

## **GE\_GERICHTE ATAS/554/2010 vom 19. Mai 2010**

GE Cour de justice, 2010-05-19, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_554\\_2010](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_554_2010)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/554/2010 du 19 mai 2010

IT: GE\_GERICHTE ATAS/554/2010 del 19 maggio 2010

### **Erwägungen**

#### **E. 23**

Le Tribunal de céans a ordonné la comparution personnelle des parties lors d'une audience tenue en date du 26 novembre 2008. La recourante a déclaré qu'elle n'était plus en mesure de travailler depuis 2005. Auparavant, elle avait travaillé pendant deux ans comme comptable auprès de la Ville de Genève. Elle a déclaré souffrir d'un manque de concentration ainsi que de troubles du sommeil et prendre des médicaments pour dormir. La recourante a expliqué avoir été hospitalisée à la clinique de Belmont en raison d'une crise, à savoir une dépression suite à la mort injuste de son père victime d'une erreur médicale. Elle a précisé que ses médicaments ont été changés durant l'été mais qu'ils lui causaient beaucoup d'effets secondaires. La recourante a déclaré avoir été suivie à l'hôpital de jour de la clinique Belmont après son hospitalisation.

#### **E. 24**

Dans le délai imparti par le Tribunal, la recourante a produit le rapport de sortie de la clinique Belmont. Il y est indiqué que la patiente, atteinte d'un état anxio-dépressif majeur décompensé, a été hospitalisée dans le but de stabiliser son humeur. Durant le séjour, la thymie s'était améliorée, ainsi que le sommeil et l'anxiété. Le retour à domicile s'était fait à la demande de l'intéressée à qui il avait été proposé d'intégrer l'hôpital de jour.

A/3016/2008 - 7/15 -

#### **E. 25**

Le 16 décembre 2008, la recourante a communiqué un rapport établi par Monsieur O \_\_\_\_\_, psychologue FSP de la clinique de Belmont. Il y certifie que la recourante a été hospitalisée du 23 juillet au 7 août 2008, puis qu'elle a participé au programme de la clinique de jour du 13 août au 4 novembre 2008. Le psychologue a constaté une rapide amélioration thymique, malgré une rechute dépressive de courte durée à la fin de l'été. La patiente avait bien amélioré sa capacité à faire face aux difficultés du quotidien mais d'importantes fragilités subsistaient.

#### **E. 26**

Le 19 janvier 2009, l'OAI a communiqué au Tribunal de céans un avis établi par le SMR le 13 janvier 2009. Il y est relaté que l'événement anxio-dépressif (réactionnel aux décès du père et de la grand-mère) s'était très rapidement amélioré, ne pouvant donc être considéré comme une maladie entraînant une invalidité de longue durée. Mis à part ce fait, il n'y avait guère d'éléments nouveaux au dossier.

#### **E. 27**

Une seconde audience de comparution personnelle des parties s'est tenue le 4 mars 2009. La recourante a déclaré être toujours suivie par le docteur A \_\_\_\_\_ à raison de deux fois

par mois (souvent ses voisines la réveillaient pour s'y rendre et l'y accompagnaient), qu'il n'y avait pas d'amélioration de son état et qu'elle souffrait toujours d'angoisses. Le représentant de l'OAI a mis en exergue l'avis du SMR, selon qui l'aggravation de l'état de santé psychique de l'assurée était d'origine réactionnelle et passagère.

