

GE_GERICHTE ATAS/597/2012 vom 7. Mai 2012

GE Cour de justice, 2012-05-07, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_597_2012

FR: GE_GERICHTE ATAS/597/2012 du 7 mai 2012

IT: GE_GERICHTE ATAS/597/2012 del 7 maggio 2012

Erwägungen

E. 36

Le Dr Q_____ a rendu son rapport le 23 mai 2011.

L'assurée avait développé fin 2009 un état dépressif, traité par Efexor, qui s'était aggravé les mois suivants, avec l'apparition d'idées suicidaires et une tentative de suicide en avril 2010 ayant justifié une hospitalisation d'une semaine aux HUG. Elle était suivie depuis octobre 2010 par la Dresse R_____ des HUG. Elle était traitée par Efexor, Temesta et Imovane. L'assurée se plaignait de douleurs abdominales, de tristesse avec parfois des idées de suicide, de fatigue, de difficultés à se concentrer, à penser, à prendre des décisions, d'un sentiment de dévalorisation, d'anxiété, de troubles du sommeil, de crises d'angoisses et de limitations de l'épaule gauche suite à sa chute le 9 janvier 2010 ayant provoqué des lésions tendineuses.

L'expert a posé le diagnostic d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique depuis novembre 2009. L'assurée souffrait depuis la fin 2009 d'un épisode dépressif majeur dont le degré de gravité oscillait entre moyen et sévère, apparu dans un contexte de douleurs abdominales persistantes. La sévérité du trouble avait été clairement établie depuis avril 2010, même si celui-ci était apparu en novembre 2009, puis avait fluctué en intensité tout en persistant à un degré de sévérité moyen. En novembre 2009, l'état dépressif était présent mais l'aggravation de la dépression avait eu lieu début 2010.

Après son accident de janvier 2010, l'état dépressif s'était aggravé, des idées suicidaires s'étaient cristallisées et elle avait fait une tentative de suicide en avril 2010. Elle bénéficiait depuis avril 2010 d'un traitement très complet.

Les limitations fonctionnelles psychiatriques étaient imputables aux troubles de l'attention et de la concentration, à la fatigue, au manque d'énergie, à l'altération de l'humeur, au manque de confiance en soi, aux perturbations du contrôle émotionnel et aux crises anxieuses aiguës.

L'assurée possédait une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée aux limitations physiques, y compris celles liées à l'accident de janvier 2010. Des mesures de réadaptation étaient envisageables.

E. 37

Le 16 juin 2011, l'assurée a indiqué qu'elle avait été hospitalisée à Belle-Idée le 3 juin 2011 à la demande de son médecin pour plusieurs jours en raison de sa dépression, séjour attesté le 7 juin 2011 par le service de psychiatrie générale des HUG du 3 au 7 juin 2011.

A/1014/2010 - 8/21 -

E. 38

Le 17 juin 2011, l'intimé a conclu au rejet du recours en se référant à un avis du SMR (Dresses P_____ et S_____) du 9 juin 2011, selon lequel l'expertise n'était pas convaincante, fragilisée par de nombreuses invraisemblances, lacunes et contradictions. Les constatations objectives étaient extrêmement pauvres et ne permettaient pas de retenir un épisode dépressif d'intensité moyenne. L'expert se fondait sur les plaintes de l'assurée. Il ne constatait aucun trouble cognitif ; l'assurée avait réussi à prendre soin d'elle en maigrissant, elle retrouvait du plaisir à cuisiner et sa libido reprenait un peu. Elle était capable de tenir son ménage et de participer à la vie de famille en y prenant plaisir. Elle voyait sa tante et sa cousine et pouvait regarder la télévision pendant plusieurs heures. L'assurée se plaignait en premier lieu de douleurs abdominales et à l'épaule. Il aurait été intéressant de discuter du diagnostic de trouble somatoforme douloureux.

