

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2974/2012

ATAS/208/2013

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 27 février 2013

4<sup>ème</sup> Chambre

En la cause

Madame A \_\_\_\_\_, domiciliée à Chêne-Bourg

recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE  
GENEVE, sis rue des Gares 12, 1201 Genève

intimé

**Siégeant : Juliana BALDE, Présidente; Christine LUZZATTO et Dana DORDEA,  
Juges assesseurs**

---

### **EN FAIT**

1. Madame A\_\_\_\_\_ (ci-après l'assurée ou la recourante), née EN 1955, de nationalité portugaise, divorcée, a effectué sa scolarité obligatoire au Portugal jusqu'à l'âge de 12 ans, après quoi elle a travaillé jusqu'à l'âge de 17 ans dans l'exploitation familiale et durant quelques années comme ouvrière d'usine.
2. L'assurée est venue s'installer en Suisse en 1985. Après son mariage, elle a travaillé comme nettoyeuse pour une entreprise de nettoyage durant les années 1998 à 2000. En dernier lieu, elle a travaillé depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2000 comme concierge pour le compte de la régie X\_\_\_\_\_, à raison de 20 heures par semaine pour un salaire de 2'723 fr. par mois dès 1<sup>er</sup> janvier 2009.
3. L'assurée est en incapacité de travail à 100% depuis le 16 juin 2010. Son contrat de travail a été résilié avec effet au 31 mars 2011.
4. Le 22 février 2011, HELSANA ASSURANCES SA, assureur qui verse des prestations au titre de l'assurance-indemnité journalière conformément à la loi sur le contrat d'assurance, a communiqué à l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE (ci-après l'OAI ou l'intimé) l'annonce AI de son assurée.
5. Dans un rapport médical établi à l'attention de l'AI en date du 22 mars 2011, le Dr L\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, médecin traitant, a diagnostiqué un état dépressif réactionnel à un licenciement abusif depuis le 16 juin 2010, avec répercussion sur la capacité de travail, et une haute tension artérielle sans effet sur la capacité de travail. L'incapacité de travail est de 100% depuis le 16 juin 2010. Une reprise d'activité professionnelle peut être envisagée à 100% d'ici un à trois mois.
6. Dans son rapport du 21 septembre 2011, le médecin traitant indique que l'état dépressif est resté stationnaire. L'OAI a confié une expertise psychiatrique au Dr M\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.
7. Dans son rapport du 1<sup>er</sup> février 2012, l'expert relève que l'assurée dit ne pas savoir pourquoi elle a déposé une demande d'AI. Selon ses dires, ce serait sur injonction du conseiller de l'assurance perte de gain. Sur le plan somatique, l'assurée présente une hypertension artérielle diagnostiquée en 2008, sous traitement. Sur le plan psychique, le status a mis en évidence l'existence d'une tension anxieuse, d'éléments en faveur d'angoisses itératives qui passent seules, sans éléments en faveur d'agoraphobie, de claustrophobie, de crises d'anxiété généralisées, de phobies sociales et de la lignée obsessionnelle. Certains éléments en faveur de traits de personnalité histrionique ont été mis en évidence, avec importantes dramatisations, de même qu'une hyper-expressivité émotionnelle, une labilité

émotionnelle et une indulgence excessive envers elle-même. Ces traits de personnalité n'en constituent pas pour autant un trouble de la personnalité. Sur le plan domestique, l'assurée s'occupe de tout, avec parfois l'aide de sa fille. L'expert a retenu le diagnostic de dysthymie (F.34.1), sans répercussion sur la capacité de travail. En définitive, l'expert a conclu qu'il n'y avait aucune limitation sur le plan psychiatrique et que la capacité de travail était de 100% dans toute activité.

8. Par décision du 27 août 2012, l'OAI a refusé toute prestation au motif que l'assurée ne présente pas d'atteinte invalidante au sens de la loi.
9. Par courrier du 27 septembre 2012, adressé à l'OAI, l'assurée a déclaré former opposition à cette décision, dès lors qu'elle souffre effectivement d'une dépression chronique. Elle a joint un courrier de Madame B\_\_\_\_\_, psycho-sophrologue, attestant qu'ensuite du licenciement abrupte de la régie X\_\_\_\_\_ le choc fut rude, ce qui l'a plongée dans un état dépressif, bien compréhensible. Mme B\_\_\_\_\_ a indiqué qu'elle suivait l'assurée depuis octobre 2010. Sur le plan de la santé, l'assurée souffre d'un épisode dépressif devenu chronique qui suit le cours de sa situation financière insupportable. La patiente a des douleurs lombaires, des troubles musculaires aux jambes, des maux de tête, des insomnies et vomissements.
10. Le 3 octobre 2012, l'OAI a communiqué ce courrier à la Cour de céans, comme objet de sa compétence.
11. Dans sa réponse du 1<sup>er</sup> novembre 2012, l'intimé se réfère à l'expertise psychiatrique effectuée par le Dr M\_\_\_\_\_ le 31 janvier 2012, qui revêt pleine valeur probante, et conclut au rejet du recours. Quant au courrier de Madame B\_\_\_\_\_, psycho-sophrologue, du 23 septembre 2012, le SMR relève dans son avis du 1<sup>er</sup> novembre 2012 que la psychologue se réfère à un contexte psychosocial. Ce rapport ne contient toutefois aucun argument médical objectif qui parle en faveur d'une aggravation de l'état de santé ou d'une nouvelle atteinte.
12. Après communication de cette écriture à la recourante, la cause a été gardée à juger.