#### **E. 28**

Le 27 mai 2009, le Tribunal de céans a procédé à l'audition du docteur A\_\_\_\_\_, psychiatre, lequel a confirmé soigner la recourante depuis septembre 2004. Il a expliqué que sa patiente était atteinte d'une pathologie ayant pour conséquence son rejet par toute sa famille. Cette personnalité psychopathologique était à l'origine de l'incapacité totale de travail. La patiente ne vivait pas dans le présent, mais était centrée sur sa mémoire antérieure et sur les traumatismes de cette vie. Autrefois, de telles personnes demeuraient hospitalisées en milieu psychiatrique, mais aujourd'hui on les médicalisait sans véritable effet. La pathologie était présente depuis très longtemps chez la recourante, mais celle-ci avait pu donner le change, car elle avait eu une famille, des enfants. Suite à l'échec conjugal, elle avait régressé. La thérapie aujourd'hui était de nul effet, car bien que la recourante soit de très bonne volonté, sa culture n'était pas basée sur le pragmatisme, la science ou l'argent. Elle était centrée sur sa personne. Lorsqu'elle arrivait à son cabinet, elle était endormie, dans un état d'obnubilation et d'automatisme mental. Lors de sa première consultation, il avait demandé à sa patiente, qui travaillait alors encore pour la Ville de Genève, en quoi consistait son travail. Elle avait été incapable de répondre, mais elle avait mentionné les origines de ses collègues et avait pu les localiser physiquement sur le lieu de travail. En pareilles circonstances, se posait la question de savoir quelle était la rentabilité dans l'activité professionnelle. Enfin, le docteur A\_\_\_\_\_ a précisé ne pas avoir posé le diagnostic de dépression, mais que les ruminations de la patiente pouvaient l'épuiser et lui donner l'air déprimé.

A/3016/2008 - 8/15 -

#### **E. 29**

Par ordonnance du 25 août 2009, la Juridiction de céans a commis la doctoresse J\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, aux fins de procéder à une expertise psychiatrique sur la personne de la recourante. L'expert, après avoir étudié le dossier de la recourante (procédure administrative et judiciaire), soumis celle-ci à des examens sanguins ainsi qu'à une polysomnographie, pris langue avec les docteurs B\_\_\_\_\_ et A\_\_\_\_\_, ainsi qu'avec la doctoresse I\_\_\_\_\_, neurologue spécialiste du sommeil, et s'être entretenue avec l'assurée à trois reprises, a rendu son rapport en date du 31 janvier 2010. Le médecin a retenu une absence de diagnostic psychiatrique, une modification durable de la personnalité après une maladie psychiatrique, des cervicobrachialgies droites et un syndrome du tunnel carpien débutant. A l'appui de ses conclusions, l'expert expose que la patiente montre un tableau clinique riche mais oligosymptomatique, protéiforme, polymorphe et non systématisé. Sur la base de l'anamnèse et de l'examen clinique, quelques symptômes et signes concordants sont retrouvés, mais bon nombre de plaintes ne sont pas étayées par le status psychiatrique. Les signes cliniques corroborant les plaintes sont une anhédonie, une tendance à dramatiser avec maniérisme et théâtralisme, une propension à se plaindre et la diminution des compétences sociales, ainsi que les troubles du sommeil. Toutefois, ces derniers sont générés par la prise des antidépresseurs. A ce propos, la médication psychotrope

(antidépessive et somnifère) est à l'origine des troubles du sommeil tels que mis en évidence par l'enregistrement polysomnographique. Il n'y a donc pas de trouble du registre dépressif à ce niveau. Si l'anamnèse est évocatrice de pathologies psychiatriques diverses et complexes, l'examen clinique n'apporte que des éléments variés, ne répondant à aucune entité nosologique. Il était fort probable, selon l'expert, que la patiente ait vécu un trouble de l'adaptation avec perturbation mixte des émotions et des conduites lorsqu'elle a consulté le docteur A\_\_\_\_\_ en 2004, car elle vivait alors la séparation, la faillite et le divorce. En revanche, la doctoresse J\_\_\_\_\_ a nié le diagnostic de difficultés liées à l'acculturation, eu égard au niveau d'études supérieures de l'intéressée, à l'apprentissage du français correct et au suivi de cours de comptabilité avec succès en Suisse. Quant au diagnostic posé à la clinique genevoise de Montana, à savoir un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, il est également écarté vu l'absence d'épisode dépressif antérieur. Enfin, dans la mesure où l'état dépressivo-anxieux majeur décomposé évoqué dans la lettre de sortie de la clinique Belmont s'est compensé en deux semaines, l'expert en déduit qu'il s'agit avec une haute probabilité de la réaction normale au décès d'un proche. En ce qui concerne la modification durable de la personnalité après une maladie psychiatrique, l'expert commence par mentionner que le diagnostic de personnalité change au cours du temps et selon l'appréciation du médecin consulté. Quelques traits de personnalité sont retrouvés à l'anamnèse et à l'examen clinique, à savoir sept critères sur un ensemble de 55 items toutes personnalités confondues (huit au total). Sur cette base, il n'est pas possible de retenir un diagnostic spécifique de personnalité, fût-il de type mixte. Une seule entité ré-

