RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3758/2021 **ATAS/443/2023**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 14 juin 2023

Chambre 4

En la cause

A_____ recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE intimé

Siégeant : Catherine TAPPONNIER, présidente ; Antonio Massimo DI TULLIO et Larissa ROBINSON-MOSER, juges assesseur·e·s

EN FAIT

A. **a.** Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante) est née le _____ 1964, divorcée et mère de trois enfants nés en 1986, 1990 et 2000.

b. Le 6 janvier 2017, le docteur B_____, chef de clinique, et la doctoresse C_____, médecin interne, du département de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : les HUG), ont indiqué que l'assurée présentait des douleurs progressives et invalidantes au niveau de son épaule gauche, depuis trois à quatre mois, évaluées par elle-même à 10/10 et traitées par des anti-inflammatoires. Les résultats d'une IRM montraient une déchirure non transfixiante du sus-épineux et une arthrose acromio-claviculaire ainsi qu'une ténosynovite du long chef du biceps sans signe de subluxation avec une bonne trophicité musculaire.

c. Par rapport du 17 mars 2017, le docteur D_____, spécialiste FMH en neurologie, a indiqué qu'il s'agissait d'une patiente présentant une insomnie d'endormissement importante liée à un épisode dépressif actuel de degré sévère. L'évolution de l'insomnie semblait étroitement liée à l'épisode dépressif. Une prise en charge psychiatrique et psychothérapeutique spécialisée était donc indiquée avec la mise en place d'un traitement antidépresseur plus incisif que le Remeron ainsi qu'une psychothérapie ciblant les symptômes dépressifs et l'anxiété de la patiente.

d. Dans un rapport médical du 22 février 2018, la docteure E_____, spécialiste FMH en médecine interne générale, a indiqué suivre mensuellement l'assurée depuis septembre 2016 et avoir effectué le dernier contrôle le 13 février 2018. Celle-ci était totalement incapable de travailler du 26 septembre 2016 au 28 février 2018. Elle avait des douleurs chroniques mécaniques de l'épaule gauche depuis deux ans et des troubles du sommeil sévères, notamment.

Les diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail étaient une déchirure transfixiante du sus-épineux, de l'arthrose acromio-claviculaire, une ténosynovite du long chef du biceps, un état dépressif et anxieux et un syndrome du tunnel carpien à gauche. L'assurée ne pouvait faire aucune activité professionnelle actuellement. On pouvait attendre raisonnablement d'elle une activité de sept heures dans l'activité exercée jusqu'à ce jour, ainsi que dans une activité adaptée. Le pronostic était bon, l'assurée reprendrait son activité professionnelle ultérieurement. L'état dépressif faisait obstacle à une réadaptation, mais l'assurée était motivée, souhaitant reprendre une activité professionnelle auprès de personnes âgées.

e. Le 16 avril 2018, l'assurée a demandé des prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en raison d'une omalgie sévère et d'un état anxio-dépressif dont elle souffrait depuis 2016.

f. Le 26 juillet 2018, le docteur F_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a indiqué suivre l'assurée depuis mars 2017 et qu'elle souffrait d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen. Elle avait travaillé dans plusieurs endroits, notamment dans des usines, mais pendant des courtes périodes. Son dernier emploi pour une blanchisserie dans le contexte d'un stage de réinsertion avec Réalise remontait à 2016. Elle avait dû interrompre son travail à la suite d'une déchirure du deltoïde. Actuellement, elle était sans emploi et au bénéfice de l'aide de l'Hospice général. Un état dépressif s'était installé progressivement dans le contexte de la désinsertion professionnelle suite à un accident de l'épaule en 2015, quand elle travaillait dans une blanchisserie, avec des troubles du sommeil qui s'étaient aggravés à cette période. Lors du stage de réinsertion, elle aurait présenté des problèmes de concentration. Un état dépressif avait été diagnostiqué par le laboratoire du sommeil en 2016. Par la suite, un traitement antidépresseur avait été mis en place. L'assurée avait des difficultés à se concentrer et à maintenir un rythme, une fatigabilité, une difficulté à maintenir la motivation, des difficultés dans les interactions interpersonnelles en raison de l'irritabilité, d'une certaine méfiance et d'une interprétativité.

Elle avait très peu de ressources. Elle ne communiquait plus avec sa fille et très peu avec son fils aîné, mais seulement avec son fils cadet qui vivait avec elle. Elle avait une tendance à la solitude, très peu d'amis, mais un bon lien avec son médecin traitant.

