

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3505/2013

ATAS/315/2017

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 19 avril 2017

4^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à GENÈVE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Marc MATHEY-DORET

recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE
GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE

intimé

**Siégeant : Juliana BALDÉ, Présidente; Rosa GAMBÀ et Larissa ROBINSON-MOSER,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après l'assurée ou la recourante), née le _____ 1967, au bénéfice d'une licence en sciences politiques et en relations internationales de l'Université de Genève, a travaillé en qualité de responsable de programmes au CICR jusqu'à fin 2006, date à laquelle elle aurait été victime d'un licenciement abusif. Après une période de chômage, elle a travaillé une année à l'OMS, avant d'être engagée en avril 2008 comme assistante de direction à la Banque cantonale de Genève (BCGE).
2. Suite à un changement de poste et à une restructuration en décembre 2009, l'assurée, confrontée à une absence de disponibilité et de soutien de son supérieur hiérarchique, a eu des bouffées d'angoisse et une attaque de panique qui l'ont amené à consulter en urgence. Après un arrêt de travail de dix jours, l'assurée a tenté une reprise de travail. Son état de santé s'est toutefois dégradé et le docteur B_____, médecine générale et médecine appliquée aux sports, a prescrit un arrêt de travail total depuis le 18 juin 2010, prolongé par la suite par le docteur C_____, psychiatre.
3. L'assureur maladie perte de gain Allianz (ci-après l'assureur) a mandaté la clinique Corela SA pour effectuer une expertise psychiatrique de l'assurée. Dans son rapport d'expertise du 11 janvier 2012 (voir tirage complet sous pièce n° 10 recourante), le docteur D_____, psychiatre, a retenu le diagnostic d'épisode dépressif léger (ICD-10, F32.0), en rémission, sans limitations fonctionnelles, et une capacité de travail de 100 % au plus tard depuis le 16 mai 2011 dans le dernier emploi, ainsi que de personnalité histrionique (ICD-10, F60.4), sans incidence sur la capacité de travail. Selon l'expert, il apparaissait vraisemblable, au vu des éléments apportés dans la discussion en début du rapport de synthèse, qu'il n'y avait pas eu d'événement particulier en novembre 2010 (si ce n'est la fin des indemnités journalières) permettant de justifier la prolongation de l'incapacité de travail et le syndrome dépressif sévère mis en avant par le psychiatre nouvellement consulté en novembre 2010 et il était « vraisemblable de déduire » à une exigibilité de reprise de travail à 100% au 1^{er} novembre 2010 et d'accorder deux semaines supplémentaires en février 2011 suite au décès de la mère de l'assurée.
4. L'assurée a déposé en date du 16 juillet 2012 une demande de prestations auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OAI ou l'intimé) en raison d'un « burn out ».
5. Le docteur E_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, mandaté pour expertise par l'assurée, représentée par son conseil, a retenu dans son rapport du 16 mai 2012 le diagnostic - avec répercussion sur la capacité de travail - de trouble dépressif récurrent, épisode actuel d'intensité moyenne et chronique (F33.2) avec syndrome somatique. L'incapacité de travail était totale dans l'activité habituelle depuis le 17 juin 2010. La capacité de travail pouvait être améliorée par le traitement médicamenteux et une reprise de travail pouvait être espérée en cas de

rémission. Le Dr E_____ a expliqué les raisons de son désaccord avec les conclusions de l'expertise Corela, notamment quant aux diagnostics.

6. L'assureur a mis en œuvre une nouvelle expertise psychiatrique et mandaté le docteur F_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 27 juillet 2012, l'expert a retenu le diagnostic, avec répercussion sur la capacité de travail, de personnalité narcissique avec traits paranoïaques et histrioniques (F60.8) ainsi que les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger sans syndrome somatique (F33.00) et de trouble panique (F41.0). L'assurée présentait un trouble de la personnalité sévère, décompensé en mode dysphorique. Ce trouble avait été responsable d'une incapacité de travail par le passé dès le 18 juin 2010, mais il n'avait plus de répercussion depuis la date effective du terme de ses obligations contractuelles avec l'ex-employeur, car compte tenu de la sévérité du trouble de la personnalité, un retour de l'assurée dans son dernier poste de travail n'était pas possible au risque de provoquer une décompensation psychique plus sévère.
7. Dans un avis du 5 avril 2013, le service médical régional AI (SMR) a considéré qu'il n'y avait pas d'atteinte psychique grave permettant de retenir une incapacité de longue durée et que la capacité de travail était entière dans tout autre emploi.
8. Par décision du 1^{er} octobre 2013, l'OAI a refusé l'octroi d'une rente ainsi que des mesures professionnelles à l'assurée, au motif que selon l'expertise réalisée par l'assureur perte de gain l'incapacité de travail avait duré moins d'un an et que sa capacité de travail était entière dans son activité habituelle de conseillère financière, auprès d'un autre employeur.
9. L'assurée, représentée par son conseil, a interjeté recours contre cette décision en date du 1^{er} novembre 2013, en concluant à l'annulation de la décision ainsi qu'à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 8 janvier 2011. Elle a fait valoir en substance que l'intimé se fondait exclusivement sur l'avis médical lacunaire du SMR, dans la mesure où il ne faisait aucunement mention des expertises psychiatriques réalisées, ni pour quelle raison il conviendrait de suivre l'une ou l'autre des conclusions des expertises. Il n'avait ainsi aucune valeur probante.
10. Dans sa réponse du 2 décembre 2013, l'intimé a déclaré se rallier aux conclusions des avis médicaux du SMR, considérant que les rapports d'expertises des Drs E_____ et F_____ ne pouvaient se voir accorder pleine valeur probante. Dans son rapport du 25 novembre 2013, le SMR relevait que trois expertises retenaient des diagnostics et des interprétations différents, que les facteurs extra médicaux étaient prépondérants et n'avaient pas été pris en compte tant par le Dr F_____ que par le Dr E_____. L'intimé a conclu au rejet du recours, la mise sur pied d'une expertise judiciaire n'étant pas justifiée.
11. Par réplique du 10 janvier 2014, la recourante a relevé que compte tenu justement des avis et diagnostics divergents, une expertise judiciaire se justifiait.

