

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2790/2009

ATAS/29/2011

ARRET

DE LA COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

du 10 janvier 2011

6^{ème} Chambre

En la cause

Madame N_____, domiciliée à Châtelaine

recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE
GENEVE, sis rue de Lyon 97, Genève

intimé

**Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente; Teresa SOARES et Luis ARIAS, Juges
assesseurs.**

EN FAIT

1. Mme N_____ (ci-après : l'assurée), née O_____ en 1967 à Casablanca, de nationalité suisse, mariée à trois reprises, divorcée, est mère de deux enfants nés en 1993 et 1995. Jusqu'en 1988, l'assurée a été domiciliée au Maroc.
2. L'assurée a exercé une activité d'ouvrière, de serveuse et de vendeuse à Zürich et à Genève.
3. Le 8 août 2008, l'assurée a déposé une demande de prestation de l'assurance-invalidité.

Elle a indiqué à l'Office de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI) qu'en bonne santé elle exercerait une activité lucrative de serveuse à 100 %.

4. Par communication du 16 janvier 2009, l'OAI a refusé toute mesure de réadaptation dès lors qu'aucune réponse des médecins-traitants de l'assurée ne leur était parvenue.
5. Le 16 janvier 2009, la Dresse A_____, FMH psychiatrie-psychothérapie, du Centre de psychologie clinique CPC, a rendu un rapport médical. Elle a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.11), en aggravation depuis environ deux ans et trouble de la personnalité (F60.31), traits, cas limite.

Le traitement avait débuté le 10 janvier 2008 et l'incapacité de travail était totale depuis cette date. Les expressions symptomatiques suivantes se manifestaient chez la patiente : "Migraines matinales et avant son sommeil le soir; sommeil perturbé et peu réparateur; angoissée ++; humeur triste; diminution d'énergie et de l'élan vital; plaisir libidinal absent; fatigable; charge pondérale variable; sentiment de rigidité et d'épuisement spécifiquement au cours des matinées tout le long de la semaine; difficultés significatives de se concentrer - limites mnésiques - attention flottante; termes de décompensation en expressions explosives face à ses enfants et face à autrui; irritable; se plaint de ses douleurs à la nuque, et au bas de son dos, ainsi que de ses difficultés psychologiques; impatiente, voire impulsive; discrètes idées noires; émotionnellement labile; incertitude relative à ses sentiments avec ses divers partenaires, instable dans ses relations, se plaint d'être chaque fois abandonnée, malgré les faits que c'est elle qui en grande partie provoque et conditionne les séparations d'avec ses partenaires".

6. Le 2 avril 2008, le SMR a proposé d'organiser un examen psychiatrique.
7. Le 25 mai 2008, le Dr B_____, psychiatre FMH au SMR, a rendu un rapport médical à la suite de l'examen de l'assurée du 14 mai 2009. L'assurée s'était mariée une première fois à dix-sept ans et avait divorcé neuf mois après, puis remariée en

1987 elle avait divorcé en 1989, puis mariée une troisième fois en 1990 elle avait divorcé en 1992 et enfin remariée à son premier mari en 1993, elle avait divorcé en 1994. Une enfant était née de cette union en 1993 puis un garçon en 1995 lequel présentait des difficultés psychologiques. Elle était suivie une fois par semaine par la Dresse A_____ avec prescription médicamenteuse. Elle se plaignait d'une dépression fluctuante de l'humeur avec, à raison de 70 % du temps, des moments où elle s'isolait ainsi que de douleurs de la nuque et du coccyx. Elle s'occupait de toutes les tâches ménagères. Il n'y avait aucun diagnostic psychiatrique avec répercussion sur la capacité de travail mais seulement une dysthymie (F34.1). Il n'avait pas retrouvé les éléments sémiologiques d'un tableau dépressif épisode actuel moyen et l'assurée avait certifié une bonne santé avec consultation pour elle-même seulement le 10 janvier 2008. Il n'y avait donc pas de récurrence dans l'anamnèse de l'assurée. Il n'avait pas non plus retrouvé les éléments principaux du tableau sémiologique du trouble de personnalité émotionnellement labile. La capacité de travail dans l'activité habituelle était de 100 %.

