

GE_GERICHTE ATAS/704/2014 vom 11. Juni 2014

GE Cour de justice, 2014-06-11, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_704_2014

FR: GE_GERICHTE ATAS/704/2014 du 11 juin 2014

IT: GE_GERICHTE ATAS/704/2014 del 11 giugno 2014

Erwägungen

E. 25

Après en avoir informé les parties, la chambre de céans a, par ordonnance du 18 avril 2013, mis en œuvre une expertise et l'a confiée au docteur T_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie (ATAS/367/2013).

E. 26

Par rapport du 6 novembre 2013, le Dr T_____ a diagnostiqué, après avoir examiné la recourante les 7 juin, 29 juillet, 14 et 28 août 2013, une modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (F62.0) et un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen sans syndrome somatique (F33.10). Le trouble grave de la personnalité dont la recourante souffrait était consécutif à la répétition des maltraitances physiques et des traumatismes psychiques. Après avoir été victime de la brutalité de son père, elle avait subi en 2000 une très violente agression perpétrée par son compagnon. Elle avait cru mourir et en avait gardé d'importantes séquelles psychologiques. C'est après ce traumatisme que sa personnalité s'était modifiée et qu'étaient apparus les traits pathologiques qui persistaient à ce jour. Les effets destructeurs de cette agression avaient été amplifiés par les coups et les humiliations que le père de ses enfants lui avait infligés pendant des années, la recourante ayant été maltraitée et battue entre 2005 et 2009. A côté des symptômes anxieux et dépressifs, la recourante présentait donc des traits pathologiques de personnalité qui s'étaient fixés du fait de la répétition des traumatismes: il s'agissait de traits caractérisant la personnalité évitante (sentiment persistant de tension et d'appréhension, perception de soi comme socialement incompétente et sans attrait, préoccupation excessive par la crainte d'être critiquée ou rejetée, restriction du style de vie résultant d'un besoin de sécurité, évitement des activités sociales), la personnalité borderline (instabilité de l'humeur, éclats de colère et comportements explosifs, mauvaise image de soi et incertitude quant à ses objectifs et ses choix de vie, efforts démesurés pour éviter les abandons) et, dans une moindre mesure, la personnalité paranoïaque (caractère méfiant et soupçonneux, tendance à la rancœur et au ressentiment, interprétativité). Le diagnostic de modification durable de la personnalité après une expérience catastrophe était le plus approprié: il rendait compte de l'étiopathogénie de la complexité de l'expression clinique du trouble. Bien que la recourante présentait certains traits de la personnalité émotionnellement labile de type borderline, ce diagnostic était insuffisamment fondé. En effet, d'importantes caractéristiques de ce trouble n'étaient pas présentes et l'altération de la personnalité était apparue dans les suites

A/2977/2012 - 8/18 - d'un traumatisme sévère et les troubles s'étaient aggravés dans un contexte de violences répétées, endurées pendant des années. Ces troubles psychiatriques avaient eu des conséquences très délétères au plan relationnel, social et professionnel ; ils nécessitaient un traitement spécialisé long et difficile. Ces troubles psychiques avaient

