

GE_GERICHTE ATAS/197/2019 vom 11. März 2019

GE Cour de justice, 2019-03-11, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_197_2019

FR: GE_GERICHTE ATAS/197/2019 du 11 mars 2019

IT: GE_GERICHTE ATAS/197/2019 del 11 marzo 2019

Erwägungen

E. 13

L'intimé considère en outre que les diagnostics posés par la Dresse L_____ ne l'ont pas été lege artis et que, dans tous les cas, les indicateurs de la grille d'évaluation ne permettent pas de retenir des atteintes invalidantes. A titre liminaire, la chambre de céans constate que le rapport d'expertise de juin 2017 a été rendu antérieurement aux ATF 143 V 409 et ATF 143 V 418, dans lesquels le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière de troubles psychiques. Cela étant, par courrier du 26 avril 2018, la chambre de céans a sollicité des précisions à la lumière des indicateurs prévus par la grille d'évaluation normative et structurée précitée et la Dresse L_____ a complété son expertise le 22 juin 2018 en conséquence. Par ailleurs, même si l'expertise de la Dresse L_____ ne suit pas la structure prévue par l'ATF 141 V 281, cela ne suffit pas pour lui dénier d'emblée toute valeur probante. Il convient bien plutôt de se demander si, dans le cadre d'un examen global, et en tenant compte des spécificités du cas d'espèce et des griefs soulevés par l'OAI, le fait de se fonder définitivement sur les éléments de preuve existants est conforme au droit fédéral. Il y a ainsi lieu d'examiner si l'expertise de la Dresse L_____ et ses compléments - le cas échéant en relation avec d'autres rapports médicaux - permettent ou non une appréciation concluante du cas de la recourante à l'aune des indicateurs déterminants de la grille d'évaluation suivante : a. Expression des éléments pertinents pour les diagnostics et des symptômes : A titre liminaire, il y a lieu de préciser que les atteintes retenues par la Dresse L_____ entraînent les limitations fonctionnelles suivantes. L'état de stress post-traumatique a pour conséquence des troubles du sommeil, un état d'hypervigilance clinique malgré une grande fatigabilité, des manœuvres d'évitement, la recourante ne pouvant pas rester en présence d'hommes et ne sortant presque jamais seule. Quant au trouble dépressif, il entraîne une baisse de

A/2524/2016 - 21/26 - l'élan vital, des troubles de la concentration, des troubles mnésiques, une baisse de l'estime de soi, de la tristesse, des pleurs, du pessimisme et des idées noires. Avec le premier indicateur, il convient de s'assurer que les limitations fonctionnelles sont bien dues aux atteintes retenues et non à des facteurs non assurés, comme le prétend l'OAI, pour qui il s'agit plutôt d'une « longue et inexorable descente aux enfers psychosociale de l'assurée », qui n'est pas du ressort de l'assurance-invalidité. Sans remettre en question les plaintes, l'intimé a toutefois contesté les diagnostics d'état de stress post-traumatique, de trouble dépressif récurrent d'intensité sévère et de trouble de la personnalité de type borderline. Concrètement, l'OAI a tout d'abord estimé que dans la mesure où la Dresse L_____ ne faisait pas état d'une réviviscence répétée de l'épisode, de souvenirs envahissants, de cauchemars et qu'elle avait posé ce diagnostic plus de six mois après la survenue du traumatisme, la recourante souffrait plutôt d'un trouble anxieux. Force est toutefois de constater que la Dresse L_____ fait remonter le diagnostic d'état de stress