E. 39

Le 20 juin 2011, la Dresse R_____ a rendu un avis médical à la demande de l'assurée, selon lequel elle avait posé le diagnostic d'épisode dépressif moyen sans syndrome somatique existant depuis 2009. La capacité de travail était réduite de 50 % depuis septembre 2009 et l'assurée pouvait exercer une activité adaptée à ses problèmes somatiques, sans charge physique.

E. 40

Le 29 juin 2011, la Dresse R_____ a écrit à l'assurée un courriel à la suite de l'expertise du Dr Q_____ et de l'avis du SMR. L'expertise lui semblait concorder avec ses propres observations. Le diagnostic était justifié par la présence d'une humeur dépressive, de la diminution de l'intérêt et du plaisir, de l'augmentation de la fatigabilité, de la diminution de l'estime de soi, d'idées de culpabilité et de dévalorisation, d'idées ou d'actes auto-agressifs ou suicidaires et d'une perturbation du sommeil.

L'humeur variait légèrement et restait globalement basse. La diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi ne se jugeait pas uniquement aux soins apportés à sa personne. Le fait de reprendre goût à faire la cuisine ne permettait pas de conclure à l'absence d'une anhédonie. Elle n'était pas capable de tenir son ménage de façon satisfaisante. Elle ne participait que ponctuellement à la vie de famille et présentait une irritabilité en fin de journée. Les médecins du SMR n'avaient pas tenu compte de la souffrance psychique de l'assurée ayant conduit à deux gestes auto-agressifs, ni à sa persistance dans le temps. Le diagnostic de trouble somatoforme n'était pas donné car il existait un substrat physique aux plaintes de l'assurée et une pleine conscience de la dépression.

E. 41

Le 7 juillet 2011, l'assurée a observé qu'elle s'en remettait à l'expertise du Dr Q_____, confirmé par la Dresse R_____, mais que son état dépressif était présent depuis septembre 2009, comme relevé par la Dresse R_____, dès lors que le traitement médicamenteux avait été introduit en novembre 2009 après l'installation de l'état dépressif.

A/1014/2010 - 9/21 -

E. 42

A la demande de la Cour de céans le Dr Q_____ a rendu un rapport d'expertise le 28 février 2012. Un mois après le dernier entretien avec l'assurée, celle-ci avait fait à nouveau un abus médicamenteux à but suicidaire. Elle souffrait depuis la fin de l'année 2009 d'un état de dépression chronique d'intensité fluctuante, entre sévère, moyen et léger, avec une

forte anxiété et une fragilité psychologique. La dépression avait été le plus souvent d'un degré moyen, sans nature récurrente. La capacité de travail était probablement déjà réduite à 50 % depuis novembre 2009. Les critiques du SMR n'étaient pas pertinentes. Il n'avait pas relevé d'éléments discordants entre ce que l'assurée lui avait donné à constater et ce qu'elle lui avait relaté. Il avait constaté une humeur triste, l'assurée avait pleuré durant les entretiens, pleurs qui n'étaient pas provoqués que par la nature des thèmes abordés, ainsi qu'un état d'anxiété tout à fait inhabituel qu'il n'avait peut-être pas assez souligné. Les mêmes plaintes avaient également été recueillies par les différents psychiatres depuis avril 2010. Début 2011, l'épisode dépressif était d'un degré de sévérité moyen (estimé selon un score à l'inventaire de la dépression de BECK montrant une dépression sévère ainsi qu'une appréciation clinique globale). L'amélioration qui semblait se dessiner au moment de l'expertise n'avait pas eu lieu puisqu'un mois plus tard l'assurée avait fait une nouvelle tentative de suicide. Enfin, la possibilité d'un TSD ne pouvait être abordée qu'après évaluation des douleurs et limitations physiques.

E. 43

Le 16 mars 2012, l'assurée a observé que l'expert retenait une incapacité de travail avant novembre 2009 et une dépression de degré moyen, qu'il existait un substrat physique à la dépression lié au douleurs abdominales persistantes, que le trouble somatoforme douloureux pouvait donc être écarté, que les facteurs psychosociaux ou socioculturels n'étaient pas prépondérants, que l'intimé avait d'ailleurs reconnu l'incapacité de travail puisqu'il avait admis la décision de l'OFFICE CANTONAL DU CHOMAGE du 3 février 2011 la déclarant inapte au placement.

