

GE_GERICHTE ATAS/61/2019 vom 28. Januar 2019

GE Cour de justice, 2019-01-28, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_61_2019

FR: GE_GERICHTE ATAS/61/2019 du 28 janvier 2019

IT: GE_GERICHTE ATAS/61/2019 del 28 gennaio 2019

Erwägungen

E. 17

La recourante conteste la décision entreprise, en tant qu'elle s'est basée, à tort, selon elle, sur une expertise à laquelle elle estime que l'on ne saurait reconnaître une valeur probante, pour divers motifs qui seront examinés ci-après. Il convient dès lors de déterminer si l'on peut reconnaître une pleine valeur probante à l'expertise. Dans le cas d'espèce, la chambre de céans considère que toutes les conditions posées par la jurisprudence rappelée précédemment pour que puisse être reconnue une pleine valeur probante à un rapport d'expertise administrative sont réunies. En

A/560/2018 - 21/27 - effet, l'expertise psychiatrique litigieuse a été confiée par l'OAI à la Dresse J_____, médecin indépendant de l'intimé et spécialiste en psychiatrie et psychothérapie reconnue. L'expertise se base sur l'étude du dossier de l'OAI, deux entretiens avec l'expertisée les 28 septembre et 19 octobre 2017 (d'une durée totale de 220 minutes), un entretien téléphonique avec le médecin traitant généraliste, deux entretiens téléphoniques, respectivement avec le psychologue traitant actuel, et avec l'ancien psychologue traitant, et un entretien avec le frère de l'expertisée. L'experte a en outre procédé à des examens complémentaires sous forme de tests psychométriques. L'expertise a ainsi été rendue sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier. L'experte aboutit à des résultats convaincants. Elle a tenu compte de l'intégralité des avis exprimés par les médecins traitants et thérapeutes – le psychologue actuel et le précédent - et les experts ayant précédemment eu à connaître du cas de l'assurée, notamment le Dr I_____, expert désigné par l'assureur perte de gain en 2014 et les spécialistes du SMR ayant procédé à un examen bidisciplinaire rhumato-psychiatrique de l'assurée, dont les conclusions avaient conduit l'intimé à reconnaître à l'assurée une rente entière d'invalidité fondée sur un degré d'invalidité de 100% dès le 1er janvier 2014, par décision du 27 janvier 2015. Les observations et conclusions de la Dresse J_____ reposent sur une anamnèse très complète; les plaintes de la patiente ont dûment été prises en compte; l'examen clinique de l'expertisée a été complété par des tests psychométriques, qui ont notamment permis à l'experte d'objectiver les plaintes de la patiente. Elle a posé des diagnostics précis, distinguant ceux qu'elle retenait comme incapacitants au sens de l'assurance-invalidité de ceux qui ne l'étaient pas. L'experte s'est prononcée en toute connaissance de cause, prenant en compte la situation médicale et personnelle de la patiente, dans tous ses aspects, tant physiques que psychiques que par rapport aux facteurs psychosociaux ou socioculturels. Elle a discuté ces diagnostics et les a justifiés par une argumentation solide, et expliqué en quoi les facteurs psychosociaux ou socioculturels interféraient sur l'état de santé de l'assurée (voir ci-dessus en fait ad ch. 19). Elle s'est prononcée sur toutes les questions posées par l'OAI, notamment sur la CT dans la dernière activité exercée et dans une activité adaptée éventuelle, considérant que la CT était

actuellement nulle dans toute activité professionnelle, y compris une activité adaptée sans exigence de rendement.

