

GE_GERICHTE A/2157/2011 vom 24. Januar 2012

GE Cour de justice, 2012-01-24, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2157_2011

FR: GE_GERICHTE A/2157/2011 du 24 janvier 2012

IT: GE_GERICHTE A/2157/2011 del 24 gennaio 2012

Erwägungen

E. 1

ère Chambre En la cause Madame H _____, domiciliée à Onex recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue de Lyon 97, Genève intimé EN FAIT En date du 29 mai 2009, Madame H _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1965, a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en raison de problèmes psychiatriques en relation avec une symptomatologie dépressive. Dans un avis du 18 août 2009, la Dresse L _____, médecin FMH en psychothérapie, a indiqué qu'elle ne suivait plus l'assurée depuis plusieurs mois, de sorte qu'elle ne pouvait pas répondre au questionnaire de l'OAI concernant la demande de rente d'invalidité. Elle précisait néanmoins que l'assurée souffrait de difficultés psychiatriques importantes et que l'arrêt de son suivi s'inscrivait dans la problématique de sa santé mentale. De l'avis de la Dresse L _____, une expertise psychiatrique était indispensable pour évaluer l'ensemble de l'état psychique de l'assurée et sa capacité de travail, vu ses difficultés mentales, sa longue absence du milieu du travail et ses importantes pertes en autonomie au quotidien (dettes, probable nécessité d'une curatelle de gestion, nécessité d'une aide à domicile, évaluations du Service de Protection des Mineurs pour le retrait de l'autorité parentale sur sa fille). Suite à des examens cliniques psychiatriques réalisés les 21 octobre 2009 et 28 janvier 2011 par le Service Médical Régional (ci-après : le SMR) sur la personne de l'assurée, la Dresse M _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a rendu son rapport le 9 mars 2011. Elle a posé les diagnostics de troubles dépressifs moyen avec syndrome somatique, de trouble mixte de la personnalité émotionnellement labile, type borderline et dépendante, décompensé, avec répercussion sur la capacité de travail ainsi qu'un syndrome de dépendance au cannabis et des difficultés liées à de possibles sévices physiques infligés pendant l'enfance, sans répercussion sur la capacité de travail. L'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique reposait sur la présence de trois symptômes typiques - humeur dépressive, diminution de l'intérêt et du plaisir, augmentation de la fatigabilité - associés à trois autres symptômes dépressifs - diminution de l'estime et de la confiance en soi, idées de culpabilité et de dévalorisation, perturbation du sommeil -. En octobre 2009, l'assurée ne présentait pas d'état dépressif, la décompensation dépressive étant apparue en janvier 2011, suite à la décision du juge de confier la garde de sa fille à son père. S'agissant du trouble de la personnalité décompensé, il avait été objectivé en octobre 2009 déjà, en raison d'une altération du fonctionnement personnel et social et d'une souffrance significative. Au titre des limitations fonctionnelles, l'assurée présentait une fragilité psychologique, une immaturité, une impulsivité, une instabilité, une labilité émotionnelle, un manque de confiance en soi et une diminution des ressources d'adaptation aux changements. Elle souffrait aussi probablement du syndrome de Diogène avec une intensité légère, manifesté par une accumulation des objets et une incapacité à jeter quoi que

