

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2937/2010

ATAS/1292/2010

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 2

du 14 décembre 2010

En la cause

Madame T _____, domiciliée à 1219 Châtelaine

recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE
GENEVE, sis rue de Lyon 97, 1203 Genève

intimé

**Siégeant : Sabina MASCOTTO, Présidente; Diane BROTO et Eugen MAGYARI,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame T_____ (ci-après l'assurée), née en 1949, de nationalité turque est arrivée en Suisse en 1964. Elle est veuve depuis juillet 2005 et elle est la mère de trois enfants, nés en 1979, 1984 et 1986. Depuis la naissance de son premier enfant en 1979, elle n'a plus exercé d'activité lucrative.
2. L'assurée a déposé une demande de prestations d'invalidité le 23 octobre 2006 pour des troubles dépressifs récurrents traités depuis 2002.
3. Selon le rapport médical du 29 août 2007 du Dr A_____, psychiatre auprès du département de psychiatrie des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), l'assurée souffre depuis 2002 d'un état dépressif chronique. L'état de santé est stationnaire, le médecin suit la patiente depuis février 2007. Les plaintes subjectives sont : fatigue, tristesse, insomnie, oublis, perte de plaisir. Les constatations objectives sont : hygiène et tenue vestimentaire négligées, thymie triste, sentiment d'impuissance, manque d'appétit avec perte pondérale, net ralentissement psychomoteur, anhédonie, crises d'angoisse. Il n'y a pas de symptôme psychotique, ni d'idéations suicidaires. Le traitement médicamenteux est décrit. Le médecin précise que l'assuré n'a pas adhéré aux soins de 2002 à 2005. Il ne se prononce pas sur le taux d'incapacité de travail.
4. Sur cette base, le SMR a suggéré de procéder à une expertise le 13 septembre 2007. Constatant la "difficulté à obtenir des expertises", et vu le temps écoulé depuis septembre 2007, le SMR a proposé le 3 avril 2008 de réinterroger les médecins traitants.
5. Selon le rapport médical du 26 mai 2008 du Dr B_____, médecin interne auprès de la consultation du département de psychiatrie des HUG, le diagnostic est un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger sans syndrome somatique, la capacité de travail est améliorée à 50 %, l'évolution est globalement favorable. En dépit de l'évolution favorable récente, le pronostic est réservé, la patiente étant à risque de présenter des rechutes dépressives, compte tenu de la chronicité du trouble, et d'autres facteurs dont la désinsertion sociale, la précarité et le trouble psychotique chronique dont souffre la fille cadette.
6. Le SMR indique, par avis du 11 juillet 2008 que l'état n'est pas stabilisé et que de nouveaux renseignements doivent être demandés dans trois mois. Dans l'intervalle, il convient d'examiner la réadaptation, dès lors que l'assurée ne travaille plus depuis plusieurs années.
7. Selon le rapport médical du 19 décembre 2008 du Dr B_____, l'évolution est globalement stable, l'état de santé est stationnaire depuis janvier 2008, la capacité de travail est de 50 % dans une activité à définir, il n'y a pas de limitation

fonctionnelle, en dehors d'une fatigabilité. Les limitations sont plutôt relationnelles (intolérance à la frustration et susceptibilité) et une capacité réduite à tolérer le stress.

8. Le rapport de réadaptation professionnelle du 4 août 2009 a constaté que l'assurée a travaillé pendant dix ans comme employée de banque, titulaire d'un diplôme d'une école de commerce, et ce jusqu'en 1979. Elle a alors cessé son activité pour s'occuper de ses enfants. Elle ne travaille donc plus depuis trente ans. Sans atteinte à la santé, elle aurait dû chercher une activité professionnelle dans tous les secteurs. En effet, depuis son veuvage, elle s'est retrouvée dans la rue, dépouillée de tous ses biens et elle est, depuis lors, prise en charge par l'Hospice général. Elle se rend tous les jours à l'atelier « Trajectoires » et y fait un peu de peinture. Compte tenu d'une capacité de travail de 50 %, d'une réduction supplémentaire de 10 %, accordée pour tenir compte de l'âge de l'assurée et de ses limitations (capacité réduite à se concentrer et à maintenir son attention), le taux d'invalidité résultant de la comparaison des gains est de 55 %.
9. Estimant que les éléments médicaux sont flous, le SMR a proposé de procéder à une expertise médicale et l'OAI a mandaté le 24 novembre 2009 la Dresse C_____, spécialiste FMH en psychiatrie.