E. 18

La recourante considère que l'expertise pluridisciplinaire serait dépourvue de valeur probante pour les motifs suivants : a. que les diagnostics qu'elle retient ne sont pas d'emblée invalidants, et en particulier celui de trouble dépressif décrit comme épisode actuel modéré persistant depuis 2013 (F33.1) ne le serait pas. Ce grief n'est pas fondé. L'experte, dont les conclusions sont d'ailleurs concordantes avec celles, non seulement du médecin traitant (Dresse C_____) et du psychiatre traitant (Dr E_____), mais également des experts qui se sont précédemment

A/560/2018 - 22/27 - prononcés sur le cas (tant le Dr I_____ (7 avril 2014), que le Dr Pierre M_____ (SMR), lors de l'examen bidisciplinaire du SMR du 7 mai 2014, concluaient à une IT totale dans toute activité en raison d'un épisode dépressif moyen en rémission partielle (F33.1) pour le Dr I_____, respectivement un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F33.11) pour le Dr Pierre M_____ [SMR]), a en outre retenu d'autres diagnostics psychiatriques incapacitants (troubles mixtes de personnalité, borderline, dépendante et anankastique (F61) depuis le début de l'âge adulte, anxiété généralisée (F41.1) depuis l'adolescence précisant pour le trouble dépressif récurrent, épisode actuel modéré (F33.1) que celui-ci avait son origine dès l'adolescence et que l'épisode actuel durait depuis 2013. Loin de s'en tenir à l'énumération de ces diagnostics, l'experte a soigneusement motivé ses conclusions, et a expliqué de façon convaincante l'interaction des diagnostics, le trouble de l'humeur et les symptômes anxieux péjorant davantage les limitations fonctionnelles dues au trouble de la personnalité. L'experte s'est prononcée sur la cohérence entre les diagnostics, les plaintes de l'expertisée et son comportement en examen, et le mode de fonctionnement induit par les troubles psychiatriques identifiés, expliquant et justifiant les limitations retenues, et expliquant finalement l'IT totale actuelle. Au demeurant, aucun indice ne laisse supposer que l'experte n'aurait pas pris en compte les indicateurs déterminants selon la jurisprudence désormais bien connue, et qu'elle aurait manqué de les apprécier de manière satisfaisante pour conclure à une incapacité entière de travail. b. La recourante reproche à l'experte d'avoir retenu une totale incapacité de travail actuelle de l'assurée, sur la seule base des explications subjectives de l'assurée, et sur la base de seuls motifs d'ordres familiaux, relationnels, soit pour des motifs étrangers au droit de l'assurance-invalidité. Là encore la recourante se trompe. S'il est vrai que pour qu'une invalidité soit reconnue, il est en effet nécessaire qu'un substrat médical pertinent entrave la capacité de travail (et de gain) de manière importante et soit à chaque fois mis en évidence par un médecin spécialisé, plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus le diagnostic médical doit préciser si l'atteinte à la santé psychique équivaut à une maladie. Il ne suffit donc pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes relevant de facteurs socioculturels; il faut au contraire que celui-ci comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels qu'une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable et non une simple humeur dépressive. En définitive, une atteinte psychique influençant la capacité de travail de manière autonome est nécessaire pour que l'on puisse parler d'invalidité. Tel n'est en revanche pas le cas lorsque l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments trouvant leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial (ATF 127 V 294 consid. 5a et les références). Or, dans le cas

d'espèce l'experte a certes relevé les éléments relevant du domaine socioculturel ou