valeur de maladie selon la CIM-10. Le trouble de la personnalité constituait l'élément psychopathologique stable et permanent ; il contribuait à pérenniser l'état dépressif et anxieux. L'état dépressif était attesté depuis 2001 (d'autres diagnostics avaient été posés, un état de stress post-traumatique, une personnalité borderline que l'expert ne retenait pas). Récurrent et d'intensité fluctuante, il n'avait pas toujours été présent depuis cette période. Il était actuellement d'un degré de gravité moyen. Le trouble de la personnalité s'était développé progressivement depuis 2000. Son intensité s'était très certainement accentuée avec la répétition des maltraitances subies entre 2005 et 2009. Il était sévère. L'évolution de l'état de santé de la recourante avait été globalement défavorable ces dernières années. Cela résultait en grande partie du fait que les traumatismes physiques et psychiques dont elle avait été victime à différentes époques de sa vie (violences physiques et humiliations), avaient profondément altéré sa personnalité et généré des troubles graves qui n'avaient pas fait l'objet d'un traitement spécifique. Le trouble de la personnalité était un facteur de maintien de l'état anxio-dépressif, dont il compliquait le traitement. Les limitations fonctionnelles étaient de la fatigabilité, de l'anergie, un abaissement de l'humeur, une instabilité émotionnelle et un mauvais contrôle de soi, un repli dépressif et un retrait social, un manque de confiance en soi, des difficultés cognitives (troubles de la mémoire et de la concentration, difficultés d'organisation et de planification), des crises d'anxiété et une fragilité face aux stress psycho-sociaux. En raison des limitations fonctionnelles qu'entraînaient les troubles psychiatriques, l'incapacité de travail, présente depuis 2010, était totale dans l'activité d'employée de banque. Dans une activité adaptée, c'est-à-dire peu exigeante du point de vue cognitif (concentration, mémoire, organisation, prise de décision), se déroulant dans un contexte relationnel peu stressant et n'exigeant pas un rendement élevé, la capacité de travail était de 50%, avec éventuellement une légère baisse de rendement d'environ 20% selon le type d'activité. L'instabilité de l'état psychique de la recourante entraînait un risque d'absences imprévisibles et répétées qui pourraient compromettre l'exercice régulier d'une activité lucrative, fût-elle à temps partiel. Une organisation souple des horaires serait pour cette raison souhaitable. Le domaine d'activité devrait être défini par des évaluations en milieu spécialisé et prendre compte des limitations décrites. Le taux d'incapacité était resté identique depuis 2010. Les ressources psychiques et cognitives exigées pour une réadaptation professionnelle faisaient actuellement défaut. Son état clinique devrait être amélioré et stabilisé avant que de telles mesures ne soient mises sur pied. Les troubles

A/2977/2012 - 9/18 - nécessitaient une prise en charge spécialisée. La recourante suivait depuis mars 2013 un traitement psychiatrique qu'elle semblait bien investir. L'examen neuropsychologique pratiqué en juillet-août 2011 par Mmes L_____ et N_____ avait mis en évidence « au premier plan des troubles au niveau des fonctions exécutives (capacités de planification et de flexibilité mentale) et au niveau du calcul », ainsi que des troubles attentionnels. Une symptomatologie anxio-dépressive importante avait également été relevée au cours de l'examen. Les perturbations mises en évidence par l'examen neuropsychologique étant probablement multifactorielles, un nouveau bilan devrait être effectué après régression de la symptomatologie anxio-dépressive.

L'expert ne partageait pas les conclusions du rapport d'examen du SMR du 21 février 2012, tant en ce qui concerne les diagnostics que la capacité de travail retenus. Le diagnostic de personnalité émotionnellement labile type borderline (F60.31) avait été retenu, mais l'examinateur n'avait pas apporté d'éléments anamnestiques ou cliniques permettant de

justifier ce diagnostic. Or, ce diagnostic ne pouvait être retenu. La recourante souffrait d'un trouble sévère de la personnalité consécutif aux nombreux traumatismes qu'elle avait endurés (tout particulièrement celui de 2000). Leurs conséquences gravement délétères n'avaient pas été prises en compte par les examinateurs. L'altération de la personnalité se manifestait par des traits relevant de plusieurs troubles spécifiques (traits évitants, paranoïaques et borderline), ce qui amenait à poser le diagnostic de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe. Ce trouble était sévère et avait des répercussions sur la capacité de travail de l'expertisée. S'agissant du rapport du Dr S_____, l'expert était pour l'essentiel d'accord avec les diagnostics retenus et les divergences étaient mineures. Elle concernait l'appréciation du degré de sévérité de l'état dépressif : l'expert le considérait comme moyen (en juillet-août 2013), alors que le Dr S_____ le jugeait sévère en octobre-novembre 2012. Le diagnostic de trouble borderline ne pouvait pas être retenu. L'expert estimait, comme le Dr S_____, que les traumatismes répétés étaient à l'origine d'une modification durable de la personnalité de la recourante et que ce diagnostic rendait le mieux compte de la symptomatologie et des altérations de son fonctionnement psychique. L'appréciation de la capacité de travail résiduelle était la même (50% dans une activité adaptée).