12. Lors de l'audience de comparution personnelle du 5 février 2014, les parties ont persisté dans leurs conclusions.
13. Le 26 février 2014, la chambre de céans a informé les parties qu'elle entendait mettre en œuvre une expertise judiciaire et leur a communiqué le nom et les questions qu'elle avait l'intention de poser à l'expert, tout en leur impartissant un délai pour compléter celles-ci et faire valoir une éventuelle cause de récusation.
14. Par ordonnance du 20 mars 2014, la chambre de céans a mandaté le docteur G_____, spécialiste FMH en psychothérapie et psychiatrie.
15. L'expert a rendu son rapport d'expertise en date du 6 février 2017. Il a retenu les diagnostics de trouble de la personnalité de type histrionique, dépression majeure sévère chronique et anxiété généralisée. L'expert conclut que la recourante a présenté des limitations psychiques importantes depuis le 18 juin 2010, qui se sont aggravées au cours de ces dernières années. Les différents troubles psychiatriques, leur intensité et leur persistance entraînent une incapacité de travail de 100% dans l'activité habituelle ainsi que dans une activité adaptée depuis le 10 juin 2010, sans modification à ce jour. L'exigibilité d'une reprise de travail est actuellement nulle. Le pronostic est défavorable, vraisemblablement de manière durable.
16. Par courrier du 6 mars 2017, la recourante relève que le rapport du Dr G_____ répond aux conditions de la jurisprudence pour lui reconnaître pleine valeur probante et conclut à l'octroi d'une rente entière d'invalidité depuis le 1^{er} juin 2012.
17. Dans ses observations du 7 mars 2017, l'intimé indique que l'expertise doit se voir attribuer pleine valeur probante et qu'il convient d'admettre une capacité de travail nulle depuis le mois de juin 2010. La recourante a droit en principe à une rente entière d'invalidité depuis le 1^{er} juin 2011. Toutefois, dès lors qu'elle a déposé sa demande le 16 juillet 2012, elle ne peut se voir allouer une rente qu'à compter du 1^{er} janvier 2013.
18. Après échange des écritures, 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 - 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

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

1^{er} 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 1^{er} 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 (arrêt du Tribunal fédéral des assurances 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).

3. Interjeté dans le délai et la forme prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA).
4. Le litige porte sur le point de savoir si la recourante présente une atteinte à la santé invalidante ouvrant droit à des prestations de l'assurance invalidité.
5. 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^{er} janvier 2008).
6. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI).

Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont

les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

7. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165; arrêt du Tribunal fédéral des assurances 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; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 237/04 du 30 novembre 2004 consid. 4.2).

8. Le juge ne s'écarte 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 351 consid. 3b/aa et les références).

9. En l'espèce, au vu des avis contradictoires des divers experts et médecins ayant examiné la recourante, la chambre de céans a mis en œuvre une expertise judiciaire afin de clarifier les éléments médicaux.

Le Dr G _____ a examiné la recourante en date des 29 novembre 2014, 10 janvier 2015, 27 juin 2015 et 16 juillet 2016. Dans son rapport du 6 février 2017, l'expert a diagnostiqué un trouble de la personnalité histrionique, une dépression majeure sévère chronique et une anxiété généralisée. Le rapport d'expertise comporte une anamnèse familiale, personnelle et socio-professionnelle détaillée, relate les données subjectives et les plaintes de la recourante. L'expert fait état des constatations objectives et du status clinique. Reprenant chaque diagnostic, le Dr G _____ expose de manière circonstanciée les raisons pour lesquelles il a retenu ces diagnostics, les confrontant à ceux retenus par les différents médecins ayant examiné la recourante. Il a expliqué également les raisons pour lesquelles il ne partageait pas les avis des Drs D _____, F _____, E _____ et C _____. Selon l'expert, les troubles constatés entraînent une incapacité de travail totale depuis le 18 juin 2010, dans toute activité. La chambre de céans constate que l'expertise du Dr G _____ est fondée sur le dossier complet, qu'elle est extrêmement fouillée et que l'expert a procédé à une discussion détaillée du cas, tant du point de vue des diagnostics que de la capacité de travail. Ses conclusions sont claires et convaincantes. Il convient ainsi d'admettre la valeur probante de l'expertise et de suivre les conclusions du Dr G _____, selon lesquelles les atteintes à la santé de la recourante entraînent une incapacité de travail totale depuis le 18 juin 2010.