Selon son rapport d'expertise du 10 février 2010, fondé sur le dossier de l'OAI, un examen clinique du 26 janvier 2010, un entretien téléphonique avec la Dresse D_____, de la consultation de la Servette, l'assurée ne présente aucun diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail, sur le plan psychiatrique, et un status post-épisode dépressif de nature réactionnelle, actuellement en rémission complète, au titre de diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail. L'expertise contient une anamnèse familiale, professionnelle, psychosociale et psychiatrique très détaillée. La seule plainte de l'assurée est un sentiment de fatigue. L'examen médical pratiqué montre qu'aucun des éléments de la lignée dépressive n'est présent, l'appétit est correct, le sommeil de bonne qualité, la perception de l'avenir structurée : l'assurée souhaitant bénéficier de l'aide de l'assurance-invalidité pour suivre une formation dans les arts, si possible dans la peinture. Il n'y a ni trouble de l'attention, ni de la concentration. L'image de soi est bonne, il n'y a ni sentiment de culpabilité, ni anhédonie, ni aboulie. La déchéance financière de l'assurée est palpable, l'assurée ayant vécu dans une aisance matérielle importante, entre Istanbul, une villa avec piscine et court de tennis à Divonne et une autre villa à Versoix, jusqu'en 1998, son mari ayant ensuite été ruiné. Ce dernier est décédé du cancer en 2005 et depuis lors, l'assurée est seule et sans ressources. L'expert précise encore que son avis n'est pas contradictoire avec les trois rapports médicaux ressortant du dossier, dès lors qu'il n'est pas exclu que l'assurée ait souffert de signes de dépression dans le contexte de son veuvage et de sa déchéance psychosociale, mais que l'intensité des signes dépressifs n'a été ni sévère, ni au long cours, les rapports indiquant depuis 2008 un état dépressif léger.

Pour terminer, l'expert indique que les limitations de l'assurée ayant une influence sur la capacité de travail sont liées à son inactivité professionnelle depuis trente ans. L'exigibilité médicale professionnelle est entière, à la condition que l'intéressée bénéficie d'une remise à jour des connaissances, voire d'un soutien pour une reprise d'emploi, étant précisé que l'assurée serait motivée par une formation dans les arts. Des mesures de réadaptation professionnelle sont envisageables, car l'assurée a la possibilité de s'habituer à un rythme de travail et de s'intégrer dans le tissu social. L'assurée propose une mise à jour des connaissances, un complément de formation, un reconditionnement au travail et une aide au placement.

10. Par projet de décision du 15 mai 2010, l'OAI envisage de refuser toute prestation, les éléments du dossier montrant que l'assurée ne souffre d'aucune atteinte à la santé durable au sens de la loi.
11. Par décision du 28 juillet 2010, l'OAI confirme son projet de décision.
12. Par pli du 16 août 2010, l'assurée forme recours contre la décision et sollicite un délai pour fournir des éléments médicaux, son médecin étant en vacances. Elle fait valoir qu'elle ne peut pas travailler à plein temps et que son état de santé ne lui permet pas d'assumer le stress lié à un poste de travail. Elle n'a pas donné suite au délai fixé au 24 septembre 2010 pour compléter son recours et produire des pièces.
13. Par pli du 7 octobre 2010, l'OAI conclut au rejet du recours, motif pris que le rapport d'expertise remplit les conditions jurisprudentielles pour se voir accorder une pleine valeur probante, de sorte que l'OAI était fondé à se fonder sur ce rapport pour refuser toute prestation.
14. Par pli du 13 octobre 2010, le Tribunal a communiqué la position de l'OAI à l'assurée et l'a informée que la cause serait gardée à juger le 9 novembre 2010, à défaut de produire un rapport médical détaillé. Le Tribunal a également interrogé les médecins de la consultation de la Servette.
15. Selon le rapport du 3 novembre 2010 de la Dresse D_____, médecin interne auprès du département de psychiatrie des HUG, l'assurée présente un trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission, et une dysthymie. S'agissant de l'évolution, le médecin constate une dépression chronique de l'humeur entrecoupée par des périodes de quelques jours ou quelques semaines pendant lesquelles la patiente se sent bien. Elle est fréquemment fatiguée, triste, et présente des ruminations anxieuses importantes concernant son avenir et celui de ses enfants. Grâce à l'investissement d'une activité artistique en ergothérapie (peinture), la patiente a pu retrouver un état clinique plus stable et moins symptomatique. L'état psychopathologique décrit par la Dresse A_____ en octobre 2007 est superposable à l'actuel, de sorte qu'il est supposé une capacité de travail à 50%. En raison de l'âge avancé de la patiente, du manque de motivation pour entreprendre une activité autre que celle impliquant le contact avec le domaine artistique, la