E. 44

Le 15 mars 2012 le SMR a observé que l'expert contestait le caractère récurrent de l'épisode dépressif et admettait qu'il ne s'accompagnait pas d'un syndrome somatique, que la sévérité de la dépression n'était clairement établie que depuis avril 2010, que l'expert avait retenu une capacité de travail de 50 % au moment de l'expertise et que tout portait à croire que l'aggravation était survenue après la décision contestée et qu'il convenait d'instruire les aspects survenus ultérieurement afin de déterminer leurs éventuelles répercussions sur la capacité de travail.

E. 45

Le 16 mars 2012, l'intimé a maintenu ses conclusions et estimé qu'il apparaissait qu'une aggravation de l'état de santé était rendu plausible postérieurement à la décision litigieuse pouvant, cas échéant, faire l'objet d'une demande de révision de la part de la recourante.

A/1014/2010 - 10/21 -

E. 46

Le 25 avril 2012, l'intimé a observé que le droit à une rente d'invalidité à la suite de l'incapacité de travail totale de la recourante du 15 mars 2008 au 31 mars 2009 ne pouvait être octroyée, celle-ci ayant déposé sa demande de prestations le 16 juin 2009.

E. 47

Le 3 mai 2012, la recourante a observé que l'intimé fondait son refus sur un avis du Dr N_____ qui n'avait pas examiné l'atteinte à la santé sous l'angle psychique.

E. 48

Sur quoi, la cause a été gardée à juger. EN DROIT 1. a) La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales statuant conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 LOJ en instance unique, sur les contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. b) Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). En l'espèce, l'objet du litige porte sur le droit de la recourante à une rente ou à une mesure de reclassement professionnel suite à sa demande du 15 juin 2009 et à la décision de refus de prestations de l'intimé du 24 novembre 2009. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1er janvier 2003 et s'applique donc au cas d'espèce. Tel est également le cas des modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4ème révision), entrées en vigueur le 1er janvier 2004 (RO 2003 3852) et celles du 6 octobre 2006 (5ème révision de la LAI), entrées en vigueur le 1er janvier 2008. En revanche les modifications de la LAI du 18 novembre 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1er janvier 2012, ne son pas applicables en l'espèce. 2. Par ordonnance du 2 décembre 2010, le Tribunal cantonal des assurances sociales a déclaré le recours recevable. 3. Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée,

A/1014/2010 - 11/21 - l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). 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, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). 4. a) Selon l'art. 28 LAI, 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 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable; c. au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (al. 1). La rente est échelonnée selon le taux d'invalidité (al. 2) : 40 % au moins donne droit à un quart de rente; 50 % au moins à une demie rente; 60 % au moins à un trois quarts de rente et 70 % au moins à une rente entière. b) Selon l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance 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, LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18e anniversaire de l'assuré. Selon l'art. 29bis RAI, si la rente a été supprimée du fait de l'abaissement du degré d'invalidité et que l'assuré, dans les trois ans qui suivent, présente à nouveau un degré d'invalidité ouvrant le droit à la rente en raison d'une incapacité de travail de même origine, on déduira de la période d'attente que lui imposerait l'art. 28, al. 1, let. b, LAI, celle qui a précédé le premier octroi. Selon l'art. 88a RAI, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux

habituels de l'assuré s'améliore ou que son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'atténue, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (al. 1). Si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ou si son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'aggrave, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit

A/1014/2010 - 12/21 - aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. L'art. 29bis est toutefois applicable par analogie (al. 2). 5. a) Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue, doivent être prises en compte (ATF 129 V 223 consid. 4.1, 128 V 174). b) La notion de marché équilibré du travail est une notion théorique et abstraite qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance- chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main d'oeuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés, tant au regard des exigences professionnelles et intellectuelles qu'au niveau des sollicitations physiques (ATF 110 V 273 consid. 4b p. 276; arrêt I 350/89 du 30 avril 1991 consid. 3b, in RCC 1991 p. 329). c) Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui, on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives; l'examen des faits doit être mené de manière à garantir dans un cas particulier que le degré d'invalidité est établi avec certitude. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'oeuvre (arrêt I 198/97 du 7 juillet 1998 consid. 3b et les références, in VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (arrêts I 350/89 précité consid. 3b; I 329/88 du 25 janvier 1989 consid. 4a, in RCC 1989 p. 328).

