REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/822/2007 **ATAS/1386/2007**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 2

du 4 décembre 2007

En la cause

Madame N_____, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître BORNOZ Nathalie	recourante

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue de Lyon 97, GENEVE	intimé

Siégeant : Isabelle DUBOIS , Présidente; Christine BULLIARD-MANGILI Bertrand REICH, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame N_____ (ci-après la recourante), née en février 1953 a travaillé en qualité de concierge, auprès de Pilet & Renaud S.A. depuis le 1er mai 1999, jusqu'au 22 décembre 2001, date à laquelle elle a été victime d'un accident de la circulation (collision latérale avec un autre véhicule). Cet accident s'est soldé par des cervicalgies et des lombalgies et a été suivi d'un arrêt total de travail, selon le rapport médical initial du 15 janvier 2002, établi par le Docteur A_____, médecin de la permanence médicale de Perly.

2. La COMPAGNIE D'ASSURANCES NATIONALE SUISSE a confié un mandat d'expertise au Docteur B_____, spécialiste FMH en rhumatologie. Celui-ci dans un rapport du 10 janvier 2003, a diagnostiqué des cervicalgies chroniques compliquées de céphalées occipito-temporales sur syndrome algo-dysfonctionnel de la colonne cervicale en C4-C5 et un syndrome fibromyalgique de l'hémicorps droit comme syndrome douloureux somatoforme persistant. Il a signalé qu'en l'absence de lésion anatomique démontrable, l'accident ne pouvait expliquer à lui seul, la persistance de la pathologie douloureuse rachidienne. Selon l'expert, il n'y avait pas d'incapacité de travail en relation de causalité avec l'accident du 22 décembre 2001 à partir du 1er janvier 2003.

3. Le 7 mai 2003, la recourante a déposé auprès de l'Office cantonal de l'assurance invalidité (ci-après l'OCAI), une demande de prestations tendant à l'octroi d'une rente d'invalidité.

4. La recourante a été soumise à une expertise psychiatrique ordonnée par la Compagnie d'assurances nationale suisse. Dans son rapport du 21 mai 2003, le Docteur C_____, spécialiste FMH en psychiatrie, a diagnostiqué une dysthymie qui n'est qu'un état dépressif léger et compatible avec une activité à 100%. L'expert a relevé que la vie sociale et familiale de la recourante était préservée et conclu que sur le plan psychique, elle ne présentait aucun trouble justifiant une incapacité quelconque de travail.

5. Un avis a été requis du Service médical régional (SMR). Le 17 février 2004 les experts se sont ralliés aux conclusions des expertises psychiatriques et somatiques réalisées pour le compte de l'assurance accident.

6. Par décision du 4 mars 2004, l'OCAI a refusé toute prestation.

7. Suite à l'opposition de la recourante, l'OCAI a confirmé son refus par décision sur opposition du 19 avril 2004.

8. Suite au recours déposé par la recourante le 17 mai 2004, le Tribunal de céans a rejeté le recours par arrêt du 25 janvier 2005. Après avoir reconnu une pleine

valeur probante aux expertises somatique et psychiatrique, le Tribunal a retenu avec les experts l'absence de toute atteinte à la santé organique objective, ceux-ci évoquant par défaut un trouble somatoforme douloureux, sans trouver d'éléments permettant de retenir un état dépressif ou anxieux sévère ou un trouble de la personnalité manifeste. Ainsi, l'existence d'une comorbité psychiatrique tant sous l'angle de la durée que de l'acuité devait être niée, de même que la présence éventuelle d'autres critères permettant d'apprécier le caractère invalidant des troubles somatoformes douloureux.

9. Au mois de mars 2005, la recourante a transmis de nouveaux documents médicaux à l'OCAI, qui a ouvert une procédure en nouvelle demande de prestations.

10. L'OCAI a effectué un examen psychiatrique de la recourante le 15 février 2006, par l'entremise du SMR, soit pour lui la Dresse D_____. Celle-ci a retenu les diagnostics de dysthymie et de syndrome douloureux somatoforme persistant, sans conséquence autre que temporaire sur la capacité de travail de la recourante. Dès lors, aucune aggravation de l'état de santé n'a été retenue.

11. Par décision du 29 janvier 2007, l'OCAI a refusé toute prestation à la recourante, au motif qu'il n'y avait pas d'aggravation de l'état de santé.

12. Dans son recours du 1er mars 2007, la recourante conclut préalablement à une expertise médicale, principalement à l'annulation de la décision litigieuse, et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, avec suite de dépens. Elle considère que l'aggravation de l'état de santé est établie et produit divers rapports médicaux, en particulier de la Dresse E_____, rhumatologue, et du programme dépression des HÔPITAUX UNIVERSITAIRES GENEVOIS (ci-après H.U.G., Dresse F_____).