précarité sociale et financière, ainsi que la lourdeur de la prise en charge de sa fille cadette, les probabilités de l'intégration d'un poste dans l'économie sont rendues très faibles ; des mesures de réadaptation professionnelle considérant l'intérêt de la patiente pour des activités artistiques pourraient néanmoins être mises en place avec succès.

16. Cet avis a été transmis aux parties en précisant qu'elles avaient la possibilité de s'exprimer jusqu'au 30 novembre 2010.
17. Par pli du 25 novembre 2010, l'OAI indique que le rapport médical de la Dresse D_____ n'est pas susceptible de modifier son appréciation du dossier, fondée sur une expertise médicale probante, dès lors que le juge doit tenir compte que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin à prendre parti pour son patient, tandis que l'expert est dans une position différente. En l'absence de diagnostic psychiatrique susceptible d'entraver la capacité de travail de la recourante, l'évaluation de sa capacité de travail limitée à 50% ne saurait être retenue.
18. La cause a été gardée à juger le 30 novembre 2010.

EN DROIT

1. a) Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales 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) qui sont 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.

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).

2. En l'espèce, l'assurée a présenté une demande de prestations en 2006, faisant valoir une atteinte à la santé datant de 2002, l'objet du litige porte donc sur le droit de l'assuré à une rente d'invalidité dès 2005.

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 1er janvier 2004 (RO 2003 3852), mais non

pas celles du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision de la LAI), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2008.

3. a) L'art. 69 al. 1 LAI prévoit que les décisions des offices AI cantonaux peuvent faire directement l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du canton de l'office qui a rendu la décision.

b) En l'espèce, l'OAI a communiqué à l'assuré un projet de décision en date du 15 mai 2010 qui a été confirmé par la décision du 28 juillet 2010 contre laquelle l'assurée a interjeté directement recours devant le Tribunal de céans le 7 octobre 2010.

c) Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, sous réserve éventuellement d'une motivation un peu lacunaire, devant l'autorité compétente, le recours sera déclaré recevable (art. 56 ss LPGA).

4. a) 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).

b) Selon l'art. 29 al. 1^{er} LAI dans sa teneur en vigueur du 1^{er} janvier 1988 au 31 décembre 2007, le droit à la rente au sens de l'art. 28 LAI prend naissance au plus tôt à la date à partir de laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40% au moins (let. a) ou à partir de laquelle il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (let. b).

Conformément à l'art. 29 al. 2 LAI, la rente est allouée dès le début du mois au cours duquel le droit à la rente a pris naissance, mais au plus tôt dès le mois qui suit le dix-huitième anniversaire de l'assuré. Le droit ne prend pas naissance tant que l'assuré peut prétendre une indemnité journalière au sens de l'art. 22 LAI.

c) Aux termes de l'art. 48 al. 2 LAI dans sa teneur en vigueur du 1^{er} janvier 2003 au 31 décembre 2007, si l'assuré présente sa demande plus de douze mois après la naissance du droit, les prestations ne sont allouées que pour les douze mois précédant le dépôt de la demande. Elles sont allouées pour une période antérieure si

l'assuré ne pouvait pas connaître les faits ouvrant droit à prestations et qu'il présente sa demande dans les douze mois dès le moment où il en a eu connaissance.

d) La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. La jurisprudence a donc précisé les tâches du médecin, par exemple lors de l'évaluation de l'invalidité ou de l'atteinte à l'intégrité, ou lors de l'examen du lien de causalité naturelle entre l'événement accidentel et la survenance du dommage (ATF 122 V 158 consid. 1b et les références ; SPIRA, *La preuve en droit des assurances sociales*, in : Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHÜPBACH, Bâle 2000, p. 268).

Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office de l'assurance-invalidité, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'assurance-invalidité (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge (VSI 1997, p. 318, consid. 3b ; BLANC, *La procédure administrative en assurance-invalidité*, thèse Fribourg 1999, p. 142).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il convient 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 a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3). 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).

5. Dans le cas d'espèce, l'expertise diligentée par l'OAI répond suffisamment aux critères jurisprudentiels pour se voir reconnaître pleine valeur probante, sous une réserve indiquée plus bas. Elle retient que l'assurée ne présente pas de diagnostic psychiatrique invalidant, l'épisode dépressif étant en rémission complète. Cet avis n'est en fait pas contradictoire avec ceux des médecins traitants de l'assurée de 2008 et 2010. Selon l'un d'eux, l'assurée souffre d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger sans syndrome somatique. Selon l'autre, l'assurée présente un trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission, et une dysthymie. Ainsi, l'expert et les médecins traitants estiment que l'assurée présentait un trouble dépressif, léger en 2008, en rémission depuis 2009, l'affection étant limitée à une dysthymie depuis lors. Le désaccord entre expert et médecins traitants porte sur les conséquences de cette dépression légère sur la capacité de travail de l'assurée, entière selon l'expert, qui estime que la dysthymie n'est pas invalidante, réduite à 50% selon les médecins traitants. D'une part, le Tribunal doit tenir compte du fait que le médecin traitant est naturellement empathique, ce qui limite la valeur probante de son avis. D'autre part, la motivation de la limitation de la capacité de travail est autant liée à l'âge de l'assurée, à son absence d'activité durant près de 30 ans et à son souhait de se consacrer aux arts, qui ne sont pas des motifs relevant de l'assurance invalidité, qu'aux symptômes liés à son état thymique (fatigue, tristesse, etc.). Le Tribunal retiendra donc, au degré de la vraisemblance prépondérante, sur la base de l'expertise et de l'avis des médecins traitants, que l'assurée ne présente pas, depuis fin 2008 en tout cas, d'affection psychiatrique ayant des répercussions sur sa capacité de travail. L'assurée ne peut donc pas prétendre à des prestations d'invalidité pour la période postérieure, sauf aggravation ultérieure, qui ne fait pas l'objet de cette cause. Les autres facteurs invoqués rendent certes difficile un retour sur le marché de l'emploi de l'assurée, qui a vraisemblablement besoin d'une remise à niveau pour trouver un emploi, cette tâche incombant, le cas échéant, aux organismes du chômage.

La demande a été déposée en 2006, mais le suivi documenté débute en février 2007 seulement. L'avis médical d'août 2007 ne se prononce pas sur la capacité de travail, mais décrit un état dépressif plus sévère que celui exposé en 2008. Le rapport de mai 2008 fait état d'une amélioration et diagnostique désormais et après une récente amélioration, un état dépressif léger. Il est donc possible que l'état dépressif de l'assurée ait été plus grave de 2005 à 2008, compte tenu de l'amélioration constatée dans le rapport de 2008. Ce fait n'est pas suffisamment instruit par l'expert, qui admet toutefois que l'état dépressif est en rémission ce qui implique qu'elle n'exclut pas que la dépression ait justifié une incapacité de travail antérieurement. Pour cette

période et à défaut de suivi médical documenté, rien ne permet d'établir en l'état si l'état dépressif était ou non plus grave, ou qu'il le serait resté, malgré une prise en charge médicale adéquate.

Il convient donc que l'OAI instruisse plus précisément ce fait, en interrogeant le médecin traitant de l'assurée de 2005 à 2008, puis en procédant, le cas échéant, à un complément d'expertise.

6. Le recours est partiellement admis au sens des considérants. La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la LAI, entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2006, a apporté des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). En particulier, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le Tribunal de céans est désormais soumise à des frais de justice, qui doivent se situer entre 200 fr. et 1'000 fr. (art. 69 al. 1^{bis} LAI). Le présent cas est soumis au nouveau droit (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005), de sorte qu'il sera perçu un émolument, fixé en l'occurrence à 200 fr.

**PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable

Au fond :

2. L'admet partiellement, annule la décision du 28 juillet 2008 et renvoie à la cause à l'OAI pour instruction au sens des considérants.
3. Met un émolument de 200 fr. à la charge de l'intimé.
4. 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

La présidente

Florence SCHMUTZ

Sabina MASCOTTO

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