A/3016/2008 - 9/15 - pond aux troubles présentés par la patiente : la modification durable de la personnalité après une maladie psychiatrique, dont l'ensemble des critères est rempli, à savoir : une dépendance excessive et une attitude exigeante envers autrui ; la conviction d'avoir été transformé ou marqué par la maladie au point de s'isoler socialement et d'être devenu incapable d'établir et de maintenir des relations personnelles étroites et confiantes ; une passivité, une réduction des intérêts et un moindre engagement dans les activités de loisirs auxquelles le sujet se livrait précédemment ; des plaintes persistantes relatives à la santé, parfois associées à des plaintes hypochondriaques et à un comportement de malade ; une humeur dysphorique et labile non due à un trouble mental actuel ; une altération significative des fonctionnements sociaux et professionnels. L'expert a en outre rapporté que selon lui, la patiente adoptait un comportement et une attitude différents, de même qu'elle tenait des propos orientés en fonction de la spécialité du médecin à qui elle s'adressait, de manière à paraître crédible. Par ailleurs, l'intéressée, qui avait naguère fait preuve d'adaptation et était intégrée à la société dans laquelle elle vivait, avait connu divers échecs ou déconvenues dans son existence adulte qui l'avaient confrontée à la notion de « perdre la face ». Or, une telle situation n'était pas vivable pour elle, raison pour laquelle elle rejetait systématiquement la faute sur autrui. A partir de la perte de la garde de son fils, elle avait finalement mis en échec tout ce qu'elle avait entrepris, délaissant son travail. Il y avait alors certainement eu un épisode dépressif motivant l'arrêt de travail le 17 janvier 2005, suivi par le licenciement pour absence prolongée. A compter de ce moment, même en rémission, la patiente avait majoré ses plaintes, invoquant des douleurs somatiques que le substrat anatomique ne permettait pas d'étayer ou citant des symptômes psychiatriques que la sémiologie ne permettait pas de retenir comme des éléments significatifs. Vu l'absence de diagnostic psychiatrique ayant une incidence sur la capacité de travail, cette dernière demeurait entière. Il était cependant précisé qu'eu égard à la longue durée d'éloignement du monde du travail, il semblait impératif de prévoir une mesure de

réinsertion dans le domaine d'activité habituel ou dans un atelier protégé de haut niveau, afin d'astreindre la recourante à sortir de la procrastination et du schéma approuvé. Le trouble du comportement (modification de la personnalité) n'était pour le surplus pas de nature à influencer sur la capacité de travail, qui était donc théoriquement entière et le rendement total. Une réinsertion s'avérerait certainement une entreprise laborieuse considérant les résistances de l'intéressée, mais les chances de succès semblaient prometteuses en cas de persévérance. Quant, enfin, aux mesures médicales préconisées, la doctoresse J\_\_\_\_\_ suggérait l'arrêt de l'antidépresseur (plus indiqué depuis longtemps) et du somnifère (inapproprié).

### **E. 30**

Le 16 février 2010, l'OAI a maintenu ses conclusions, se référant aux avis de son service médical, en particulier le dernier avis rendu par le docteur K\_\_\_\_\_ en date du 11 février 2010. Dans ce document, le médecin considère que le rapport de l'expert judiciaire est convaincant. Dans la mesure où ses conclusions sont identiques à celles du rapport A/3016/2008 - 10/15 - d'examen du SMR de janvier 2008 (absence de limitations fonctionnelles et d'incapacité de travail durable), le SMR persiste dans lesdites conclusions.

