

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4127/2008

ATAS/1510/2009

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 3

du 30 novembre 2009

En la cause

Madame H _____, domiciliée à GENÈVE

recourante

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue
de Lyon 97, 1203 Genève

intimé

**Siégeant : Karine STECK, Présidente; Violaine LANDRY-ORSAT et Christine
LUZZATTO, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame H_____, née en 1957, de nationalité algérienne, disposant d'une formation d'employée de bureau et d'aide-soignante semi-qualifiée, a déposé en juin 2007 une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OCAI). Cette demande visait l'obtention d'une orientation professionnelle ou d'un reclassement dans une nouvelle profession. L'assurée a indiqué être femme au foyer depuis 1987 et a invoqué une maladie psychiatrique.
2. Le 4 juillet 2007, la Dresse L_____, spécialiste FMH en médecine interne, pharmacologie et toxicologie clinique, a indiqué à l'OCAI qu'elle suivait l'assurée depuis le mois de juillet 2005, que cette dernière se plaignait, sur le plan somatique, de divers symptômes non spécifiques, sur le plan psychique, d'agitation psychomotrice alternant avec des épisodes dépressifs, et, sur le plan social, de désœuvrement et de soucis en relation avec l'adolescence difficile de sa fille unique, la maladie de son époux et les difficultés économiques de la famille. Le médecin a précisé que l'assurée avait été suivie au Centre de thérapie brève (CTB) depuis octobre 2005.

La Dresse L_____ a préconisé un suivi psychiatrique et social dans le but d'aider sa patiente à retrouver une activité lui permettant de subvenir à ses besoins et de retrouver une organisation personnelle plus stable.

Le médecin a diagnostiqué un état dépressif réactionnel présent depuis 2005 au moins et a conclu à une incapacité totale de travail depuis le 11 octobre 2005.

De l'anamnèse, il ressort que c'est depuis 1998, date à laquelle l'assurée est revenue à Genève avec sa famille, qu'un état dépressif a commencé à se développer, qui s'est chronicisé et s'est aggravé avec le temps. Selon le médecin, la patiente reste encore partiellement dans le déni de sa maladie. Elle continue à consulter divers médecins pour des douleurs abdominales investiguées à maintes reprises et pour lesquelles aucune lésion organique n'a été mise en évidence. En 2004, elle a finalement accepté de consulter un psychiatre, mais le suivi est extrêmement difficile et chaotique.

3. Dans un rapport établi le 10 juillet 2007, la Dresse M_____, psychiatre, a retenu les diagnostics de trouble hypocondriaque et trouble dépressif récurrent présents depuis 1998. Elle y a ajouté ceux de dépendance aux benzodiazépines et de trouble de la personnalité dépendante, tout en précisant que ces deux derniers étaient sans répercussion sur la capacité de travail, qu'elle a jugée de 0 % depuis le 11 octobre 2005.
4. Le dossier de l'assurée a été soumis à un collaborateur de l'OCAI qui a estimé que dans la mesure où son mari était bénéficiaire d'une rente entière et ne touchait pour

lui-même que 1'080 fr. par mois, l'assurée était donc dans l'obligation de travailler et devait considérée comme active, d'autant plus qu'elle était inscrite au chômage.

5. L'assurée a été adressée au Dr N_____, spécialiste FMH en psychiatrie auprès du Service médical régional AI (ci-après : SMR), qui a rendu son rapport en date du 18 mars 2008.

Le médecin n'a retenu qu'un trouble anxieux et dépressif mixte (F 41.2) dont il a précisé qu'il n'avait pas de répercussion sur la capacité de travail. Il a conclu à une capacité de travail conservée dans l'activité précédemment exercée comme dans toute autre. Le médecin a relevé que la cognition était dans la norme, l'orientation aux trois modes bonne ; il n'a constaté ni trouble de la mémoire, ni ralentissement psychomoteur, ni agitation. Le discours a été décrit comme cohérent. Aucun trouble du cours ou du contenu de la pensée n'a été mis en évidence. L'assurée a été décrite comme partageant le focus d'attention.