post-traumatique à l'adolescence, de sorte que le délai de latence n'est plus aussi important. Vu les circonstances (assurée abusée par des connaissances de sa mère, gérante d'une maison close, domicile au Brésil, années 80, ...), il n'est pas étonnant qu'aucun médecin n'ait examiné la recourante et pu poser le diagnostic d'état de stress post-traumatique antérieurement à son séjour en Suisse. Au demeurant, par le passé, la recourante avait déjà été suivie pour un état de stress post-traumatique « et une atteinte à sa personne (LAVI) » (courrier de la Dresse G_____ du 1er mars 2016) et l'état de stress post-traumatique s'était déjà décompensé en 1995 (rapport du 25 août 2016). Il ne s'agit dès lors pas d'un diagnostic posé, pour la première fois, en 2017. S'agissant des plaintes, la Dresse L_____ a précisé, dans ses compléments, les symptômes présentés par la recourante, permettant de poser le diagnostic d'état de stress post-traumatique (ruminations diurnes des agressions, peur de s'endormir et de faire des cauchemars liés aux agressions, manœuvres d'évitement des situations associées aux agressions sexuelles, à savoir côtoyer des hommes, hypervigilance, détresse). Par conséquent, les critiques de l'OAI tombent à faux. En tout état, au vu des plaintes de la recourante et des constatations des médecins, l'état de stress post-traumatique s'est à l'évidence aggravé entre 2009 et 2017. En effet, en 2009, l'assurée avait encore une vie sociale, au contraire de ce qui était le cas en 2017, la recourante étant alors cloîtrée chez elle, renonçant à sortir, de peur de se faire agresser. Elle présentait en outre une forte réactivité même en présence de son médecin traitant, le Dr H_____ (voir complément du 22 juin 2018). L'intimé a également remis en question le diagnostic de trouble dépressif récurrent d'intensité sévère en l'absence d'idées noires ou suicidaires, de détresse majeure, A/2524/2016 - 22/26 - de syndrome somatique, d'agitation ou de prostration). Pour l'intimé, il s'agissait plutôt d'un trouble dépressif d'intensité moyenne. Force est toutefois de constater que, contrairement aux affirmations du SMR, le rapport d'expertise et ses compléments évoquent un état de détresse, la perte d'estime de soi, des idées de dévalorisation, un sentiment de culpabilité, des idées de mort de façon intermittente, une humeur dépressive, une perte de l'intérêt ou du plaisir et une augmentation de la fatigabilité. On retrouve là les trois critères majeurs ainsi que cinq des critères mineurs, ce qui porte bien le nombre de critères à huit, conformément à la CIM-10 (dépression sévère). Au demeurant, la perte de libido, mentionnée à plusieurs reprises dans l'expertise, constitue un des symptômes somatiques évoqués par la CIM-10 (voir F32). Quant à la prostration, elle a également été citée par la Dresse L_____ dans son expertise. En réalité, en retenant d'autres diagnostics (trouble anxieux au lieu d'un état de stress post-traumatique ; trouble dépressif d'intensité moyenne au lieu de sévère), le SMR procède à une appréciation différente, ce qui ne suffit pas pour remettre en question les diagnostics posés par la Dresse L_____. L'expertise et ses compléments ont donc établi à satisfaction de droit que les symptômes de l'état de stress post-traumatique et du trouble dépressif récurrent retrouvés chez la recourante entraînaient une importante limitation des activités de la recourante, étant précisé que ni la Dresse L_____ ni le SMR n'ont retenu que la recourante aurait exagéré ses symptômes.

b. Succès du traitement et de la réadaptation : En deuxième lieu, il faut examiner l'évolution des résultats des thérapies, dès lors que cela constitue un indicateur important du degré de gravité. La recourante suit une thérapie comportementale et cognitive (TCC) auprès de la Dresse G_____. Toutefois, en raison de ses troubles et notamment de la perte d'élan vital ainsi que des conduites d'évitement des hommes, la compliance est variable, la recourante ne se présentant pas régulièrement à ses rendez-vous. La recourante suit également un traitement médicamenteux, notamment à base de flucétine dont le dosage est toutefois remis en question par le SMR qui le trouve insuffisant par rapport à ce qui est

prescrit dans des cas similaires. C'est toutefois le lieu de rappeler que la recourante est sous méthadone et que certains médicaments et notamment la flucétine, entraînent des interactions (voir

<https://www.praxis-suchtmedizin.ch/praxis-suchtmedizin/index.php/fr/heroine/methadon/interactions-avec-la-methadone>). On ne saurait donc, comme l'a fait le SMR, remettre en question le dosage de flucétine sans prendre en considération son interaction avec la méthadone. Dans de telles circonstances, rien ne permet de considérer que les traitements acceptables et connus n'auraient pas été mis en œuvre par les différents intervenants. c. Comorbidité :

A/2524/2016 - 23/26 - Le troisième indicateur, celui de la comorbidité, vise à déterminer si les atteintes à la santé privent la recourante de ses ressources. Force est de constater qu'outre les diagnostics incapacitants, la recourante présente également une personnalité émotionnellement labile de type borderline et diverses dépendances (alcool, cannabis et sédatifs ou hypnotiques). Si ces troubles ne sont en tant que tels pas invalidants, ils peuvent toutefois entraîner un renforcement de certaines limitations fonctionnelles dues aux troubles incapacitants (alcool : renforcement des troubles de la concentration et des troubles mnésiques ; sédatifs ou hypnotiques : troubles mnésiques) ou entraîner, à l'instar de la personnalité émotionnellement labile de type borderline, des problèmes interrelationnels, des difficultés à garder un emploi, une diminution de la tolérance à la frustration ou encore une disruptivité dans le parcours de vie. d. Complexes de la personnalité et du contexte social : Les complexes de la personnalité et du contexte social permettent de déterminer si la recourante dispose encore des ressources nécessaires malgré l'atteinte à la santé. Comme cela a déjà été relevé précédemment, la recourante souffre d'un trouble de la personnalité borderline, lequel entraîne des problèmes interrelationnels et des difficultés à garder un poste de travail. Ce trouble diminue également sa tolérance à la frustration (complément du 22 juin 2018, p. 7). Concrètement, les capacités adaptatives de la recourante sont réduites. Son identité est altérée. La limite entre elle et les autres est fine, perméable, peu solide. L'appréhension de la réalité ainsi que la formation du jugement sont altérés même si le sens des réalités est conservé. Les affects sont mal contrôlés. L'intentionnalité et la motivation sont altérées. La capacité de la recourante à gérer le quotidien s'est péjorée au cours des années et son adaptabilité est médiocre (complément du 22 juin 2018 p. 10). S'agissant du contexte social, force est de constater qu'à l'exception principalement de son fils et de sa compagne, la recourante n'a plus aucun contact avec sa famille (sauf avec sa tante au Brésil), celle-ci l'ayant rejetée lorsqu'elle a affiché son homosexualité. Son fils, désormais âgé de 18 ans, constitue un élément motivateur mais il est de moins en moins chez lui. Par ailleurs, la recourante n'a plus d'amis. Alors que selon le rapport du SMR du 29 juin 2009, elle sortait et fréquentait des compatriotes, la recourante ne quittait plus sa chambre en 2017. Dans de telles circonstances, on ne peut considérer que la recourante bénéficie d'un contexte social favorable. Ses ressources personnelles sont à l'évidence épuisées.

