

GE_GERICHTE ATAS/40/2020 vom 28. Januar 2020

GE Cour de justice, 2020-01-28, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_40_2020

FR: GE_GERICHTE ATAS/40/2020 du 28 janvier 2020

IT: GE_GERICHTE ATAS/40/2020 del 28 gennaio 2020

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice 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 - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - [LPA-GE - E 5 10]).

E. 3

Le litige porte sur le droit de l'assurée à des prestations AI.

E. 4

La chambre de céans a déjà exposé les dispositions légales et le jurisprudence applicables dans son ordonnance du 13 décembre 2018, de sorte que l'on peut y renvoyer.

A/3712/2017 - 9/13 - Il suffit de rappeler qu'on parle d'atteinte à la santé mentale ou psychique quand, en raison d'une infirmité congénitale, d'un accident ou d'une maladie, il existe un trouble des fonctions mentales, intellectuelles, cognitives ou émotionnelles, permanent ou de longue durée, qui persiste malgré les mesures thérapeutiques et entraîne une incapacité de travail durable, partielle ou totale. Il incombe dans chaque cas au médecin de juger, en se basant sur le dossier ou sur les résultats de ses propres examens, si l'assuré présente une atteinte à la santé mentale ou psychique. La présence d'une atteinte à la santé mentale ou psychique doit être prouvée par des constatations objectives, fiables et attestée par un dossier. Pour l'appréciation d'un rapport médical ou d'une expertise médicale, il convient de tenir particulièrement compte du fait que les plaintes alléguées par l'assuré ne peuvent pas être considérées comme des constatations objectives. En cas de doute, il est nécessaire de compléter le rapport ou l'expertise en demandant des renseignements supplémentaires ou en renvoyant le document concerné. Les services médicaux régionaux peuvent aussi, dans de tels cas, confirmer la fiabilité des constatations par un examen de l'assuré. Toute atteinte à la santé mentale ou psychique doit faire l'objet d'un diagnostic selon le CIM-10. Pour l'évaluation du rapport médical ou de l'expertise médicale, il convient de rechercher tout particulièrement des contradictions entre les critères diagnostiques cités dans le CIM-10 et les indications figurant dans le rapport. Toute diminution des facultés intellectuelles (oligophrénie, imbécillité, idiotie, démence) doit être

quantifiée au moyen de séries de tests adéquats. Un quotient intellectuel inférieur à 70 s'accompagne en règle générale d'une capacité de travail réduite. Il est toutefois nécessaire de procéder dans chaque cas à une description objective des conséquences sur le comportement, l'activité professionnelle, les actes ordinaires de la vie et l'environnement social. L'indication de l'étiologie est indispensable pour les troubles psychiques d'origine organique. L'atteinte, notamment celle des aptitudes cognitives, doit être quantifiée (expertise neuropsychiatrique ou neuropsychologique). Une évaluation pronostique est également nécessaire. (Circulaire sur l'invalidité et l'impuissance dans l'assurance-invalidité - CIIAI nos 1007 ss). Il y a également lieu de relever que le Tribunal fédéral des assurances a, dans un arrêt du 5 octobre 2001 (ATF 127 V 294), précisé sa jurisprudence relative aux atteintes à la santé psychique. Ainsi, les facteurs psychosociaux ou socioculturels ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1er LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels ; il faut encore que le tableau clinique comporte d'autres éléments

A/3712/2017 - 10/13 - pertinents au plan psychiatrique tels que, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine ; VSI 2000 p. 155 consid. 3).

E. 5

La chambre de céans rappelle enfin que le juge ne s'écarte pas sans motif impératif des conclusions 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).

E. 6

a. En l'espèce, l'OAI a, par sa décision du 21 juillet 2017, nié le droit de l'assurée à des prestations AI, au motif que les expertises du Dr E_____ avaient pleine valeur probante et que l'état de santé de l'assurée et son influence sur sa capacité de gain étaient restés inchangés depuis la décision initiale du 5 janvier 2009, de sorte qu'il n'existait aucun motif

de révision. Par ordonnance du 13 décembre 2018 toutefois, la chambre de céans a considéré que l'expertise réalisée par le Dr E_____ le 28 mars 2014 et son complément du 2 juillet 2016 n'avaient pas valeur probante et a mandaté le Pr J_____ pour expertise. Dans son rapport du 24 mai 2019, le Pr J_____ a retenu les diagnostics du syndrome douloureux somatoforme et de dysthymie dès 2002, de troubles de personnalité paranoïaques (sensitives) et de troubles dépressifs récurrents, épisode actuel moyen dès 2009, et de démence vasculaire sous-corticale débutante dès 2014. Il a indiqué que les limitations du niveau d'activité touchaient la sphère professionnelle et privée. L'activité sociale était allée en diminuant depuis la fin 2009 et s'était résolument péjorée après 2014 avec le début d'un syndrome de Diogène classique (incurie à domicile, hygiène personnelle en dégradation, accumulation d'objet) et d'une utilisation d'alcool qui est en augmentation. Aucune activité lucrative n'était exigible depuis fin 2009.