13. Dans sa réponse du 4 mai 2007, l'OCAI conclut au rejet du recours. Le SMR confirme, vérification faite au vu des nouveaux rapports médicaux, qu'il n'y a pas d'aggravation de l'état de santé.

14. Le Tribunal de céans a ordonné l'ouverture des enquêtes, et procédé à l'audition de la Dresse F_____, psychiatre, à l'audience du 21 août 2007. Celle-ci a déclaré ce qui suit : "Je suis Mme N_____ au programme dépression des HUG depuis le 9 décembre 2005. Lors de mon congé maternité, elle a été suivie par le Dr G_____ entre le mois de février et de septembre 2006. Le diagnostic posé a été un épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique. Malgré le suivi, ce diagnostic est toujours d'actualité aujourd'hui. Je dirais que ma patiente n'est jamais sortie de son état dépressif, c'est pour cela que l'on ne parle pas de trouble dépressif récurrent qui suppose un état dépressif suivi d'une rémission suivie d'une rechute au moins.

Ce qui m'a permis de diagnostiquer cet état dépressif sévère c'est l'état clinique de la patiente. Les critères diagnostics retenus sont une thymie triste, une anxiété, une anhédonie, un repli sur soi, un ralentissement psychomoteur important, une perte de motivation, un sentiment de désespoir, des troubles du sommeil avec cauchemars, une perte d'appétit, des idées noires. Celles-ci sont toujours présentes aujourd'hui et je précise que ma patiente a eu également des idées suicidaires en décembre 2006 qui ont justifié son hospitalisation pour 4 ou 5 jours. Je dirais que la seule évolution positive de ma patiente est le lien thérapeutique qui s'est instauré, je lui trouve également la mine un peu moins prostrée, mais j'observe une réelle souffrance.

Je me suis également fondée sur le test MADRS qui équivaut au test HAMILTON pour la dépression. De 15 à 25 / 60, l'état dépressif est qualifié de moyen, et au-delà ou égal à 25/60 l'état est sévère. Ma patiente cotait 46/60 le 9 décembre 2005, et 37/60 le 31 juillet 2007. En janvier 2006, nous avions également procédé au test MINI qui permet de poser le diagnostic. Le résultat montrait un état dépressif majeur avec risque suicidaire léger. Je confirme que la capacité de travail est nulle sur toute la période de notre suivi. Le précédent psychiatre en attestait de même. J'ignore si les tests ont été transmis à l'OCAI. Vous me donnez lecture du status psychiatrique du SMR et me demandez comment on peut avoir une appréciation si différente. Je pense que l'examinatrice qui a vu l'assurée qu'à cette occasion se fonde surtout sur l'apparence de celle-ci ce qui est insuffisant pour poser ou écarter un diagnostic. Je suis notamment surprise que l'on indique que l'assurée est collaborante, qu'elle s'exprime bien en français et que son discours est cohérent, je n'ai pas constaté cela du tout à la même époque car ma patiente ne répondait que difficilement par oui ou par non. Je conteste absolument la conclusion de l'examinatrice 1er paragraphe page 4. D'une part, l'état dépressif perdure depuis plusieurs années, il n'y a donc pas d'aggravation passagère ni de rémission d'aucune sorte, d'autre part, il ne s'agit pas d'un état dépressif réactionnel. Si cela était le cas, cet état serait survenu dans les 6 mois après l'accident et aurait été traité. J'explique que la dépression comporte un facteur héréditaire et un facteur environnemental. Il y a donc une part génétique dans la survenance de la dépression même si les circonstances tel qu'un accident, une perte d'emploi et des douleurs chroniques y participent.

J'explique que la recourante est résistante à tous les traitements entrepris jusqu'alors, c'est peut-être pourquoi son psychiatre nous l'a envoyée puisque nous sommes spécialisés dans ce domaine. Il y a effectivement une perte d'intégration sociale. Aujourd'hui, ma patiente ne peut sortir toute seule, pas même pour faire une course. Le couple s'est totalement coupé socialement, la seule visite est celle de la fille unique et du petit-fils. Nous espérons toujours trouver un traitement efficace, mais sur question j'indique qu'aujourd'hui, l'état psychique est cristallisé même si l'on garde espoir.

J'explique que sur le plan somatique un certain nombre de découvertes ont été faites. Mme N_____ souffre d'un goitre multinodullaire qui sera opéré cet automne, étant précisé que le goitre peut avoir une influence sur l'état dépressif; elle souffre également d'un glaucome qui n'est pas invalidant en soi mais limite les possibilités de traitements; une pathologie intrinsèque du sommeil est par ailleurs suspectée suite à une observation faite par le Dr H_____ car la recourante ne dort que 3 heures par nuit. Les investigations faites par EMG en juin 2007 n'ont pas montré d'atteintes nerveuses périphériques, seules une faiblesse du membre inférieur droit et une hypoesthésie ont été révélées sur le plan neurologique.