L'examen a montré une bonne thymie, des ruminations existentielles mais sans idées noires, ni tentations de suicide, ni anhédonie (il a été noté que l'assurée appréciait de faire la cuisine, de marcher, de s'occuper de son chat), ni repli sur soi (l'assurée a décrit des relations sociales stables), ni culpabilité ou perte d'estime de soi. Aucun élément plaidant en faveur d'une agoraphobie, d'une anxiété généralisée, ou d'une phobie sociale n'a non plus été relevé, pas plus que des critères de troubles de la personnalité. Aucun signe de dépression majeure, de décompensation psychotique, ou d'anxiété généralisée n'a été relevé.

Le Dr N_____ a estimé que le tableau constaté correspondait en intensité à un diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte. Il a relevé que l'assurée faisait état, à raison de deux à trois fois par mois, de crises d'anxiété avec symptômes neurovégétatifs (tremblements, palpitations, barre thoracique, sudation). Il a émis l'avis que l'intensité de cette pathologie correspondait au diagnostic d'état dépressif réactionnel proposé par le médecin généraliste, dans la mesure où l'assurée avait précisé que c'est le fait de ne pas retrouver de travail à son retour du Maroc, qui l'avait peu à peu découragée et, semble-t-il, déprimée. Le Dr N_____ a expliqué qu'il s'écartait du diagnostic de trouble hypocondriaque évoqué par la Dresse M_____ en raison de l'absence d'éléments évoquant la conviction pour l'assurée d'être atteinte d'une ou plusieurs maladies somatiques graves fondée sur la présence d'un ou plusieurs symptômes persistants. Il a également écarté celui de trouble dépressif récurrent dans la mesure où l'assurée n'avait évoqué aucun antécédent médical antérieur à 2003.

6. Le 14 août 2008, un projet de décision a été adressé à l'assurée, dont il ressortait que l'OCAI se proposait de lui nier le droit à des prestations.
7. Par courrier du 10 octobre 2008, le conseil de l'assurée a informé l'OCAI qu'il était encore dans l'attente d'un certificat établi par le Dr O_____, psychiatre.

8. Par décision du 15 octobre 2008, l'OCAI a rejeté la demande de prestations.
9. Par écriture du 17 novembre 2008, l'assurée a interjeté recours contre cette décision en concluant préalablement à ce que soit mise sur pied une expertise psychiatrique, principalement à ce que lui soit allouée une rente d'invalidité à compter du 19 juin 2007, subsidiairement à ce que des mesures de réadaptation professionnelle lui soient octroyées.

La recourante allègue avoir développé en 1998 un état dépressif qui s'est chronicisé et s'est aggravé avec le temps. Elle se réfère à l'avis de la Dresse M_____ dont elle rappelle qu'elle a posé le diagnostic de traits psychorigides de la personnalité, qu'elle a conclu à une incapacité de travail de 100% à compter du 11 octobre 2005 et qu'elle a réservé son pronostic en raison de la chronicité et de la gravité des troubles, mais aussi de leur banalisation.

La recourante fait grief au SMR de ne pas faire mention du fait que, par décision du 30 janvier 2006, le Tribunal tutélaire a instauré une curatelle d'appui éducatif en faveur de son enfant, du fait que par ordonnance du 2 mai 2006, le Tribunal tutélaire a retiré au couple la garde de leur enfant pour le placer en foyer, après qu'il a été constaté que sa mère tenait des propos confus et qu'elle avait été décrite comme médicalisée, très fragile et ne pouvant plus protéger sa fille.

Elle reproche également à l'intimé d'avoir rendu sa décision avant qu'elle ne puisse produire le rapport circonstancié de l'hôpital cantonal. Elle relève que, contrairement au SMR, qui n'a relevé ni troubles de la mémoire, ni ralentissement psychomoteur, les médecins de l'hôpital cantonal ont souligné que son discours était accéléré, désorganisé avec un relâchement des associations et des difficultés à garder le focus de la pensée. Elle ajoute qu'alors que le SMR a considéré que sa thymie était bonne, les médecins de l'hôpital cantonal ont retenu qu'elle souffre d'un trouble dépressif récurrent avec syndrome somatique, d'une humeur labile et triste, d'une personnalité dépendante aux benzodiazépines. Elle s'étonne dès lors que la désorganisation psychique ainsi soulignée n'ait pas été relevée par les médecins du SMR auxquels elle fait également grief de n'avoir pas fait état du retrait de la garde de son enfant, qui a pourtant été un facteur de bouleversement essentiel dans son existence.

Elle allègue enfin que le SMR s'écarte sans aucune explication de l'analyse de son médecin-traitant et de celle des médecins de l'hôpital cantonal.