ce soit, à investiguer. En l'absence de tout document psychiatrique entre 2003 et 2009, il fallait conclure des deux examens cliniques une capacité de travail exigible de l'ordre de 50% dans toute activité depuis octobre 2009. Par décision du 14 juin 2011, l'OAI a octroyé une demi-rente d'invalidité en faveur de l'assurée dès le 1^{er} octobre 2010 ainsi qu'une rente complémentaire pour enfant. Ayant pris connaissance de la décision du 14 juin 2011, le Dr N_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, médecin traitant de l'assurée, a adressé un courrier à l'OAI, le 12 juillet 2011. Il a estimé que sa patiente présentait une incapacité de travail de 100% dès le 3 février 2011, date à partir de laquelle il avait commencé son suivi. Il a posé comme diagnostics un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques et un trouble mixte de la personnalité. L'assurée présentait notamment une baisse de l'élan vital, des idées de culpabilité et d'invalidité, un sentiment de vide et une anxiété fluctuante avec désorganisation de la pensée dès deux heures dans une activité soutenue. Le 13 juillet 2011, l'assurée a interjeté recours contre la décision de l'OAI auprès de la Chambre des assurances sociales de la Cour de Justice (ci-après : la Cour de céans), compétente depuis le 1^{er} janvier 2011. Elle avançait que son état de santé s'était aggravé dès février 2011. Sa situation sociale s'était également dégradée, la garde de sa fille lui ayant été retirée provisoirement, en raison d'un suivi psychiatrique insuffisant selon le juge. Elle concluait dès lors à ce que soit retenue une incapacité de travail à 100%. Dans un avis médical du 20 juillet 2011, le Dr O_____, médecin-chef adjoint du SMR, a fait un rappel de la situation de la recourante. Il a par ailleurs estimé que, dans son certificat, le Dr N_____ avait retenu que l'état de santé de sa patiente s'était aggravé pour atteindre une incapacité de travail de 100% depuis le 3 février 2011, sans expliquer aucun des critères de la CIM 10 caractérisant la sévérité du trouble dépressif considéré. Or, la Dresse M_____ avait vu la recourante le 28 janvier 2011 pour la dernière fois et avait qualifié le trouble dépressif de moyen. S'agissant du diagnostic de trouble de la personnalité, il était déjà pris en compte lors de l'examen du 28 janvier 2011, de sorte que, pour cette raison également, le certificat du Dr N_____ ne modifiait pas les conclusions antérieures du SMR. Dans sa détermination du 4 août 2011, l'intimé a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Il a considéré que la recourante n'invoquait, en l'état, aucun argument permettant de faire une appréciation différente de son cas. En particulier, le certificat du Dr N_____ du 12 juillet 2011 n'apportait aucun élément susceptible de démontrer de manière objective une aggravation de l'état de santé de la recourante. Le 25 juin 2011, la Cour de céans a convoqué une audience d'enquêtes au cours de laquelle le Dr N_____ a expliqué qu'il était spécialisé dans ce que l'on appelle les états limites, qui font suite à des cas de maltraitance. La recourante était venue le consulter depuis janvier-février 2011, sur les conseils de son entourage. Son passé avait donné un terrain fragile et dépressif; il avait structuré sa personnalité, de sorte qu'elle vivait dans une insécurité permanente, chaque événement ayant un impact plus important et plus sérieux. Elle présentait un état dépressif sévère ainsi qu'un trouble de la personnalité. Pour poser ce diagnostic, il s'était fondé sur les critères de la CIM 10, ainsi que sur une appréciation de la personne. Il avait évalué l'intensité de l'état dépressif sur plusieurs semaines et avait pu confirmer ce diagnostic. Depuis septembre 2011, l'état de santé de sa patiente s'était amélioré. L'amélioration se faisait en dents de scie, la thymie était très fluctuante et l'intensité était devenue de moyenne à légère, portant la capacité de travail actuelle à 50%. Selon le praticien, la recourante ne pouvait toutefois pas occuper un emploi sur le marché du travail ordinaire, mais plutôt dans un milieu protégé avec un accompagnement. Une aide au placement ne suffirait pas. Il faudrait attendre

environ deux ans et évaluer à ce moment-là ses possibilités à reprendre une activité ordinaire. S'agissant du syndrome de dépendance au cannabis, il existait mais n'avait pas d'influence sur la capacité de travail parce qu'il restait occasionnel et se présentait avec de petites quantités. Quant au syndrome de Diogène, il était lié à l'intensité de l'état dépressif et n'existait plus. Le Dr N_____ déclarait enfin être d'accord avec les limitations fonctionnelles telles que décrites par le médecin du SMR. Le même jour, la recourante a été entendue en audience de comparution personnelle des parties. Elle a indiqué qu'elle voulait essayer de travailler à mi-temps mais qu'un emploi sur le marché du travail ordinaire lui paraissait trop difficile, dans la mesure où elle devrait se justifier auprès de son employeur. Elle rappelait par ailleurs n'avoir plus travaillé depuis plusieurs années, de sorte qu'un accompagnement pourrait l'aider. À l'issue de l'audience, la Cour de céans a accordé un délai à l'intimé pour se déterminer sur la possibilité de mesures de réadaptation, d'observation ou de réinsertion, qui permettraient à la recourante de se réintégrer progressivement, dans un milieu qui pourrait être protégé. Dans un nouvel avis du 3 novembre 2011, la Dresse P_____ du SMR a constaté que le Dr N_____ avait mentionné une amélioration de l'état de santé de sa patiente depuis septembre 2011 avec un état dépressif moyen à léger. Il avait ainsi fixé la capacité de travail de la recourante à 50% dans un milieu protégé, sans en expliquer les raisons. Or, en présence d'une amélioration de l'état de santé et sans justification médicale objective, l'avis du médecin traitant ne pouvait pas être considéré comme fondé. Il avait par ailleurs expliqué qu'il partageait les diagnostics du SMR qui, lors des examens des 21 octobre 2009 et 28 janvier 2011, avait retenu un épisode dépressif moyen chez une personnalité mixte. Il fallait dès lors en conclure que le Dr N_____ avait simplement fait une appréciation différente du cas, plus favorable, du fait qu'il était le psychiatre traitant de la recourante et que les conclusions du SMR de mars 2011 restaient valables. Dans le délai imparti, l'intimé a confirmé sa position. À l'instar du SMR, il a estimé que le témoignage du Dr N_____ ne permettait pas de remettre en cause l'évaluation médicale précédemment effectuée par la Dresse M_____. Aussi, l'exigibilité de la capacité de travail, fixée à 50% dans toute activité - habituelle ou adaptée - dans le circuit économique normal, était confirmée. S'agissant d'une éventuelle mesure de réadaptation, son but consistait à prévenir, éliminer ou réduire l'influence d'une atteinte à la santé sur la capacité de gain de la personne assurée. Or, il ressortait des constatations médicales que la recourante était apte à exercer n'importe quelle activité à 50%, de sorte que des mesures professionnelles lui étaient refusées. En revanche, une mesure d'aide au placement pourrait être octroyée. Sur quoi, la cause a été gardée à juger. EN DROIT Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. La LPGA entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003 et les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4^{ème} révision) et du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2004, respectivement, le 1^{er} janvier 2008, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. 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). 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). En l'espèce, d'après les pièces versées au dossier, les faits pertinents remontent à l'année 2009. Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; ATF 130 V 329). Cette nouvelle n'a toutefois pas amené de changements majeurs en matière de conditions d'octroi générales des mesures de réadaptation (cf. Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité [5^{ème} révision] du 22 juin 2005, FF 2005 4215, p. 4316). Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté le 13 juillet 2011 contre une décision du 14 juin 2011, le recours l'a été dans la forme et le délai prévus par la loi. Il est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente entière d'invalidité. 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). 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 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. 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 objectivement que possible (ATF 102 V 165 ; ATFA non publié I 786/04 du 19 janvier 2006, consid. 3.1). 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). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen), l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références; ATFA non publié I 237/04 du 30 novembre 2004, consid. 4.2). 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, à ce motif, 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 256 consid. 4 et les références). 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 (ATF 125 V 351 consid. 3). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social 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 351 consid. 3b/ee). 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. cc). 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 paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 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 319 consid. 5a). En l'espèce, figurent au dossier deux examens cliniques psychiatriques réalisés par le médecin du SMR les 21 octobre 2009 et 28 janvier 2011 ainsi qu'un avis du médecin traitant de la recourante du 12 juillet 2011. Le médecin de l'assureur, dans ses rapports, a posé une anamnèse détaillée, il a pris en compte les plaintes de la recourante et a posé des diagnostics qu'il a clairement expliqués. Il a défini la nature des symptômes dépressifs -