A/3712/2017 - 11/13 - b. Le rapport d'expertise du Pr J_____ est en l'occurrence fondé sur un dossier médical complet. Il contient une anamnèse personnelle et sociale. Il est basé sur cinq entretiens avec l'assurée, sur deux entretiens téléphoniques avec sa fille, sur un entretien téléphonique avec la Dresse H_____, une évaluation neuro- psychologique et une IRM du 25 avril 2019. L'expert a posé ses diagnostics en motivant ceux-ci. Il a répondu aux questions posées dans la mission d'expertise et ses réponses sont convaincantes. L'expertise du 24 mai 2019 répond ainsi aux réquisits pour se voir reconnaître une pleine valeur probante, étant au surplus rappelé que le juge ne s'écarter pas sans motif impératif des conclusions d'une expertise médicale judiciaire. Il y a dès lors lieu de prendre en considération les conclusions du rapport d'expertise du 24 mai 2019, lesquelles correspondent du reste aux constatations des médecins traitants et de retenir que l'assurée présente une incapacité entière de travailler, quelle que soit l'activité envisagée.

E. 7

a. Le médecin du SMR a pris connaissance des conclusions de l'expert et admis que l'état de santé de l'assurée s'était aggravé. Il considère toutefois, se référant aux constatations du Dr E_____ et les comparant à celles du Pr J_____, qu'il n'a pas à en tenir compte du fait que l'aggravation est survenue postérieurement à la décision litigieuse. Selon lui, les conclusions de son rapport final du 2 mai 2017 restent en conséquence valables. L'OAI maintient sur cette base ses précédentes conclusions. b. La chambre de céans constate que l'analyse du médecin du SMR repose plus particulièrement sur le fait que le Dr E_____ n'avait relevé aucune aggravation psychique entre 2013 et 2016 et n'avait retenu qu'une thymie neutre. Le médecin du SMR en déduit que la thymie triste et les moments de désarroi avec un discours confus mal délimité, la baisse d'élan vital avec aboulie et apathie, dont fait état le Pr J_____ dans son rapport du 24 mai 2019, ne sont survenus que postérieurement à l'expertise du Dr E_____ de juillet 2016. Selon le médecin du SMR, on peut certes admettre que la démence vasculaire a une conséquence sur la capacité de travail, lorsque la Dresse I_____ fait part de son inquiétude face à l'incapacité de l'assurée à comprendre les conséquences de sa non adhérence aux traitements antidiabétiques ou lorsqu'elle indique que le raisonnement de sa patiente est illogique et confus, on doit toutefois souligner que ce médecin ne rapporte ces constatations qu'à partir d'octobre 2017, soit après que la décision du 21 juillet 2017 ait été rendue. c. Il paraît utile de rappeler que la valeur probante des rapports du Dr E_____ sur lesquels se fondent le médecin du SMR et l'OAI a été niée par la chambre de céans dans son ordonnance du 13 décembre 2018. On ne comprend dès lors pas pour quelles raisons il y est fait encore référence. d. Il est vrai que le juge n'a pas à

prendre en considération les modifications de droit ou de l'état de faits postérieurs à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 132 V 215 consid. 3.1.1 ; 129 V 1 consid. 1.2).
Il s'agit en l'espèce de

A/3712/2017 - 12/13 - comparer les faits lors de la décision initiale, celle du 5 janvier 2009, avec ceux existants au moment de la décision litigieuse, celle du 21 juillet 2017. Or, la chambre de céans constate à cet égard que selon le Pr J_____, le syndrome douloureux somatoforme dont souffre l'assurée a été identifié par les psychiatres traitants et par les médecins de la clinique de Montana, lors de son séjour effectué du 22 juin au 2 juillet 2009. Le diagnostic de trouble dépressif récurrent, évoqué par le médecin traitant et le psychiatre de l'époque, est confirmé depuis 2009, et répété par la psychiatre traitante à maintes reprises à partir de 2012. Le trouble dépressif moyen accompagne l'aggravation des traits de personnalité prémorbide du registre paranoïaque qui sont alors qualifiés de trouble. Enfin le diagnostic de démence débutante est posé depuis 2014. On ne saurait dès lors soutenir, au vu de ce qui précède, que l'aggravation de l'état de santé de l'assurée ne serait survenue qu'après la décision du 21 juillet 2017. Un motif de révision est, partant, présent.

E. 8

L'assurée étant incapable de travailler à 100% dans toute activité, il n'est pas nécessaire de chiffrer précisément les revenus avec et sans invalidité, le degré d'invalidité se confondant dans ce cas avec le taux d'incapacité de travail (cf. notamment l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_260/2013 du 9 août 2013 consid. 4.2).

E. 9

L'assurée a, au vu de ce qui précède, droit à l'octroi d'une rente entière d'invalidité à compter d'avril 2012, soit 6 mois après le dépôt de sa demande de prestations, ce conformément à l'art. 29 LAI.

E. 10

Aussi le recours doit-il être admis et la décision du 21 juillet 2017 annulée.

A/3712/2017 - 13/13 - 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.