A/1014/2010 - 13/21 - d) D'après ces critères, il y a lieu de déterminer dans chaque cas et de manière individuelle si l'assuré est encore en mesure d'exploiter une capacité de travail résiduelle sur le plan économique et de réaliser un salaire suffisant pour exclure une rente. Ni sous l'angle de l'obligation de diminuer le dommage, ni sous celui des possibilités qu'offre un marché du travail équilibré aux assurés pour mettre en valeur leur capacité de travail résiduelle, on ne saurait exiger d'eux qu'ils prennent des mesures incompatibles avec l'ensemble des circonstances objectives et subjectives (arrêt 9C_313/2007 du 8 janvier 2008 consid. 5.2 in fine et la référence). 6. a) Le revenu d'invalidé doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires (ESS) de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 126 V 78 consid. 5). b) Le revenu de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la référence). Il doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires intervenue jusqu'au moment du prononcé de la décision. On ne saurait s'écarter d'un tel revenu pour le seul motif que l'assuré disposait, avant la survenance de son invalidité, de meilleures possibilités de gain que celles qu'il mettait en valeur et qui lui permettaient d'obtenir un revenu modeste (ATF 125 V 157 consid. 5c/bb et les arrêts cités); il convient toutefois de renoncer à s'y référer lorsqu'il ressort de l'ensemble des circonstances du cas que l'assuré, sans invalidité, ne se serait pas contenté d'une telle rémunération de manière durable (cf. AJP 2002 1487; RCC 1992 p. 96 consid. 4a). 7. a) En ce qui concerne la preuve, 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

A/1014/2010 - 14/21 - 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). 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 LPG), 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 n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe 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 des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 352 ss consid. 3). b) Lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 353 consid. 3b/bb). c) Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette 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. Etant 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).

A/1014/2010 - 15/21 - d) En ce qui concerne les 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc). e) Selon la jurisprudence (DTA 2001 p. 169), le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire judiciaire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170 p. 136, 1989 n° K 809 p. 206). A l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (voir RAMA 1986 n° K 665 p. 87). 8. Par ordonnance du 2 décembre 2010, le Tribunal cantonal des assurances sociales a constaté qu'aucune instruction n'avait été menée par l'intimé concernant l'état de santé psychique de la recourante, ce nonobstant les rapports du Dr L_____ du 4 mai 2010 faisant état d'un état dépressif ayant justifié l'instauration d'un traitement depuis le 10 novembre 2009, soit à une date antérieure à celle de la décision litigieuse, et du 20 mai 2010 du Centre d'accueil et d'urgences des HUG faisant état d'un trouble dépressif majeur, récurrent, épisode actuel

sévère, sans symptômes psychotiques et qu'il se justifiait ainsi de compléter l'instruction du dossier par le biais d'une expertise judiciaire psychiatrique, qu'il a confiée au Dr Q_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. 9. a) Le 3 mai 2011, le Dr Q_____ a rendu son rapport d'expertise, complété le 28 février 2012; il conclut finalement à un diagnostic d'état dépressif moyen sans syndrome somatique, entraînant une incapacité de travail à 50 % dans toute activité depuis avril 2010. Il relève que l'épisode dépressif moyen dont le degré de gravité oscille entre moyen et sévère est apparu depuis la fin 2009 mais que l'état dépressif s'est aggravé en avril 2010, puis a persisté avec un degré de sévérité moyen. Cette expertise et son complément répondent aux critères jurisprudentiels précités pour qu'ils leur soit reconnu une pleine valeur probante. En effet, les conclusions reposent sur une étude fouillée du dossier, en particulier le suivi psychiatrique par les médecins-traitants et les HUG a été résumé en détail, l'anamnèse est complète fondée notamment sur trois entretiens avec la recourante en janvier, février et mai 2011, les plaintes de la recourante sont dûment relatées, les constatations objectives corroborent le diagnostic posé et l'appréciation du cas est clair. A cet égard, l'expert