E. 27

Par écriture du 20 novembre 2013, la recourante a conclu à l'octroi d'une rente entière d'invalidité au vu des conclusions du rapport d'expertise judiciaire, qui avait pleine valeur probante. Les limitations indiquées ne lui permettaient pas de mettre économiquement en valeur sa capacité de travail résiduelle sur le marché ordinaire de l'emploi. Une activité ne pourrait se réaliser qu'après des mesures professionnelles, lesquelles n'étaient pas réalisables actuellement, faute de ressources psychiques et cognitives.

A/2977/2012 - 10/18 -

E. 28

Par pli du 8 janvier 2014, l'intimé a maintenu ses conclusions émises le 11 février 2013. Le rapport d'expertise avait été soumis au SMR, lequel, par avis du 3 décembre 2013, a estimé qu'il n'y avait pas de discordances entre l'anamnèse du Dr T_____ et celle du Dr Q_____. La recourante avait été battue par son premier compagnon. En 2000, elle l'avait quitté. En 2004, elle avait retrouvé un nouveau compagnon, père de ses enfants, qui l'avait à nouveau battue. Le SMR a noté que la recourante avait été en incapacité de travail totale entre septembre 2001 et juillet 2004 et au bénéfice d'une rente AI. Elle avait connu ensuite une longue période de chômage en 2005-2006. Elle avait fait deux stages dans le cadre du chômage, d'une durée de quelques mois, le premier en tant que secrétaire administrative à l'OCE, le second comme gestionnaire de frais de traitement à la SUVA. Ce dernier stage avait été interrompu par sa première grossesse. On pouvait donc en conclure que la recourante avait récupéré une capacité de travail. Cela était important à souligner, étant donné que la cause d'incapacité de travail établie par le Dr T_____ était celle d'une modification durable de la personnalité (F62.0). Etant donné qu'il y avait eu une amélioration de l'état de santé après l'événement décrit en 2000 comme cause de stress post-traumatique, le SMR était en désaccord avec le diagnostic posé par le Dr T_____. Il y avait eu une amélioration puisque la recourante avait été capable de suivre deux stages et que le dernier avait été interrompu par une grossesse et non par une maladie. Cela voulait dire que le syndrome de stress post-traumatique avait suivi une évolution naturelle

favorable, c'est-à-dire la guérison. Par conséquent, le SMR pensait que le Dr T_____ basait ses conclusions sur des données subjectives. L'analyse du Dr Q_____ semblait plus cohérente et objective. L'intimé a ajouté que le status psychiatrique du Dr T_____ se recoupait presque totalement avec celui du Dr Q_____. Les seuls points divergents étaient : la présence d'idées suicidaires récurrentes avec projet (prise de médicaments) qui n'était pas présente lors de l'expertise du Dr T_____. Lors de l'entretien avec le Dr Q_____, il a été constaté qu'il n'y avait pas de symptomatologie anxieuse type crise de panique déclenchée, alors que lors du 3ème entretien avec le Dr T_____, l'anxiété était visible. Par conséquent, l'intimé estimait que les conclusions du Dr T_____ et celles du Dr S_____ relevaient manifestement d'une appréciation différente d'un même état de fait.

E. 29

A la demande de la chambre de céans, l'intimé a, par pli du 19 mai 2014, confirmé que la décision datée du 29 août 2012 avait été adressée à la recourante en date du 10 septembre 2012.

E. 30

Sur ce, la chambre de céans a gardé la cause à juger.