A/560/2018 - 23/27 - psychosocial, mais elle a montré de manière convaincante en quoi l'assurée, en raison des troubles mentaux ayant valeur de maladie l'empêchaient de surmonter ses difficultés. c. La recourante voit au contraire la justification de l'incapacité totale de travail de l'assurée comme tenant aux difficultés de cette dernière de trouver une solution pour la garde de ses enfants, motif lui aussi totalement étranger au droit de l'assurance-invalidité. Elle voit ainsi dans l'incapacité de travail de l'assurée un manque d'organisation pour faire garder ses enfants par des tiers ; la recourante estime légitime de se poser la question de savoir si l'assurée n'a pas décidé de se consacrer à plein temps à ses enfants en refusant de les faire garder par des tiers, et de garder son énergie pour ses loisirs physiques. On ne saurait suivre la recourante dans cette argumentation peu convenante, telle qu'exprimée. Elle trouve pour l'essentiel son origine dans un courrier de la recourante à l'OAI du 2 juin 2015 (ci-dessus en fait ad ch. 14) dont la teneur était la suivante: "Suite à notre conversation téléphonique, je vous écris pour vous indiquer que je me sens mieux et que j'ai envie de reprendre une activité professionnelle. Je joins à ce courrier l'attestation que mon médecin vous a envoyée en février et qui s'est perdu en route, semblerait-il. Il semblerait que l'AI peut parfois trouver un stage pour une réinsertion professionnelle et/ou coach. Je serais ravie de bénéficier de ceux-ci ou sinon d'aide pour trouver un emploi. De mon côté je regarde si je peux trouver un emploi entre 50 et 70 %. En outre, la crèche du Lignon ne m'octroie pas de place pour mes enfants si je ne suis pas en emploi. Cela fait maintenant 3 ans que je suis sur la liste d'attente pour avoir enfin fait place. Or, si je n'ai pas de place en crèche, je ne peux pas aller travailler. C'est le serpent qui se mord la queue. Ce serait fabuleux si votre office pouvait appuyer par un courrier le fait que je vais travailler bientôt. Dans l'attente de votre courrier pour la crèche,..." Dans son argumentation, la recourante n'a retenu de ce courrier que la phrase : « Or, si je n'ai pas de place en crèche, je ne peux pas aller travailler. » Cet extrait est manifestement sorti de son contexte, et le grief et les déductions qu'en tire la recourante sont totalement inappropriés. La lecture objective de ce courrier montre au contraire la volonté de l'assurée de retrouver rapidement un emploi, ceci de manière progressive, puisque recherchant une place à un taux de 50 à 70 %. Replacée dans son contexte, la phrase litigieuse s'inscrit dans les difficultés que l'assurée explique rencontrer auprès de la crèche où elle est inscrite de longue date, précisément dans la perspective d'une reprise possible d'une activité. Suggérant qu'une démarche de l'OAI, sous forme de courrier, serait un atout vis-à-vis de la crèche, elle explique tout simplement, de façon spontanée, pourquoi elle observe que « c'est le serpent qui se mord par la queue ». Et si malheureusement la démarche de l'assurée auprès de l'OAI, au début juin 2015, s'est révélée par trop optimiste, cette tentative de reprise d'une activité professionnelle n'a pas échoué en raison de l'impossibilité de l'assurée de faire garder ses enfants par des tiers, mais

A/560/2018 - 24/27 - au contraire, au degré de la vraisemblance prépondérante requise en matière d'assurances sociales, à la fragilité de la recourante, sur le plan psychiatrique, ses médecins ayant alors estimé que son état commandait de différer une telle tentative de reprise progressive d'activité. Cette situation est du reste très bien expliquée par l'experte, qui en a développé les mécanismes. À cela s'ajoutent encore des arguments dénigrants, de la part de la recourante, qui suggère une attitude de pur confort de la part de l'assurée, en mettant en exergue, outre cette petite phrase anodine, le fait que d'un autre côté, l'assurée réserverait son énergie à des activités sportives. Là encore, - n'en déplaise à la recourante - l'expertise de la Dresse J_____ est convaincante, montrant que l'assurée est désireuse

d'exploiter ses ressources pour tenter de surmonter, comme elle le peut, ses difficultés psychiques.

E. 19

La recourante fait encore grief à l'OAI de ne pas s'être écarté des conclusions de l'expertise, toujours incohérentes à ses yeux, en imputant à l'intimé de ne pas avoir considéré que si l'atteinte à la santé était si importante, au point que l'on doive conclure à une incapacité totale de travail quelle que soit l'activité, on devrait en déduire que l'assurée serait, de même, dans une totale incapacité de s'acquitter de ses tâches ménagères et surtout à gérer ses tâches éducatives à l'égard de ses enfants. La recourante suggère que dans cette situation, les enfants de l'assurée seraient en danger, et qu'il appartiendrait dès lors à l'autorité de signaler le cas aux services compétents (service de protection de l'adulte et de l'enfant, de protection de la jeunesse,...). On ne saurait suivre la recourante, dans une telle argumentation, qui n'est pas exempte d'ironie, et qui ne saurait suppléer à l'absence de motifs convaincants, propres à susciter le moindre doute quant aux constatations pertinentes de l'expert, des médecins du SMR, et finalement des conclusions justifiées auxquelles l'intimée est parvenu.