### **E. 31**

La recourante a quant à elle produit un avis de son nouveau psychiatre traitant, le docteur L\_\_\_\_\_, qui remettrait complètement en question le rapport d'expertise. En conséquence, elle requiert la poursuite de l'instruction sur le plan médical, psychiatrique en particulier. Le psychiatre, dans un rapport du 22 février 2010, fait état d'un suivi depuis le 23 décembre 2009 suite à la retraite du précédent praticien. Il se dit en contradiction avec les conclusions de l'expertise de la doctoresse J\_\_\_\_\_, posant les diagnostics suivants : trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F33.11) ; trouble de l'adaptation avec perturbation mixte des émotions et des conduites (F43.25) et troubles mixtes de la personnalité (F61.0). Il considère la patiente, qui présente tout un cortège de symptômes, totalement incapable de travailler dans quelque domaine d'activité que ce soit.

### **E. 32**

Copie des écritures après expertises ont été transmises aux parties, sur quoi la cause a été gardée à juger. EN DROIT 1. La compétence *ratione materiae* et *temporis* ayant été examinée par ordonnance du Tribunal de céans du 25 août 2009, il n'y sera pas revenu dans le présent arrêt. 2. Déterminé par la décision du 26 juin 2008 et les conclusions des parties, l'objet du litige concerne le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement l'existence d'une atteinte invalidante à sa santé. 3. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Le 1er janvier 2008 est entrée en force la nouvelle du 6 octobre 2006 (5ème révision AI). Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait révisé à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 1 consid. 1, 127 V 467 consid. 1 et les références). En l'espèce, la décision litigieuse, du 26 juin 2008, est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA et fondée sur des faits antérieurs à l'entrée en vigueur de la 5ème révision de la LAI. Il en découle que, du point de vue matériel, le droit éventuel à une rente de l'assurance-invalidité doit être examiné à

l'aune des dispositions de la LPGA et de la LAI dans sa teneur valable jusqu'au 31 décembre 2007.

A/3016/2008 - 11/15 - 4. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). 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 la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a, 105 V 207 consid. 2). b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V consid. 4 et les références). c) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical est que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 122 V 160 consid. 1c et les références). L'élément déterminant pour la valeur probante n'est en principe ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation, sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 122 V 160 consid. 1c ; OMLIN, Die Invaliditätsbemessung in der obligatorischen Unfallversicherung p. 297ss.; MORGER, Unfallmedizinische Begutachtung in der SUVA, in RSAS 32/1988 p. 332ss.). d) Au sujet 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 (ATFA du 14 avril 2003, en la cause I 39/03,

A/3016/2008 - 12/15 - consid. 3.2, ATF 124 I 175 consid. 4 et les références citées ; Plaidoyer 6/94 p. 67). Il n'a pas, d'emblée, de raison de mettre en doute la capacité alléguée par son patient, surtout dans une situation d'évaluation difficile. En principe, il fait donc confiance à son patient, ce qui est souhaitable, et ne fait donc pas toujours preuve de l'objectivité nécessaire, guidé qu'il est par le souci, louable en soi, d'être le plus utile possible à son patient. L'expert est dans une position différente puisqu'il n'a pas un mandat de soins, mais un mandat d'expertise en réponse à des questions posées par des tiers. Il

tient compte des affirmations du patient. Il doit parfois s'écarter de l'appréciation plus subjective du médecin traitant. e) Quant aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs, le juge peut leur accorder pleine valeur probante aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee). 5. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPG. 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 298 consid. 4c in fine). 6. Dans le cas présent, la recourante présente principalement des troubles d'ordre psychiatrique. Les atteintes à sa santé physique mentionnées dans les divers documents médicaux se révèlent mineures et sont sans incidence sur la capacité de travail, ce qui n'est au demeurant pas contesté par l'intéressée elle-même. En conséquence, il n'y a pas lieu de revenir sur ces dernières. 7. Eu égard à la position exprimée (notamment) en audience d'enquêtes par-devant le Tribunal de céans par le psychiatre traitant de l'intéressée, le docteur A\_\_\_\_\_, et aux conclusions diamétralement opposées développées par les médecins du SMR ensuite de leur examen du 29 janvier 2008, il est apparu nécessaire de mettre en œuvre une expertise psychiatrique judiciaire.