### **EN DROIT**

1. 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<sup>er</sup> 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.

2. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA 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).

3. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4<sup>ème</sup> révision), du 6 octobre 2006 (5<sup>ème</sup> révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2004, respectivement, le 1<sup>er</sup> janvier 2008 et le 1<sup>er</sup> 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).

En l'espèce, au vu des faits pertinents, du point de vue matériel, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2011 et, après le 1er janvier 2012, en fonction des modifications de la LAI, 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. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA ; art. 89B de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 - LPA ; RSG E 5 10)).
5. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité.
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 1<sup>er</sup> 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. 28 al. 2 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 (ATFA non publié 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 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).

Cela étant, en ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine).

8. a) 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).

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. Ainsi, en principe, lorsqu'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 351 consid. 3b/bb).

b) 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/cc). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF non publié 9C\_369/2008 du 5 mars 2009, consid. 2.2).

9. En l'espèce, selon le médecin traitant, la recourante présente un état dépressif réactionnel à un licenciement abusif qui a entraîné une incapacité de travail totale depuis le 16 juin 2010. Dans son rapport du 22 mars 2011, le praticien indiquait qu'une reprise d'activité professionnelle pouvait être envisagée d'ici un à trois mois.

L'expert psychiatre a examiné la recourante en date du 31 janvier 2012. Selon l'anamnèse, la recourante a déclaré qu'une hypertension artérielle a été diagnostiquée en 2008, pour laquelle elle est traitée. Sur le plan psychiatrique, elle aurait eu quelques consultations psychiatriques au Portugal, au titre d'une symptomatologie réactionnelle à la rupture de ses fiançailles et depuis l'automne

2010, elle consulte une psychologue à raison d'une fois par mois, le tableau étant sans évolution et décrit par l'assurée comme similaire au tableau initial. Il n'y a pas de suivi ni d'hospitalisation psychiatrique. L'assurée est suivie essentiellement par son médecin généraliste traitant à raison d'une fois par mois, pour des prescriptions actuelles de Fluoxétine. Elle se plaint essentiellement d'un moral fluctuant, de douleurs itératives du dos et de douleurs gastriques. Au status psychiatrique, l'expert note que la cognition est dans la norme, l'orientation est bonne, la recourante ne présente ni trouble de mémoire, ni ralentissement psychomoteur, ni agitation. Le discours est cohérent, il n'y a pas de trouble du cours ou du contenu de la pensée. L'examen psychiatrique met en évidence l'existence d'une tension anxieuse, des éléments en faveur d'angoisses itératives qui passent seules, sans élément en faveur d'agoraphobie, de crise d'anxiété généralisée. On ne retrouve pas de signe floride de la série psychotique. Il existe des éléments en faveur de traits de personnalité histrionique, avec importante dramatisation, qui ne constituent pas pour autant un trouble de personnalité. L'expert a ainsi diagnostiqué une dysthymie (F34.1), sans répercussion sur la capacité de travail. L'expert est d'accord avec le diagnostic d'état dépressif réactionnel posé par le médecin traitant dans son rapport du 22 mars 2011. En revanche, s'agissant de la capacité de travail, l'expert rappelle qu'il est classique d'apprécier qu'un état dépressif réactionnel n'ait pas de valeur incapacitante de longue durée. De plus, l'absence de modification de la symptomatologie par rapport au tableau initial, mentionnée par l'assurée, permet d'apprécier un tableau dépressif d'intensité légère. En l'absence de signe de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de trouble de personnalité morbide, de perturbation de l'environnement psychosocial, de limitation fonctionnelle psychiatrique, l'expert conclut qu'il n'y a pas de maladie psychiatrique responsable d'une atteinte à la capacité de travail de longue durée. La capacité de travail est de 100 % dans toute activité.

La Cour de céans constate que l'expertise réalisée par le Dr M\_\_\_\_\_ comporte une anamnèse détaillée, que le status clinique est bien décrit et que ses conclusions sont claires et bien motivées. Il a en particulier expliqué pourquoi il considérait que l'état dépressif réactionnel devait être qualifié de léger et les raisons pour lesquelles il n'entraînait pas de répercussions sur la capacité de travail.

Le rapport de la psychologue n'est pas de nature à remettre en cause les conclusions de l'expert, bien au contraire : en effet, selon ses observations, il apparaît que les facteurs psychosociaux figurent au premier plan et sont responsables de l'incapacité de travail. Or, ces facteurs ne peuvent être pris en compte par l'assurance-invalidité.

Au vu de ce qui précède, la Cour de céans ne saurait s'écarter des conclusions du Dr M\_\_\_\_\_.

10. Mal fondé, le recours est rejeté.

11. Au vu de l'issue du litige, un émolument de 200 fr. est mis à la charge de la recourante qui succombe (art. 69al. 1bis LAI).

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

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. Le rejette.
3. Met un émolument de 200 fr. à la charge de la recourante.
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

Isabelle CASTILLO

Juliana BALDE

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