EN DROIT 1. La chambre de céans a déjà examiné les questions de sa compétence et de la recevabilité du recours dans son ordonnance du 18 avril 2013, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'y revenir ici (ATAS/367/2013).

A/2977/2012 - 11/18 - 2. A teneur de l'art. 1 al. 1 de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI ; 831.20), les dispositions de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3). Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4ème révision), du 6 octobre 2006 (5ème révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1er janvier 2004, respectivement, le 1er janvier 2008 et le 1er janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). 3. En l'espèce, la décision litigieuse est postérieure à l'entrée en vigueur des modifications de la LAI suscitées. Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à des prestations d'invalidité doit être examiné au regard des modifications de la LAI consécutives aux 4ème, 5ème et 6ème révisions de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (ATFA non publié I 249/05 du 11 juillet 2006, consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance- invalidité du 22 juin 2005, FF

2005 p. 4322). 4. L'objet du litige porte sur la question de savoir si la recourante a droit à des prestations d'invalidité, étant précisé que par décision du 22 avril 2005, entrée en force, la recourante a été mise au bénéfice d'une rente entière du 1er septembre 2002 au 31 octobre 2004. 5. Quand l'administration entre en matière sur une nouvelle demande [art. 87 al. 3 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI ; RS 831.201)], elle doit examiner la cause sur le fond et déterminer si la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré a effectivement eu lieu (ATF 117 V 198 consid. 3a). Selon la jurisprudence, elle doit procéder de la même manière que dans les cas de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (ATF 133 V 545 consid. 6), c'est-à-dire comparer les circonstances existant lorsque la nouvelle décision est prise avec celles qui existaient lorsque la dernière décision

A/2977/2012 - 12/18 - reposant sur un examen matériel du droit à la rente est entrée en force (ATF 133 V 108; 130 V 71) pour apprécier si dans l'intervalle est intervenue une modification sensible du degré d'invalidité justifiant désormais l'octroi d'une rente. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5). 6. 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). Selon l'art. 7 LPGA, 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 (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008). En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins. Pour évaluer le taux d'invalidité, 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 et art. 28a al. 1 LAI). 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 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (Arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1). 7. 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 LPGA. 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

A/2977/2012 - 13/18 - objectivement que possible (ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références ; cf. aussi ATF 127 V 294 consid. 4c in fine). Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. A cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294 consid. 4c; ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références). 8. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement 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 sont raisonnablement exigibles de la part de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4; ATF 115 V 134 consid. 2; ATF 114 V 314 consid. 3c; ATF 105 V 158 consid. 1). 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 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 ainsi 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). Le juge ne s'écarter en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, 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

A/2977/2012 - 14/18 - de s'écarter d'une expertise 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 352 consid. 3b/aa et les références). S'agissant de la valeur probante 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.

Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). 9. Par ailleurs, le juge des assurances sociales 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. Selon la jurisprudence et la doctrine, l'autorité administrative ou le juge ne doit considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (KUMMER, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4ème édition Berne 1984, p. 136 ; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2ème édition, p. 278 ch. 5). Dans le domaine des assurances sociales, le juge 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 paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5 let. b ; ATF 125 V 195 consid. 2 et les références). 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). 10. En l'occurrence, l'intimé a, par une première décision du 22 avril 2005 entrée en force, octroyé à la recourante une rente entière du 1er septembre 2002 au 31 octobre 2004 en raison d'un épisode dépressif en rémission. Suite à la nouvelle demande de prestations déposée par la recourante le 1er novembre 2011, l'intimé a procédé à une instruction médicale. En se fondant sur l'examen rhumatologique et psychiatrique effectué par le SMR le 21 février 2012, l'intimé a retenu que la recourante ne présentait aucune atteinte ayant une répercussion sur sa capacité de travail, ce que conteste la recourante en se référant aux appréciations des Drs S_____ et O_____.