Je produis deux rapports médicaux. Je m'engage également à vous produire copie des tests effectués tout au long du suivi par notre service.".

15. Le procès-verbal d'enquête ainsi que les documents produits et les tests effectués ont été soumis au SMR pour appréciation. Dans son avis du 5 octobre 2007, le SMR retient un épisode dépressif sévère, devenus incapacitant depuis l'année 2006, après l'examen psychiatrique effectué par le SMR en février 2006, mais qui n'est pas en lien de causalité avec l'accident survenu en 2001.

16. Par courrier du 17 octobre 2007, Tribunal de céans a interpellé la recourante sur la question est de savoir s'il ne convenait pas, au vu de ce qui précède, s'en tenir à l'admission par le SMR d'une aggravation de l'état de santé de la recourante, fixé dans le courant de l'année 2006 et générant une totale incapacité de travail, soit une rente d'invalidité entière depuis le mois de mars 2007.

17. Par courrier du 11 novembre 2007, la recourante considère que la capacité de travail doit être fixée au 9 décembre 2005, au plus tard à la fin du mois de janvier 2006.

18. Après transmission de ce courrier à l'OCAI le 19 novembre 2007, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 5 LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art 56 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI).

   Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA), entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable en l'espèce.

3. Déposé dans la forme et délai imposé par la loi, le présent recours est recevable (articles 56, 60 LPGA).

4. La question litigieuse se résume aujourd'hui à la date de prise d'effet de la totale incapacité de travail, par conséquent à la date d'entrée en vigueur du droit à la rente de la recourante. Le SMR a en effet admis, au vu des nouvelles pièces produites et du procès-verbal d'enquête, que la recourante souffrait d'un épisode dépressif sévère, et qu'il y avait bien aggravation de l'état de santé. Sans doute en raison de la date de l'examen du SMR, celui-ci souhaite toutefois que la totale incapacité de travail soit fixée au 1er mars 2006. La recourante s'y oppose, au vu des déclarations de son psychiatre, et considère que la date à retenir est celle du mois de décembre 2005, ou au plus tard celle de la fin du mois de janvier 2006.

5. On rappellera que selon l'art. 28 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2004, 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 qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas qu'un diagnostic pertinent soit posé par un spécialiste et que soit mise en évidence une diminution importante de la capacité de travail (ATF 127 V 229).

   Selon l'article 29 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable. La rente est allouée dès le début du mois au cours duquel le droit à la rente a pris naissance.

   Par ailleurs, selon l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente et d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence ou encore supprimée.

   En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est 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 du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 122 V 160 ; VSI 2000, p. 154).

   Conformément au principe de la libre appréciation des preuves, l'administration ou le juge apprécie les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Il 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. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre (ATF non publié du 1er juillet 2003 en la cause I 167/03).

Dans un arrêt récent (cause I 65/07 du 31.08.07), le Tribunal fédéral a rappelé que les rapports d'examens signés par la Dresse D_____ avec la mention "psychiatre FMH" n'avaient pas pleine valeur probante, et ne pouvaient servir dès lors de seule base à la détermination du droit aux prestations.

6. Au vu de ce qui précède, il y a lieu de fixer la date de la totale incapacité de travail au 1er décembre 2005, et par conséquent l'ouverture du droit à une rente entière au 1er décembre 2006.Le SMR a en effet confirmé l'appréciation du médecin psychiatre au vu des pièces produites. Rien ne permet dès lors de s'écarter de son appréciation. Or, lors de sa consultation du 9 décembre 2005 le diagnostic susmentionné a été posé et une totale incapacité de travail confirmée, à l'instar de ce que le précédent médecin psychiatre avait déjà fait. Les critères permettant de retenir un caractère invalidant aux troubles psychiques remontent dès lors, avec une vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3) au début du mois de décembre 2005 en tout cas.

7. La recourante, qui obtient gain de cause, a droit à l'octroi de dépens fixés en l'espèce à 2'000 fr.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet, et annule la décision du 29 janvier 2007.

3. Dit que la recourante doit être mise au bénéfice d'une rente entière d'invalidité avec effet au 1er décembre 2006.

4. Renvoie le dossier à l'OCAI pour nouvelle décision au sens des considérants.

5. Met un émolument de 500 fr. à la charge de l'OCAI.

6. Condamne l'OCAI au versement d'une indemnité de procédure en faveur de la recourante de 2'000 fr.

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); 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	Isabelle DUBOIS

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