Du point de vue strictement psychiatrique, son état clinique actuel était compatible avec une activité à 50% depuis le 1er septembre 2017. Durant la période de son suivi, de mars à août 2017, l'incapacité était totale et elle l'avait probablement également été auparavant. Depuis le début du suivi, en mars 2017, l'évolution avait été discrètement favorable avec une amélioration du sommeil et une diminution des symptômes dépressifs. Depuis le mois de septembre 2017, il y avait peu d'évolution avec une tendance à une chronicisation en lien avec les douleurs, la désinsertion sociale et le déconditionnement. L'observance de la médication était globalement bonne. Elle se rendait régulièrement à ses entretiens à l'exception de deux ou trois fois depuis le début du suivi en raison d'oublis ou de maladie.

g. Le 26 octobre 2018, l'OAI a informé l'assurée prendre en charge une mesure d'aide au placement à compter du 18 octobre 2018 pour une durée de six mois environ auprès de la fondation IPT.

h. Selon un rapport final d'IPT, l'assurée était actuellement éloignée du marché de l'emploi. Elle semblait avoir besoin que l'on fasse pour elle et non avec elle. Elle manquait d'autonomie et de motivation. Il lui était recommandé d'être plus active dans son projet professionnel, si son souhait était réellement de retourner sur le marché de l'emploi et d'être aidée par des professionnels de l'insertion. Elle avait montré peu de signes permettant d'aller de l'avant.

i. Selon un rapport final établi par la division de réadaptation professionnelle de l'OAI le 29 octobre 2019, vu le peu d'implication et de motivation de l'assurée, qui n'avait pas permis de dégager une quelconque cible professionnelle ni de trouver un stage d'employabilité, il était convenu de mettre fin à la mesure.

j. Le 23 juin 2020, la Dre E_____ a indiqué qu'il y avait une persistance des symptômes de dépression chez l'assurée. Celle-ci souffrait d'un état dépressif sévère avec repli sur soi et le développement d'une phobie sociale. Il fallait instaurer une prise en charge psychique, laquelle avait été suspendue temporairement en raison de la Covid-19 puis reprise le 18 juin 2020, et instaurer un traitement antidépresseur. L'assurée n'était pas capable de travailler dans toute activité.

k. Le 11 octobre 2020, le docteur G_____, médecin interne, du service de chirurgie orthopédique traumatologie de l'appareil moteur des HUG, a indiqué que les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de l'assurée étaient une lésion de la coiffe non transfixiante, une arthropathie « AC » et une ténosynovite « LCD » de l'épaule gauche. Il n'y avait pas de suivi avec le team épaule des HUG. En date du 22 décembre 2016, les restrictions fonctionnelles étaient le port de charges et les mouvements répétés de l'épaule gauche. Il fallait réévaluer cette question et déterminer si l'assurée pouvait reprendre une activité professionnelle et dans quelle mesure.

l. Dans un rapport du 7 juin 2021, le docteur H_____, médecin au service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a retenu comme atteinte principale à la santé de l'assurée un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen. L'incapacité durable avait débuté le 26 septembre 2016 à 100%. La capacité de travail exigible dans l'activité habituelle était de 0% comme aide-soignante et de quatre heures par jour dès le 1er septembre 2017 dans une activité adaptée. Les limitations fonctionnelles étaient : fatigue, fatigabilité, activité à répartir sur cinq jours ouvrables, sans contact avec une clientèle, activité légère, sédentaire, principalement en position assise, permettant la variation des positions au gré de l'assurée, sans manipulation de charges de plus de 5 kg, sans port des mains au-dessus du plan des épaules, ni usage de machines portées vibrantes, forantes et/ou percutantes. La capacité de travail dans une activité adaptée était fondée sur le rapport médical établi le 26 juillet 2018 par le Dr F_____, qui retenait une capacité de travail de quatre heures par jour dans une activité adaptée. Il fallait également retenir les limitations somatiques affectant les deux épaules de l'assurée.

m. Selon un rapport d'enquête ménagère du 28 juillet 2021, les empêchements dans les travaux habituels de l'assurée étaient de 16% sans exigibilité et de 0% avec l'aide de son fils.

n. Par projet de décision du 17 août 2021, l'OAI a informé l'assurée que sa demande de prestations était rejetée. Le statut d'assurée retenu dans sa situation

était celui d'une personne se consacrant à 50% à son activité professionnelle et à 50% à l'accomplissement de ses travaux habituels dans le ménage. À l'issue de l'instruction médicale, l'OAI constatait que son incapacité de travail était nulle dans l'activité habituelle, dès le 26 septembre 2016 (début du délai d'attente d'un an). Dans une activité adaptée à son état de santé, sa capacité de travail était de 50% dès septembre 2017, soit à l'issue du délai d'attente. Cependant, la demande de prestations ayant été déposée le 16 avril 2018, l'éventuelle prestation sous forme de rente ne pouvait être versée qu'à compter du mois d'octobre 2018. Sa perte de gain s'élevait à 57.86%. En tenant compte d'une pondération entre la part active et la part des travaux habituels, son taux d'invalidité était de 29%, ce qui ne lui ouvrait pas le droit à des prestations sous forme de rente de l'assurance-invalidité.

o. Par décision du 27 septembre 2021, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée.