A/2977/2012 - 15/18 - Dans le cadre de la présente procédure, la recourante a été soumise à une expertise psychiatrique effectuée par le Dr T_____. Par rapport du 6 novembre 2013, l'expert a diagnostiqué, après avoir notamment examiné la recourante les 7 juin, 29 juillet, 14 et 28 août 2013, une modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (F62.0) et un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen sans syndrome somatique (F33.10). Les limitations fonctionnelles étaient de la fatigabilité, de l'anergie, un abaissement de l'humeur, une instabilité émotionnelle et un mauvais contrôle de soi, un repli dépressif et un retrait social, un manque de confiance en soi, des difficultés cognitives (troubles de la mémoire et de la concentration, difficultés d'organisation et de planification), des crises d'anxiété et une fragilité face aux stress psycho-sociaux. Selon l'expert, en raison de ses limitations fonctionnelles, l'incapacité de travail, présente depuis 2010, était totale dans l'activité d'employée de banque. Dans une activité adaptée, c'est-à-dire peu exigeante du point de vue cognitif (concentration, mémoire, organisation, prise de décision), se déroulant dans un contexte relationnel peu stressant et n'exigeant pas un rendement élevé, la capacité de travail était de 50% avec éventuellement une légère baisse de rendement d'environ 20% selon le type d'activité. Le domaine d'activité devrait être défini par des évaluations en milieu spécialisé et prendre compte des limitations décrites. Enfin, le taux d'incapacité de travail était resté identique depuis 2010. La chambre de céans constate que l'expertise du Dr T_____ repose sur un examen de la recourante et l'étude de son dossier médical. L'anamnèse est détaillée et les plaintes de la recourante ont été prises en considération. L'expertise est en outre très bien motivée puisqu'elle explique

notamment pourquoi l'expert retient les diagnostics précités et les raisons pour lesquelles il estime qu'ils entraînent une répercussion sur la capacité de travail. Ses conclusions sont ainsi dûment motivées. Par ailleurs, les avis divergents émis par le Dr Q_____ et le Dr R_____ ne sont pas de nature à mettre sérieusement en doute l'analyse de l'expert judiciaire. Le Dr R_____ conteste le diagnostic retenu par l'expert judiciaire et estime que l'appréciation du Dr Q_____, qui a diagnostiqué une personnalité émotionnellement labile type borderline (F60.31), est plus cohérente et objective. La chambre de céans relèvera que l'expert judiciaire a expliqué de manière convaincante que le diagnostic de modification durable de la personnalité après une expérience catastrophe était le plus approprié car il rendait compte de l'étiopathogénie de la complexité de l'expression clinique du trouble. Le trouble grave de la personnalité dont la recourante souffrait était consécutif à la répétition des maltraitances physiques et des traumatismes psychiques. Selon l'expert, leurs conséquences gravement délétères n'avaient pas été prises en compte par les examinateurs. Après avoir été victime de la brutalité de son père, la recourante avait subi en 2000 une très violente agression perpétrée par son compagnon. Elle avait cru mourir et en avait gardé d'importantes séquelles psychologiques. C'est après ce traumatisme que sa personnalité s'était modifiée et qu'étaient apparus les traits