e. Les conséquences tirées de ces indicateurs sur le degré de gravité de l'atteinte fonctionnelle doivent ensuite être examinés sous l'angle de la catégorie de la cohérence.

Force est ainsi de constater, en premier lieu, que les éléments et symptômes pertinents pour les diagnostics incapacitants se manifestent de la même manière dans toutes les fonctions de la vie quotidienne : la recourante n'entretient pas de

A/2524/2016 - 24/26 - relations amicales. Elle n'a pas d'activité récréative, ne lit pas. Elle ne s'habille que quand cela est nécessaire. Elle ne fait pas le ménage. Elle reste dans son lit,

stores baissés de peur que des hommes puissent entrer; et elle ne se lève que pour cuisiner pour son fils. Dans la mesure où le fils de la recourante est âgé de 18 ans, on ne peut considérer qu'elle « s'en occupe » comme le prétend le SMR. Par ailleurs, dans le cas de la recourante, la compliance est variable, médiocre. La recourante ne se présente pas régulièrement à ses rendez-vous. Cette situation est non seulement consécutive à son trouble de la personnalité, caractérisé par un déni et une projectivité, mais également aux limitations fonctionnelles du trouble dépressif récurrent (baisse de son élan vital et grande fatigabilité) et de l'état de stress post-traumatique (conduite d'évitement des hommes lorsqu'elle doit sortir de chez elle). Ce comportement est toutefois cohérent au vu des troubles retrouvés chez la recourante. On ne peut dès lors reprocher à la recourante de négliger son traitement médical. f. Compte tenu des indicateurs qui précèdent, il y a lieu d'admettre que les troubles dont souffre la recourante sont d'une gravité suffisante – d'un point de vue juridique – pour entraîner une incapacité de travail entière. La recourante ne dispose actuellement plus des ressources nécessaires pour vaincre ses troubles psychiques et reprendre une activité professionnelle. Certes, elle suit de manière variable son traitement mais cette attitude est due à ses troubles, auxquels s'ajoutent de nombreuses dépendances qui rendent la situation encore plus difficile à traiter. Dans de telles circonstances, c'est à tort que l'OAI a nié tout caractère incapacitant à l'état de stress post-traumatique et au trouble dépressif récurrent retrouvés chez la recourante. Il convient donc de retenir que la capacité de travail de la recourante est nulle depuis une date qu'il reste à déterminer.

E. 14

Dans son rapport d'expertise, la Dresse L_____ fait remonter l'incapacité de travail au mois d'octobre 2006. Dans la mesure où, dans sa décision du 21 septembre 2009, l'OAI a rejeté la première demande de prestations de la recourante faute d'incapacité de travail, la chambre de céans ne saurait faire remonter, dans le cadre de la présente procédure, l'incapacité de travail à une date antérieure à la décision précitée (voir dans ce sens l'ATAS/1105/2012 du 10 septembre 2012 du 20 juin 2013). Cela étant, force est de constater que la situation prévalant en 2009 s'est modifiée depuis lors, avec l'aggravation de l'état de santé de la recourante à compter de 2014-2015. Dans cette mesure, une incapacité de travail de 100% doit être retenue à compter du début de l'année 2015. En effet, dans son complément du 22 juin 2018, la Dresse L_____ a considéré que le trouble dépressif était sévère depuis le début de l'année 2015, étant précisé que le dossier ne permet pas de déterminer la date à laquelle l'état de stress post-traumatique s'est décompensé.

A/2524/2016 - 25/26 -

E. 15

Eu égard à ce qui précède, la chambre de céans n'a aucune raison de s'écarter des conclusions de la Dresse L_____. Sur le plan psychique, la capacité de travail de la recourante doit donc être considérée comme nulle dans toute activité et ce, à tout le moins depuis le début de l'année 2015. de sorte que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité, à compter du 1er janvier 2016, soit un an après l'aggravation du trouble psychique. Le recours sera donc admis et la décision du 29 juin 2016 réformée dans le sens que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité à compter du 1er janvier 2016. La recourante n'étant pas représentée, aucune indemnité ne lui sera accordée. Etant donné que, depuis le 1er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

A/2524/2016 - 26/26 - 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.