10. La recourante a produit, à l'appui de son recours, un rapport établi le 31 octobre 2008 par les Drs P_____, cheffe de clinique, et O_____, médecin interne auprès du Département de psychiatrie des l'hôpital cantonal (HUG).

Les médecins y retiennent les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique, dysfonctionnement neurovégétatif somatoforme et personnalité dépendante.

Ils ont expliqué que la patiente était suivie par le Service de psychiatrie adulte des HUG depuis le 11 octobre 2005. Le rapport, assez bref, indique que la patiente se présente de façon anarchique à ses rendez-vous médicaux, que sa présentation est négligée, son humeur labile et triste, son discours accéléré, désorganisé, avec un relâchement des associations et une difficulté à garder le focus de la pensée. Il a été noté que l'appétit était réduit et que s'en était suivi un amaigrissement, que le sommeil était réduit à cinq heures par nuit, que l'assurée avait une conscience altérée de son trouble malgré le fait qu'elle reconnaissait être déprimée, dans la mesure où elle ne faisait pas le lien avec ses plaintes somatiques. Son état clinique a été décrit comme stationnaire depuis le début. Les médecins ont conclu que le trouble anxieux était à l'origine d'une désorganisation psychique rendant difficile l'observance aux traitements psychiatrique et psychothérapeutique. Ils ont estimé que la capacité de travail de la patiente était diminuée, qu'elle était incapable d'occuper un poste de travail à plein temps, mais qu'une activité à temps partiel ne dépassant pas 50 % pourrait être envisagée dans un milieu adapté.

11. Invité à se déterminer, l'OCAI, dans sa réponse du 11 février 2009, a conclu au rejet du recours. Il s'oppose à la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique au motif que le dossier contient suffisamment d'indications médicales fiables et que la recourante n'a pas produit de documents permettant de les mettre en doute.

Pour le surplus, l'intimé se réfère à l'avis du Dr Q_____, du SMR, émis en date du 29 janvier 2009. Le médecin y allègue que le fait qu'une curatelle ait été instaurée par le Tribunal tutélaire ne change en rien les constatations objectives de l'examen auquel s'est livré le spécialiste en psychiatrie, ni les conclusions du SMR ; le fait que l'assurée ait présenté un état de confusion en décembre 2005 ne modifie pas plus les conclusions du SMR, dans la mesure où il n'a pas été démontré que cet état serait durable. Quant au retrait de garde remontant au mois de mai 2006, le Dr Q_____ allègue qu'il n'influence pas non plus les constatations objectives de l'examen spécialisé pratiqué en mars 2008.

S'agissant du certificat établi par le département des HUG en date du 31 octobre 2008, le Dr Q_____ estime qu'il décrit une situation qui apparaît inchangée, sans aucune amélioration depuis le 11 octobre 2005. Il s'en étonne, émettant l'avis que si tel avait effectivement été le cas, le spécialiste du SMR n'aurait pu récolter toutes les informations qui figurent dans son rapport et ses constatations objectives auraient été différentes ; en particulier, le chaos intérieur de l'assurée, dont il est allégué qu'il est présent depuis des années, ne lui aurait pas échappé.

Selon le Dr Q_____, l'examen du SMR comprend un certain nombre de données cohérentes d'anamnèse, son status est suffisamment étayé par les constatations objectives et ses conclusions ne peuvent être différentes. Il en tire la conclusion que les faits anamnestiques invoqués par le conseil de l'assurée et la lettre des HUG ne suffisent pas à s'écarter de ses conclusions.

12. Par écriture du 6 avril 2009, la recourante a demandé à pouvoir répliquer et produire des pièces complémentaires, ce qu'elle a fait par écriture du 30 avril 2009. A cette occasion, elle a produit un rapport émanant du Centre de psychologie clinique du 26 mars 2009 établi par les Drs R_____, médecin psychiatre, et Monsieur I_____, psychologue et psychothérapeute. Ces derniers retiennent les diagnostics de trouble bipolaire, épisode dépressif actuel moyen, trouble de la personnalité à traits de dépendance et dépendance à l'utilisation continue de sédatifs et d'hypnotiques.

Elle en tire l'argument que ce rapport vient étayer celui des HUG, notamment sur le fait que son attention et sa concentration sont très limitées, tout comme l'assimilation de données cognitives.

