 LAI).

A/3109/2014 - 18/19 - L'assurée ayant déposé sa demande de prestations AI le 18 juillet 2011, elle a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1er janvier 2012. 11. Aussi le recours est-il admis et la décision du 10 septembre 2014 annulée.

A/3109/2014 - 19/19 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

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