A/3016/2008 - 13/15 - Celle-ci, confiée à la doctoresse J\_\_\_\_\_, a donné lieu à un rapport d'expertise détaillé de 43 pages. Il prend en considération l'intégralité du dossier, dont les pièces importantes sont résumées ou reprises, les plaintes de la recourante, les résultats d'investigations complémentaires ordonnées par l'expert, ainsi que les avis des médecins traitant. L'anamnèse est exhaustive, quand bien même l'expert rapporte les difficultés rencontrées pour l'établir en raison de la collaboration « particulière » de l'expertisée. Les conclusions sont claires, documentées, expliquées de façon convaincante et la divergence en matière de diagnostics d'avec les autres médecins est motivée. L'expert a pris la peine d'exposer en quoi le fonctionnement particulier de l'intéressée ne relevait ni d'un trouble d'ordre dépressif, ni d'un trouble de la personnalité typique et pour quelles raisons la modification de personnalité durable finalement retenue se révélait sans incidence sur la faculté d'exercer une activité lucrative. En conséquence, il convient d'accorder pleine force probante au rapport du 31 janvier 2010 de la doctoresse J\_\_\_\_\_, complet et explicite. On ne saurait par ailleurs faire abstraction du fait que les médecins examinateurs du SMR avaient abouti à des conclusions similaires, voire identiques en ce qui concerne l'absence de diagnostic psychiatrique avec répercussion sur la capacité de travail. En pareilles circonstances, l'avis divergent du docteur A\_\_\_\_\_, qui repose sur une théorie somme toute difficile à suivre et relativement peu convaincante d'un point de

vue scientifique, ne saurait faire naître le doute sur les conclusions émises par l'expert, ce d'autant moins que l'on a affaire au psychiatre traitant. Celui-ci doit en effet faire preuve d'une certaine empathie envers sa patiente, au risque de briser le lien de confiance qui l'unit à cette dernière. Les propos tenus par le docteur L \_\_\_\_\_, qui a succédé au docteur A \_\_\_\_\_ pour assurer le suivi thérapeutique de la recourante, ne permettent pas plus de remettre en cause l'avis de la doctoresse J \_\_\_\_\_. Les symptômes qu'il énumère pour fonder les diagnostics posés ont tous, à l'exception des idées suicidaires, été abordés et commentés par l'expert. Les diagnostics évoqués ont été écartés de façon motivée dans le rapport d'expertise et, de toute manière, l'un d'eux devrait se voir nier le caractère invalidant au sens de la LAI (trouble de l'adaptation). Il suit de ce qui précède que c'est à juste titre que l'intimé a nié le droit de la recourante à une rente d'invalidité, faute d'atteinte à la santé invalidante. 8. Enfin, par économie de procédure et afin d'éviter à la recourante de déposer inutilement une nouvelle demande de prestations devant l'intimé, le Tribunal de céans estime utile, quand bien même cela dépasse l'objet du litige, d'apporter les précisions suivantes en regard de la mesure de réentraînement au travail préconisée par la doctoresse J \_\_\_\_\_.

A/3016/2008 - 14/15 - Pareille mesure consiste en un reclassement au sens de l'art. 17 LAI. Or, cette prestation est soumise à des conditions spécifiques parmi lesquelles l'existence d'une atteinte à la santé invalidante. En l'absence d'une telle atteinte, le droit à la prestation n'existe pas. 9. La recourante, au bénéfice de l'assistance juridique, sera dispensée d'émolument de justice.

A/3016/2008 - 15/15 -

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