E. 20

La recourante reproche encore à l'OAI de ne pas avoir diligencé de mesures médicales (suivi par un psychiatre et prescription de médicaments), et de mesures professionnelles qui, selon la recourante devaient conduire au remplacement de la rente par des indemnités journalières. À cet égard, et s'agissant des mesures médicales, l'expert a, une fois encore, expliqué de manière convaincante, les raisons pour lesquelles le suivi actuel par un psychologue, n'intervenant pas dans le cadre d'une psychothérapie déléguée par un psychiatre, était parfaitement adéquat et devait être poursuivi. S'agissant d'une tentative de réintroduction d'une thérapie médicamenteuse (dont l'absence, à l'époque, tenait à l'allaitement du deuxième enfant de l'assurée, comme le soutient encore la recourante; mais par la suite les tentatives de prescriptions avaient été interrompues en raison des effets secondaires, ce que la recourante semble oublier), l'experte la retient. Elle considère en revanche qu'il est inutile d'instaurer un suivi par un psychiatre, la gestion médicamenteuse pouvant, en l'espèce, être assumée par le médecin-traitant généraliste.

A/560/2018 - 25/27 - Ceci dit, la chambre de céans n'a pas à se prononcer sur les faits et éléments du dossier postérieurs à la décision entreprise. Quoi qu'il en soit, la recourante perd de vue que l'art. 22 al. 5bis LAI prescrit que lorsqu'un assuré reçoit une rente de l'AI, celle-ci continue de lui être versée en lieu et place d'indemnités journalières durant la mise en œuvre des mesures de réinsertion au sens de l'art. 14a et des mesures de nouvelle réadaptation au sens de l'art. 8a.

E. 21

Enfin, la recourante reproche à l'intimé de ne pas avoir remis en cause le statut d'assurée; en l'occurrence en retenant un statut de ménagère à plein temps. Tant lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci (art. 17 LPGa), il faut examiner sous l'angle des art. 4 et 5 LAI quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer (art. 28a LAI, en corrélation avec les art. 27 ss RAI). Le choix de l'une des trois méthodes entrant en considération (méthode générale de comparaison des revenus, méthode mixte, méthode spécifique) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré exerçant une activité lucrative à

temps partiel, assuré non actif. On décidera que l'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Lorsque l'assuré accomplit ses travaux habituels, il convient d'examiner, à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle, si, étant valide il aurait consacré l'essentiel de son activité à son ménage ou s'il aurait exercé une activité lucrative. Pour déterminer le champ d'activité probable de l'assuré, il faut notamment prendre en considération la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels (ATF 137 V 334 consid. 3.2; ATF 117 V 194 consid. 3b; Pratique VSI 1997 p. 301 ss consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_722/2016 du 17 février 2017 consid. 2.2). Cette évaluation tiendra également compte de la volonté hypothétique de l'assurée, qui comme fait interne ne peut être l'objet d'une administration directe de la preuve et doit être déduite d'indices extérieurs (arrêt du Tribunal fédéral 9C_55/2015 du 11 mai 2015 consid. 2.3 et l'arrêt cité) établis au degré de la vraisemblance prépondérante tel que requis en droit des assurances sociales (ATF 126 V 353 consid. 5b; ATAS/1122/2018). En l'espèce, le statut de l'assurée, mixte (80% active / 20% consacrés aux tâches ménagères), retenu par l'intimé dans sa précédente décision (27 janvier 2015), n'avait pas lieu d'être revu, aucun élément du dossier ne permettant d'avoir le moindre doute sur le fait que l'assurée, sans atteinte à la santé, aurait exercé une activité lucrative, en tout cas à hauteur de 80 % comme c'était le cas au moment où elle a cessé sa dernière activité, dans le courant de l'année 2014, soit au même taux, malgré la naissance de son deuxième enfant, comme elle l'a d'ailleurs confirmé.

E. 22

En tous points mal fondé, le recours sera rejeté.

A/560/2018 - 26/27 -

E. 23

Etant donné que la procédure n'est pas gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner la recourante au paiement d'un émolument de CHF 300.-.

A/560/2018 - 27/27 - 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.