8. Le 29 mai 2009, la Dresse C_____ du SMR a conclu à une exigibilité de 100 % dans toute activité.
9. Par projet de décision du 5 juin 2009, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée.
10. Par décision du 10 juillet 2009, il a confirmé son refus.
11. Par acte du 4 août 2009, complété le 28 septembre 2009, l'assurée a recouru à l'encontre de cette décision en faisant valoir qu'elle ne se sentait pas prête à travailler, qu'elle n'arrivait pas à se concentrer, qu'elle était fatiguée, qu'elle ne supportait rien et qu'elle devait parfois rester couchée.
12. Le 6 octobre 2009, l'OAI a conclu au rejet du recours.
13. A la demande du Tribunal cantonal des assurances sociales, la Dresse A_____ a rendu le 27 octobre 2009 un rapport médical, lequel était cosigné par M. O_____, psychothérapeute.

Leur avis divergeait de celui du SMR du 25 mai 2008. L'assurée souffrait d'un trouble dépressif récurrent moyen avec syndrome somatique et d'un trouble de la personnalité émotionnellement labile type borderline remontant à l'adolescence ainsi que de dislocation de sa famille par séparation considérée en tant que facteur actif de stress.

Fin mai 2009, l'assurée avait tentée de se suicider, à la suite de quoi elle avait été hospitalisée aux HUG.

Le mode de relation de l'assurée avec un de ses fils devenait ingérable. Celui-ci était violent avec elle. La situation psychopathologique était lourde de sens. Elle était actuellement incapable de travailler à 100%.

14. Le 16 novembre 2009, la Dresse C_____ du SMR a rendu un avis médical selon lequel les éléments mis en avant par le rapport de la Dresse A_____ et de M. O_____ ne permettaient pas d'admettre une atteinte limitante dans l'exercice d'une activité professionnelle.
15. Le 17 novembre 2009, l'intimé a maintenu ses conclusions visant au rejet du recours.
16. Le 22 mars 2010, le Tribunal cantonal des assurances sociales a tenu une audience de comparution personnelle des parties.

La recourante a déclaré : "Actuellement je ne me sens pas bien, je m'estime incapable de travailler tant pour des raisons psychiques que physiques. J'ai l'impression qu'avec le temps mon état va s'améliorer. Cela fait longtemps que je vis cet état. Mon état s'est dégradé il y a deux ans. Je vis actuellement avec deux de mes fils de 14 et 16 ans. Par moments j'arrive à assumer mon ménage à d'autres moments pas du tout. Les enfant m'aident beaucoup. J'ai des douleurs régulièrement à la tête et à la nuque dès que je suis stressée, je prends alors du Témesta. J'ai un traitement médicamenteux de Témesta, d'Effexor et Dafalgan. Quand j'aurais moins de problèmes et de stress je pourrais recommencer à travailler. Mon dernier emploi à Genève était chez X_____. Je suis soutenue par l'Hospice général et un assistant social s'occupe de mon dossier M. P_____. Depuis 2008 je suis suivie par la Dresse D_____. Actuellement je la vois une fois par semaine. J'effectue ce suivi depuis que j'ai séjourné à l'Hôpital cantonal alors que je voulais mettre fin à mes jours. Je suis aussi suivie par la Dresse F_____ qui est généraliste. Je fais les démarches administratives notamment le recours toute seule. J'envisage, quand j'irais mieux, de pouvoir reprendre un travail mais qui soit léger car j'ai de l'arthrose dans la nuque".

17. Par ordonnance du 6 mai 2010, le Tribunal cantonal des assurances sociales a ordonné une expertise psychiatrique qu'il a confiée au Dr E_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.
18. Le 16 septembre 2010, le Dr E_____ a rendu son rapport d'expertise. Il a posé les diagnostics de personnalité émotionnellement labile, type borderline F60.31, épisode dépressif léger à moyen F32.0 et syndrome de dépendance à l'alcool, actuellement abstinent (depuis quatre ans) F10.20. Le trouble de la personnalité était sévère, présent depuis l'entrée dans l'âge adulte et avait entraîné des comportements à risques liés à une forte impulsivité et par une succession d'échecs dans les relations interpersonnelles. Le trouble était actuellement décompensé. Il l'était déjà en juillet 2009. La dépression était une modalité du

trouble borderline. Il était en désaccord avec le diagnostic de dysthymie du SMR. L'assurée était incapable d'exercer une activité lucrative. L'état de santé psychique devait être réévalué dans un délai de deux ans.