Les parties ne contestent pas la valeur probante de l'expertise judiciaire et admettent qu'il convient de suivre les conclusions de l'expert.

10. Selon l'art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008), le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais 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 LPGA.

En l'espèce, la recourante présente un degré d'invalidité de 100% dès le mois de juin 2011, de sorte qu'elle a droit, en principe, à une rente entière d'invalidité depuis le 1^{er} juin 2011.

Toutefois, comme le relève l'intimé, dès lors que la recourante a déposé sa demande le 16 juillet 2012, elle ne peut prétendre à la rente au plus tôt six mois après, soit dès le 1^{er} janvier 2013 (cf. art. 29 al. 1 LAI ; ATF 9C_953/2011).

11. Au vu de ce qui précède, le recours est partiellement admis.
12. La recourante, qui obtient gain de cause, a droit à une indemnité à titre de dépens, que la chambre de céans fixe en l'occurrence à CHF 3'000.- (art. 61 let. g LPGA ;

art. 89H de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985, LPA-GE - E 5 10 et art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986, RFPA - E 5 10.03).

13. L'émolument, arrêté à CHF 500.-, est mis à la charge de l'intimé, qui succombe.
14. Reste à statuer sur le sort des frais d'expertise.

Conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral (cf. ATF 139 V 496 consid. 4.3 p. 501 s.), les frais qui découlent de la mise en oeuvre d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire peuvent le cas échéant être mis à la charge de l'assurance-invalidité. Cette règle, qu'il convient également d'appliquer dans son principe aux expertises judiciaires mono- et bidisciplinaires (cf. ATF 139 V 349 consid. 5.4 p. 357), ne saurait entraîner la mise systématique des frais d'une expertise judiciaire à la charge de l'autorité administrative. Encore faut-il que l'autorité administrative ait procédé à une instruction présentant des lacunes ou des insuffisances caractérisées et que l'expertise judiciaire serve à pallier les manquements commis dans la phase d'instruction administrative. En d'autres mots, il doit exister un lien entre les défauts de l'instruction administrative et la nécessité de mettre en oeuvre une expertise judiciaire (ATF 137 V 210 consid. 4.4.2 p. 265 s.). Tel est notamment le cas lorsque l'autorité administrative a laissé subsister, sans la lever par des explications objectivement fondées, une contradiction manifeste entre les différents points de vue médicaux rapportés au dossier, lorsqu'elle a laissé ouverte une ou plusieurs questions nécessaires à l'appréciation de la situation médicale ou lorsqu'elle a pris en considération une expertise qui ne remplissait manifestement pas les exigences jurisprudentielles relatives à la valeur probante de ce genre de documents (voir par exemple arrêt 8C_71/2013 du 27 juin 2013 consid. 2). En revanche, lorsque l'autorité administrative a respecté le principe inquisitoire et fondé son opinion sur des éléments objectifs convergents ou sur les conclusions d'une expertise qui répondait aux réquisits jurisprudentiels, la mise à sa charge des frais d'une expertise judiciaire ordonnée par l'autorité judiciaire de première instance, pour quelque motif que ce soit (à la suite par exemple de la production de nouveaux rapports médicaux ou d'une expertise privée), ne saurait se justifier (ATF 139 V 496 précité consid. 4.4 p. 502).

En l'espèce, force est de constater que le SMR avait constaté que trois expertises retenaient des diagnostics différents et des interprétations différents. L'intimé, qui avait dénié toute valeur probante aux expertises des Drs E_____ et F_____, avait néanmoins rendu sa décision, sans effectuer d'investigations supplémentaires, se contentant de se rallier à l'avis succinct dudit SMR qui considérait que la recourante présentait une pleine capacité de travail chez un autre employeur. Ce faisant, il n'a laissé d'autre choix à la chambre de céans que d'ordonner une expertise judiciaire afin précisément de clarifier les aspects médicaux.

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision du 1^{er} octobre 2013.
4. Dit et prononce que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité depuis le 1^{er} janvier 2013.
5. Condamne l'intimé à payer à la recourante la somme de CHF 3'000.- a titre de participation à ses frais et dépens.
6. Met un émolument de CHF 500.- à la charge de l'intimé.
7. 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 BALDÉ

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