A/1014/2010 - 16/21 - a expliqué que l'intensité de l'état dépressif était documenté à partir d'avril 2010, même si celui-ci avait débuté en novembre 2009 - ce qui était notamment corroboré par l'instauration d'un traitement antidépresseur par le Dr T_____ ayant débuté le 10 novembre 2009 - et que le trouble, dans son degré de gravité actuel, soit existant depuis avril 2010, entraînait des limitations fonctionnelles partielles réduisant la capacité de travail de la recourante à 50 % (rapport d'expertise p. 13). Cette conclusion a été confirmée par la Dresse R_____ le 29 juin 2011, sous réserve du moment de la survenance de l'état dépressif, fixé à septembre 2009 au lieu de novembre 2009. Ainsi, contrairement à l'avis du SMR du 15 mars 2012, lequel constate que l'expert a retenu une capacité de travail de 50 % au moment de l'expertise, soit en 2011, cette capacité de travail partielle a en réalité été fixée depuis le 1er avril 2010. En revanche, on ne saurait considérer que l'expert retient, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'existence d'une capacité de travail limitée à 50 % depuis novembre 2009, dès lors qu'il estime que celle-ci n'est que probable et, surtout, qu'il explique que ce n'est que depuis avril 2010 que la sévérité de l'état dépressif, justifiant lui-même une capacité de travail restreinte à 50 %, a été clairement établie.

Il convient ainsi d'admettre que la recourante présente un diagnostic d'état dépressif de degré moyen entraînant, depuis le 1er avril 2010, une incapacité de travail de

E. 50

% dans toute activité.

Par ailleurs, le SMR, qui a critiqué la valeur probante de l'expertise judiciaire dans son avis du 9 juin 2011, a finalement reconnu qu'une aggravation de l'état de santé de la recourante était survenue après la décision litigieuse de novembre 2009 et qu'il convenait d'instruire le cas afin d'en déterminer les éventuelles répercussions sur la capacité de travail de la recourante. Le SMR semble ainsi admettre l'existence d'un état dépressif de degré moyen tout en estimant nécessaire de mener une instruction complémentaire afin d'évaluer le caractère incapacitant de ce diagnostic. Or, une telle instruction complémentaire est inutile dès lors que l'expert judiciaire a clairement établi l'incidence de l'affection en cause sur la capacité de travail de la recourante.

S'agissant des critiques émises par le SMR, l'expert y a répondu dans son complément d'expertise du 22 février 2012. En particulier, il a relevé que ses observations cliniques corroboraient les plaintes, notamment par la présence d'un état d'anxiété d'une intensité tout à fait inhabituelle, une tristesse et des pleurs qui n'étaient pas provoquées que par la nature des thèmes abordés, que les plaintes de la recourante avaient également été relevées par les médecins-traitants, en dehors du contexte d'une expertise. Quant au trouble somatoforme douloureux, le Dr N_____ l'a également écarté. En outre, il est à constater que les douleurs de la recourante ont été reconnues comme étant objectivées (hernie ombilicale

A/1014/2010 - 17/21 - incarcerée, douleurs postopératoires résiduelles et douleurs péri-ombilicales d'origine cicatricielle), de sorte que ce diagnostic de trouble somatoforme douloureux ne paraît pas pertinent en l'espèce. L'expert psychiatre ne l'a d'ailleurs pas retenu et aucun élément ne justifie qu'un complément soit ordonné pour investiguer cette question.