A/2977/2012 - 16/18 - pathologiques qui persistaient à ce jour. Les effets destructeurs de cette agression avaient été amplifiés par les coups et les humiliations que le père de ses enfants lui avait infligés pendant des années, la recourante ayant été maltraitée et battue entre 2005 et 2009. A côté des symptômes anxieux et dépressifs, la recourante présentait donc des traits pathologiques de personnalité qui s'étaient fixés du fait de la répétition des traumatismes (traits évitants, paranoïaques et borderline), ce qui amenait à poser le diagnostic de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe. L'expert a également ajouté que le Dr Q_____ avait retenu le diagnostic de personnalité émotionnellement labile type borderline (F60.31) sans apporter d'éléments anamnestiques ou cliniques permettant de justifier ce diagnostic. Selon l'expert, ce diagnostic était cependant insuffisamment fondé car d'importantes caractéristiques de ce trouble n'étaient pas présentes. Par ailleurs, contrairement à ce que fait valoir le Dr R_____, on ne saurait admettre que l'anamnèse du Dr Q_____ et celle du Dr T_____ concordent. A cet égard, on relèvera que l'anamnèse du Dr T_____, plus fouillée et détaillée, compte plus de cinq pages, alors que celle du Dr Q_____ en compte moins de deux. Qui plus est, celle du Dr T_____ comprend de nombreux "éléments d'anamnèse psychiatrique extraits du dossier médical" (p. 8 s. du rapport d'expertise du 6 novembre 2013), alors que celle du Dr Q_____ mentionne uniquement l'expertise du 31 janvier 2005 (p. 8 du rapport d'examen SMR du 2 mai 2012). Le Dr R_____ fait également remarquer que la recourante a été capable de travailler après l'événement traumatique survenu en 2000, de sorte que selon lui, la recourante ne remplirait pas les conditions nécessaires pour retenir le diagnostic de modification durable de la personnalité selon la CIM-10. La chambre de céans relèvera que selon le Dr T_____, le trouble de la personnalité s'est développé progressivement depuis 2000 et que son intensité s'est très certainement accentuée avec la répétition des maltraitances subies entre 2005 et 2009, entraînant une incapacité de travail déterminante à compter de 2010. Cette appréciation n'apparaît ainsi pas contradictoire avec le fait que la recourante ait exercé une activité lucrative antérieurement à 2010. Enfin, quoi qu'il en soit, la chambre de céans est d'avis que le Dr T_____, qui dispose d'une formation spécialisée dans le domaine de la psychiatrie, est incontestablement mieux à même de poser un diagnostic psychiatrique que le Dr R_____, spécialiste FMH médecin praticien. Compte tenu de ce qui précède, force est

de constater l'absence d'éléments susceptibles de remettre en cause les conclusions émises par l'expert judiciaire. Il y a donc lieu de reconnaître une valeur probante entière à son rapport d'expertise. Il apparaît dès lors que depuis la décision du 22 avril 2005 - qui retenait un épisode dépressif en rémission et une capacité de travail totale dès le 1er août 2004 - l'état de santé de la recourante s'est péjoré dans la mesure où elle présente une modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (F62.0) et un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen sans syndrome somatique (F33.10) qui entraînent, depuis 2010, une incapacité de travail totale dans son activité habituelle.

A/2977/2012 - 17/18 - Dans une activité adaptée, c'est-à-dire peu exigeante du point de vue cognitif (concentration, mémoire, organisation, prise de décision), se déroulant dans un contexte relationnel peu stressant et n'exigeant pas un rendement élevé, la capacité de travail est, depuis 2010, de 50% avec éventuellement une légère baisse de rendement d'environ 20% selon le type d'activité. C'est par conséquent à tort que l'intimé a retenu, dans sa décision litigieuse, que la recourante ne présente aucune atteinte à la santé et que sa capacité de travail est entière dans toute activité. En l'absence toutefois d'une instruction portant notamment sur le statut de la recourante et sur son salaire sans invalidité, la chambre de céans n'est pas en mesure de statuer sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité. 11. Compte tenu de ce qui précède, la décision litigieuse sera annulée et la cause renvoyée à l'intimé afin qu'il procède à la détermination du statut de la recourante et au calcul du degré d'invalidité, puis rende une nouvelle décision. 12. La recourante, représentée par un conseil et obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 2'500.- lui est accordée à titre de dépens [art. 61 let. g LPGA, 89H al. 3 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA-GE – E 5 10) et art. 6 du Règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 – RFPA ; E 5 10.03]. La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI), un émolument de CHF 500.- sera mis à la charge de l'intimé.

A/2977/2012 - 18/18 - 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.