B. **a.** Le 30 octobre 2021, celle-ci a formé recours contre la décision précitée auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice, faisant valoir que depuis plusieurs années, elle souffrait de dépression et avait eu un suivi psychologique régulier avec le Dr F_____, puis avec le docteur I_____ et plusieurs autres. Elle était suivie depuis un mois par le docteur J_____, spécialiste FMH en psychiatre et psychothérapie, qui pouvait confirmer les problèmes importants de dépression qui affectaient sa vie et l'invalidaient quotidiennement.

b. Le 9 décembre 2021, l'OAI a conclu au rejet du recours.

c. L'assurée a été entendue par la chambre de céans le 4 mai 2022. Elle a notamment déclaré qu'elle était totalement incapable de travailler. Les bruits la gênaient. Elle avait de la peine à être en contact avec des gens, même sa famille et ses enfants. Elle commençait à perdre un peu la mémoire et avait beaucoup d'angoisses. Elle avait des maux de tête, parce qu'elle était angoissée et elle dormait mal.

Elle avait été opérée à l'épaule, ce qui lui causait des douleurs. Un nerf dans les cervicales lui provoquait des maux de tête. Elle était limitée au niveau physique, en particulier par ses épaules, et prenait presque tous les jours des antidouleurs. Elle avait aussi mal au dos. Elle pensait toutefois que c'était la dépression qui l'empêchait de travailler, car elle était trop forte.

d. Le 8 juin 2022, la recourante a été mise au bénéfice de l'assistance juridique avec effet au 3 juin 2022.

e. Par ordonnance du 3 novembre 2022, la chambre de céans a ordonné une expertise psychiatrique de la recourante (ATAS/959/2022), qu'elle a confiée au docteur K_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, considérant que cette mesure était nécessaire, sur base de l'appréciation de la Dresse E_____.

f. Dans son rapport du 14 février 2023, l'expert a retenu les diagnostics d'anxiété généralisée, de dysthymie, d'insomnie non organique et dépendance au tabac, avec comme répercussion globale une diminution de 30% de la capacité de travail de la recourante depuis le 1er septembre 2017 pour toute activité adaptée à ses compétences et à son état physique, sans diminution de rendement.

g. L'intimé a considéré l'expertise convaincante. Le SMR avait retenu une capacité de travail de 50% en ajoutant aux limitations psychiatriques, des limitations somatiques d'épargne de l'épaule dès septembre 2017. Les conclusions de l'expert rejoignaient dès lors sa position et il persistait en conséquence dans ses conclusions.

h. La recourante n'a pas fait de remarques sur l'expertise.

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), 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. Le 1er janvier 2022, sont entrées en vigueur les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705).

En cas de changement de règles de droit, la législation applicable reste, en principe, celle en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge se fonde, en règle générale, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; ATF 132 V 215 consid. 3.1.1 et les références).

En l'occurrence, la décision querellée a été rendue antérieurement au 1er janvier 2022, de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur ancienne teneur.

3. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est prima facie recevable.

4. Le litige porte sur le droit de la recourante aux prestations de l'assurance-invalidité.

5.

5.1 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, mentale ou psychique 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).

5.2 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).

En 2017, le Tribunal fédéral a modifié sa pratique lors de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques. La jurisprudence développée pour les troubles somatoformes douloureux, selon laquelle il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (ATF 141 V 281), s'applique dorénavant à toutes les maladies psychiques.

5.3 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

Le juge vérifie librement si l'expert médical a exclusivement tenu compte des déficits fonctionnels résultant de l'atteinte à la santé et si son évaluation de l'exigibilité repose sur une base objective.

6. La recourante a fait valoir à l'appui de son recours qu'elle souffrait de dépression depuis plusieurs années.

L'intimé a fait valoir qu'il avait retenu une incapacité de travail en se fondant sur les indications du psychiatre traitant de la recourante, à savoir le rapport médical établi par le Dr F_____ le 26 juillet 2018, dans lequel ce médecin avait posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen.

La chambre de céans a ordonné une expertise judiciaire par le Dr K_____. Le rapport de ce dernier répond aux réquisits permettant de lui accorder une pleine valeur probante et ses conclusions n'ont pas été contestées par les parties. Ses

conclusions ne remettent pas en cause la capacité de travail retenue par l'intimé dans la décision querellée, qui doit par conséquent être confirmée.

7. Infondé le recours sera rejeté.

Bien que la procédure ne soit pas gratuite en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1bis LAI), il n'y a pas lieu de percevoir un émolument, la recourante étant au bénéfice de l'assistance juridique (art. 12 al. 1 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Dit qu'il n'est pas perçu d'émolument.
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	Catherine TAPPONNIER

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