b) Du point de vue somatique, les limitations fonctionnelles reconnues tant par les Drs T_____, N_____ que le SMR entraînent selon les expertises de ces deux derniers une incapacité de travail totale du 15 mars 2008 au 31 mars 2009, de 75 % du 1er au 26 avril 2009 et de 50 % dans son activité habituelle, et nulle dans toute activité adaptée dès le 27 avril 2009; le Dr T_____ relève toutefois une capacité de travail limitée à 50 % dans toute activité peu exigeante sur le plan physique. L'avis du Dr T_____ n'est cependant pas à même de remettre en cause la conclusion des deux expertises somatiques constatant une capacité de travail totale dans une activité adaptée depuis le 27 avril 2009. Enfin, force est de constater que la SUVA a reconnu la recourante capable de travailler à plein temps dans sa qualité de nettoyeuse à la suite de sa chute du 9 janvier 2010, de sorte qu'il n'y a pas d'incapacité de travail due aux atteintes accidentelles.

c) En conséquence, il convient d'admettre que la recourante a présenté une incapacité de travail totale du 15 mars 2008 au 31 mars 2009, de 75 % du 1er au 26 avril 2009, de 50 % dans son activité habituelle et nulle dans une activité adaptée dès le 27 avril 2009 et de 50 % dans toute activité depuis le 1er avril 2010. 10. a) Il convient de déterminer le taux d'invalidité de la recourante antérieurement au 24 novembre 2009. Préalablement il convient de constater que le statut d'active de la recourante n'est pas contesté. Elle a d'ailleurs cumulé un emploi à raison de 20 heures par semaine comme nettoyeuse et de 16 heures par semaine comme femme de chambre, soit 36 heures par semaine et a déclaré lors de l'entretien à l'OAI du 7 juillet 2009 que son taux d'activité correspondait à un 100 % et qu'elle souhaitait trouver une situation professionnelle à 100 % (rapport d'évaluation du 13 juillet 2009). A l'échéance du délai d'un an, soit au 15 mars 2009, la recourante, qui a présenté une incapacité de travail totale, a droit à une rente entière d'invalidité. Ensuite, soit depuis le 27 avril 2009, la recourante a recouvré une capacité de travail totale dans une activité adaptée, de sorte que le taux d'invalidité peut être calculé comme suit : Le revenu de la recourante a fluctué notamment entre 2005 et 2008, son activité auprès de l'hôtel Y_____, avec un salaire annuel de respectivement 10'201 fr., 27'041 fr., 14'429 fr. et 4'929 fr., le travail étant effectué sur appel selon les indications de l'intimé (note de clôture du 19 octobre 2009). Quant au revenu

A/1014/2010 - 18/21 - réalisé auprès de Z_____ SA, l'intimé a renoncé à requérir des informations complémentaires auprès de cet employeur. Faute d'éléments permettant d'établir le salaire de la recourante avant son invalidité, il convient, comme l'a fait l'intimé, de se référer au salaire statistique. L'intimé s'est fondé pour cela sur un revenu de 50 % dans le domaine du nettoyage et de l'hygiène publique et de 50 % dans le domaine de l'hôtellerie,

restauration et économie domestique selon le tableau TA7 de l'ESS 2006. Or, ce tableau se réfère au salaire mensuel brut dans le secteur privé et le secteur public, ce qui ne se justifie pas en l'espèce. La référence au salaire statistique du tableau TA1 (secteur privé) correspond mieux à la réalité (secteur hôtellerie et restauration n° 55). En conséquence, le revenu sans invalidité correspond à un salaire mensuel brut de 3'647 fr. (ESS 2008 - Tableau TA1 - n° 55 - niveau 4 - femme), soit annuel de 43'764 fr. Adapté à la moyenne de la durée hebdomadaire normale de travail dans les entreprises en 2008 (41,6 heures - La vie économique - 3 - 2012 - p. 94 Tableau B.9.2) il est de 45'515 fr. Indexé en 2009, il est finalement de 46'471 fr. Quant au revenu d'invalidité, il peut être calculé en se fondant sur le salaire issu de l'ESS 2008 pour une activité femme de niveau 4 (ESS 2008, tableau TA1, total femme niveau 4) soit 4'131 fr., annuel de 49'572 fr. Adapté à une durée hebdomadaire normale de travail de 41,6 heures en 2008 (La Vie économique 3 - 2012 p. 94, Tableau B9.2) il est de 51'555 fr. Indexé en 2009, il est de 52'638 fr. (+ 2,1 selon la statistique suisse). A l'instar de l'intimé, il convient encore d'appliquer à ce revenu une déduction de 10 % de sorte qu'il est de 47'374 fr. Le taux d'invalidité est ainsi négatif : $46'471 - 47'374 = - 2\%$ 46'471 Partant, dès le 1er août 2009 (art. 88a RAI), aucune rente d'invalidité n'est due à la recourante. S'agissant de la rente d'invalidité limitée dans le temps, il convient toutefois de constater que la recourante n'y a pas droit, en application de l'art. 28 LAI, sa demande de prestations ayant été formée le 15 juin 2009 (art. 29 al. 1 LAI). b) De jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (cf. ATF 131 V 242 consid. 2.1 p. 243, 121 V 362 consid. 1b p. 366). Pour des motifs d'économie de procédure, la procédure juridictionnelle administrative peut être étendue à une question en état d'être jugée qui excède l'objet de la contestation, c'est-à-dire le