13. Dans sa duplique du 15 mai 2009, l'intimé, après avoir soumis les nouveaux documents produits à son service médical, a conclu à ce que soit mise en place une expertise neuropsychologique judiciaire.

En effet, le Dr Q_____, du SMR, constatant que les nouveaux documents produits faisaient état d'un trouble bipolaire avec épisode dépressif d'intensité moyenne, d'un trouble de la personnalité à traits dépendants, d'un trouble mental et du comportement lié à l'utilisation continue de sédatifs ou d'hypnotiques, a admis que l'examen psychiatrique diligenté au SMR ne correspondait pas à une évaluation neuropsychologique et a préconisé, pour permettre de mieux estimer les facultés cognitives de l'assurée, de procéder à une expertise neuropsychologique.

Cependant, sur le plan psychiatrique, le Dr Q_____ a considéré que les diagnostics retenus et les éléments les documentant étaient insuffisants pour soutenir qu'une affection psychique durablement incapacitante était présente, de sorte que sur ce point, les conclusions du SMR ne pouvaient être modifiées.

14. Par courrier du 8 juin 2009, le conseil de l'assurée a informé le Tribunal de céans qu'il cessait d'occuper et révoquait l'élection de domicile.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ; 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)

relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20).

En dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

La compétence du Tribunal de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, de même que les modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4ème révision), entrée en vigueur le 1er janvier 2004, ont entraîné la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Conformément au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 445), le droit litigieux doit être examiné à l'aune des dispositions de la LAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 pour la période courant jusqu'à cette date, puis à celle de la nouvelle réglementation pour la période postérieure au 1er janvier 2003, respectivement au 1er janvier 2004, étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 1 consid. 1.2). Cela étant, les notions et les principes développés jusqu'alors par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité n'ont pas été modifiés par l'entrée en vigueur de la LPGA ou de la 4ème révision de la LAI (voir ATF 130 V 343).

Par ailleurs, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité est entrée en vigueur le 1er juillet 2006 (RO 2006 2003), apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). Le présent cas est soumis au nouveau droit, dès lors que le recours de droit administratif a été formé après le 1er juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).

3. Interjeté dans les forme et délai légaux (art. 56 à 60 LPGA), le recours est recevable.
4. Est litigieuse en l'espèce la question de savoir si les atteintes à la santé de la recourante entraînent une perte de gain susceptible de lui ouvrir droit à des prestations de l'assurance-invalidité.
5. L'autorité administrative doit constater d'office les faits déterminants, c'est-à-dire toutes les circonstances dont dépend l'application des règles de droit (ATF 117 V 261 consid. 3 p. 263; T. LOCHER, Grundriss des Sozialversicherungsrecht, Bern 1994, t. 1, p. 438). Elle est ainsi tenue d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent

une telle mesure, et qu'en particulier, elle doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il paraît nécessaire de clarifier des aspects médicaux (ATF 117 V 282 consid. 4a p. 283; RAMA 1985 p. 240 consid.4; LOCHER loc. cit.).

De son côté, le juge qui considère que les faits ne sont pas suffisamment élucidés peut renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction ou procéder lui-même à une telle instruction complémentaire (RAMA 1993 p. 136).

En matière d'assurance-invalidité, la première solution est en principe préférée (ATFA I 431/02 du 8 novembre 2002).

6. En l'espèce, il apparaît effectivement, ainsi que l'a reconnu l'intimé, que les facultés cognitives de l'assurée n'ont fait l'objet d'aucune évaluation alors même que des médecins ont évoqué des problèmes à ce niveau et mentionné une désorganisation psychique. Il s'avère par conséquent que des investigations médicales complémentaires sont nécessaires, sous la forme d'une expertise neuropsychologique qui permettra de déterminer l'ampleur des problèmes éventuels et, cas échéant, de définir leurs répercussions sur la capacité de travail de l'assurée

La cause n'étant, de l'avis du Tribunal de céans, pas suffisamment instruite pour permettre de se déterminer en connaissance de cause, il convient de renvoyer la cause à l'intimé pour instruction complémentaire puis nouvelle décision.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision du 15 octobre 2008.
4. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision.
5. Condamne l'intimé à verser à la recourante la somme de 1'500 fr. à titre de dépens.
6. Met un émolument de 200 fr. 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

Yaël BENZ

Karine STECK

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