humeur dépressive, diminution de l'intérêt et du plaisir, augmentation de la fatigabilité, diminution de l'estime et de la confiance en soi, idées de culpabilité et de dévalorisation et perturbation du sommeil - de façon convaincante. Ses conclusions sont motivées, dépourvues de contradictions et la capacité résiduelle de travail est établie en relation avec les limitations fonctionnelles constatées. Partant, l'avis du SMR répond à tous les réquisits pour lui voir attribuer pleine valeur probante. Quant au Dr N_____, il retient, comme le SMR, un trouble dépressif ainsi qu'un trouble de la personnalité. Il a plus particulièrement estimé que si, en février 2011, l'état dépressif était sévère, il était devenu moyen à léger au plus tard en septembre 2011 et que le syndrome de Diogène - en lien avec l'intensité du trouble dépressif - avait totalement disparu. Il apparaît dès lors que le praticien - qui reconnaît également que sa patiente dispose d'une capacité résiduelle de travail de 50% - s'est simplement livré à une appréciation différente du cas de la recourante, plus favorable, sans expliquer véritablement en quoi il estimait la capacité de travail de cette dernière nulle de février à septembre 2011. Il n'explique pas non plus les raisons qui le poussent à considérer que sa patiente devrait travailler uniquement en milieu protégé. Or, il a confirmé les limitations fonctionnelles telles que retenues par le SMR. Il s'ensuit que la Cour de céans est d'avis que le Dr N_____ n'a amené aucun élément objectif permettant de mettre en cause les conclusions du SMR. Force est de constater que rien ne permet de jeter le doute sur les conclusions du SMR. Il y a ainsi lieu de retenir que, dans son activité habituelle ou dans toute autre activité, la recourante dispose d'une capacité résiduelle de travail de 50% depuis le 1^{er} octobre 2009, date à laquelle son état de santé a pu être constaté médicalement, vu l'absence de tout document psychiatrique antérieur. La Cour de céans constate qu'en sus d'une demi rente, l'intimé a reconnu que la recourante pourrait être mise au bénéfice d'une mesure d'aide au placement (art. 18 al. 1 LAI). En l'occurrence, il apparaît que la recourante, qui souffre notamment d'un état dépressif d'intensité moyenne avec syndrome somatique et d'un trouble mixte de la personnalité, n'a pas repris d'activité lucrative depuis de nombreuses années. Malgré sa volonté exprimée de réintégrer le milieu professionnel, sa perte de confiance en elle et la manifestation d'idées de dévalorisation ont été constatées tant par le médecin du SMR que par son médecin traitant. Dans ces conditions, l'aide au placement telle que suggérée par l'intimé semble être une mesure appropriée pour que la recourante mette à profit sa capacité résiduelle de travail. Il s'ensuit que la Cour de céans prend acte de la proposition de l'intimé d'octroyer une aide au placement à la recourante et lui renvoie la cause pour mise en œuvre de dite mesure. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté. La recourante, qui succombe, supporte un émolument de 200 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : Le rejette dans le sens des considérants. Prend acte de la proposition de l'OAI d'octroyer une aide au placement à la recourante et lui renvoie la cause pour mise en œuvre de cette mesure. Met un émolument de 200 fr. à la charge de la recourante. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. La greffière Nathalie

LOCHER La présidente Doris GALEAZZI Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le

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