A/1014/2010 - 19/21 - rapport juridique visé par la décision, lorsque cette question est si étroitement liée à l'objet initial du litige que l'on peut parler d'un état de fait commun, et à la condition que l'administration se soit exprimée à son sujet dans un acte de procédure au moins (ATF 130 V 501 consid. 1.2 p. 503, ATF 122 V 34 consid. 2a p. 36 et les références). En l'espèce, il se justifie d'étendre l'objet du litige dès lors que l'expertise judiciaire a permis d'établir que la recourante présente depuis le 1er avril 2010 une capacité de travail réduite de 50 % dans une activité adaptée, de sorte qu'au 31 mars 2011, elle aura été en incapacité de travail d'au moins 40 % pendant une année. Le taux d'invalidité peut être calculé à cette date, l'année 2010 étant prise en compte, comme année de référence, permettant d'effectuer les calculs les plus récents (notamment concernant l'indexation des salaires). Le revenu sans invalidité est celui calculé ci-dessus, soit de 46'471 fr. en 2009. Indexé en 2010 (+ 0,8 en 2010 selon la statistique suisse) il est de 46'843 fr. Quant au revenu avec invalidité, il peut se fonder, compte tenu d'une capacité de travail de la recourante de 50 % dans une activité adaptée, sur le salaire mensuel brut issu de l'ESS 2010 (Tableau TA1, total femme, niveau 4) soit 4'225 fr., annuel 50'700 fr. soit à 50 %, 25'350 fr. Adapté à une durée hebdomadaire normale de travail de 41,6 heures en 2010, il est de 26'364 fr. L'intimé a appliqué une déduction globale de 10 %. Cette déduction doit être augmentée à 15 % dès lors qu'elle ne tenait pas compte d'un travail à temps partiel, l'intimé s'étant fondé, dans son calcul, sur un revenu d'invalidité à 100 %. En conséquence, le revenu d'invalidité 2010 est de 22'409 fr. Le taux d'invalidité est ainsi de 52 %, soit : $46'843 - 22'409 = 52,16\% = 52\%$ (ATF 130 V 121) 46'843

Ce taux donne droit à une demi-rente d'invalidité dès le 1er avril 2011. A cet égard, l'art. 29bis RAI ne trouve pas application au cas d'espèce, le nouveau droit à la rente étant fondé sur une incapacité de travail d'origine psychiatrique alors que l'incapacité de travail admise antérieurement était d'origine somatique. 11. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis, la décision litigieuse confirmée et il sera dit que la recourante a droit à une demi-rente d'invalidité depuis le 1er avril 2011. Aucune indemnité ni aucun émolument ne sera toutefois mis à la charge de l'intimé dès lors que les frais de procédure ne sauraient être mis à la charge de l'Office AI en

A/1014/2010 - 20/21 - cas d'extension de la procédure administrative juridictionnelle, l'assuré succombant sur l'objet de la contestation (ATF du 2 juin 2010 9C 967/2009).

A/1014/2010 - 21/21 -

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.