19. Le 29 septembre 2010, la recourante a indiqué qu'elle était d'accord avec le Dr E_____.
20. Le 7 octobre 2010, l'intimé a observé que selon un avis du SMR du 4 octobre 2010, il convenait de suivre les conclusions du Dr E_____ et de reconnaître une atteinte psychique durablement invalidante mais que l'expert devait encore préciser la date du début de l'incapacité de travail.
21. A la demande du Tribunal cantonal des assurances sociales, le Dr E_____ a précisé le 26 novembre 2010 que l'incapacité de travail totale de la recourante était survenue en mai 2009.
22. Le 21 décembre 2010, l'intimé a conclu, sur la base d'un avis du SMR du 9 décembre 2010, à l'existence d'une incapacité de travail totale depuis fin mai 2009 de sorte qu'une rente entière d'invalidité était due depuis le 1^{er} mai 2010.
23. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. a) Par ordonnance du 6 mai 2010, le Tribunal cantonal des assurances sociales a déclaré le recours recevable.

Dès le 1^{er} janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 9 octobre 2009).

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 des prestations de l'assurance-invalidité à la suite de sa demande du 8 août 2008. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003 et s'applique donc au cas d'espèce. Tel est également le cas des modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2004 (RO 2003 3852) ainsi que des modifications

de la LAI du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision de la LAI), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2008, pour les faits postérieurs à cette date.

2. 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, 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).
3. a) Depuis l'entrée en vigueur, le 1^{er} janvier 2004, de la nouvelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4^{ème} révision) la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI, valable jusqu'au 31 décembre 2007 (aLAI) est la suivante : «1. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins. La rente est échelonnée comme suit, selon le taux d'invalidité : 40 % au moins un quart, 50 % au moins une demie, 60 % au moins trois-quarts, 70 % au moins 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^{er} LPGA, mais pas avant le mois qui suit le dix-huitième anniversaire de l'assuré (al. 1^{er}).

c) Si le cas d'assurance se produit avant le 1^{er} janvier 2008, l'assuré peut encore déposer une demande de prestations dans les douze mois après la naissance du droit, sans perte de prestations de rente (lettre circulaire de l'OFAS du 12 décembre 2007 n° 253).

4. 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).

5. 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 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 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 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).

d) Le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, 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 de s'écarter d'une expertise judiciaire 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).

e) 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).

f) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; KIESER, *Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung*, p. 212, n° 450; KÖLZ/HÄNER, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, 2e éd., p. 39, n° 111 et p. 117, n° 320; GYGI, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2e éd., p. 274; cf. aussi ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d et l'arrêt cité).

6. En l'espèce, le rapport d'expertise du Dr E_____ du 16 septembre 2010 et son complément du 26 novembre 2010 répondent aux critères jurisprudentiels précités

pour qu'il leur soit reconnu une pleine valeur probante. Les parties l'admettent également.

Au vu des conclusions de l'expertise il convient de reconnaître à la recourante une incapacité totale de travail depuis fin mai 2009, de sorte que le droit à la rente d'invalidité est né, conformément aux conclusions de l'intimé, le 1^{er} mai 2010.

La décision ayant été rendue le 10 juillet 2009, soit antérieurement à la naissance du droit à la rente de la recourante, elle devrait, en principe, être purement et simplement confirmée et le recours rejeté. Cependant, selon la jurisprudence, la procédure juridictionnelle administrative peut être étendue pour des motifs d'économie de procédure, à une question en état d'être jugée qui excède l'objet de la contestation, c'est-à-dire le 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, 122 V 34 consid. 2a p. 36 et les références).

Il convient en l'espèce d'étendre la procédure juridictionnelle, au vu également des conclusions de l'intimé et de constater que la recourante a droit à une rente d'invalidité complète depuis le 1^{er} mai 2010.

7. 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 rente d'invalidité depuis le 1^{er} mai 2010.

Compte tenu de l'extension de la procédure juridictionnelle, il ne se justifie pas de mettre un émolument à la charge de l'intimé.

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Confirme la décision de l'intimé du 10 juillet 2009.
4. Dit que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} mai 2010.
5. Dit que la procédure est gratuite.
6. 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); 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

La présidente

Nancy BISIN

Valérie MONTANI

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