

GE_GERICHTE ATAS/1017/2010 vom 7. Oktober 2010

GE Cour de justice, 2010-10-07, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1017_2010

FR: GE_GERICHTE ATAS/1017/2010 du 7 octobre 2010

IT: GE_GERICHTE ATAS/1017/2010 del 7 ottobre 2010

Erwägungen

E. 1

Mme G_____ (ci-après l'assurée), née en 1952, a déposé une demande de prestations d'invalidité le 15 novembre 2004, sollicitant une orientation professionnelle, un reclassement dans une nouvelle profession, une rééducation dans la même profession et une rente, en raison de trouble bipolaire.

E. 2

Elle a travaillé en qualité d'assistante commerciale jusqu'au 3 mars 2003, puis s'est inscrite au chômage. Selon certificat médical du Dr L_____, médecin traitant, l'assurée est incapable de travailler depuis décembre 2003.

E. 3

Selon le rapport médical du Dr M_____, chef de clinique auprès du programme bipolaire, du 20 janvier 2005, l'assurée souffre de trouble bipolaire de type II, (F31 .8). Le rapport précise que la mère de la patiente a fait une tentative de suicide médicamenteuse lorsqu'elle était enceinte de l'assurée, l'assurée a été battue par son père et a subi des attouchements sexuels d'un autre homme pendant l'enfance. À 19 ans (1971), elle a connu un épisode thymique mixte; à 26 ans (1978) un avortement suivi de symptômes dépressifs; de 1986 à 2000, des périodes de dysthymie favorisée par un conflit de couple. En août 2001, elle a connu un épisode dépressif suivi au centre de thérapie brève mais refuse le traitement. De juin à octobre 2003, elle prend du DEANXIT en raison d'attaques de panique. En automne 2003, épisode hypomaniaque avec passablement d'euphorie, suivi d'un épisode dépressif. En février 2004, tentative de suicide par médicament et hospitalisation du 3 au 20 avril. En mars 2004, épisode hypomaniaque sous FLUCTINE. C'est le médecin conseil du chômage qui pose le diagnostic de trouble bipolaire. La patiente est réticente aux médicaments, mais divers traitements sont tentés. Le trouble bipolaire existe probablement depuis 1971. L'assurée est incapable de travailler à 100 % depuis le 14 septembre 2004, uniquement en raison des affectations mentales et psychique.

E. 4

Selon le rapport médical de la Dresse L_____, généraliste, du 11 février 2005, l'assurée a eu une enfance chaotique. Née hors mariage et de façon clandestine, de parents chanteurs très souvent absents, elle est confiée, de même que sa sœur, à ses grands-parents puis, lors de leur déménagement, à différentes nourrices avec des changements fréquents et des épisodes de maltraitance grave. Elle est ensuite en pension et subit de nouvelles maltraitances et vexations multiples. Elle est à nouveau confiée à ses grands-parents, de cinq à neuf ans. Vers l'âge de neuf ans, elle va vivre chez son père et est brusquement séparée de ses grands-parents. Elle vit jusqu'à 18 ans avec sa sœur, son père, la troisième épouse de ce dernier et ses deux enfants. Elle subit des violences verbales du père. Durant la

journee, elle est placee chez un voisin, parrain de sa sœur. Elle subit des attouchements et est témoin des relations incestueuses du parrain avec sa propre fille. Le médecin décrit les

- 3/15-

A/1116/2010 épisodes dépressifs, mais indique ne pas pouvoir faire un pronostic quant à la capacité de travail.

E. 5

Selon le résumé du séjour hospitalier du 23 au 29 février 2004, l'assuré est admise en entrée non volontaire, suite à un abus médicamenteux dans la nuit du 19 au 20 février. La patiente est ralentie les deux premiers jours puis elle est plus présente, mais très déprimée. La patiente décrit comme facteur de crise un sentiment d'être "finie professionnellement". Cependant, elle décrit une enfance difficile et une relation de couple décevante. Il est prévu qu'elle rentre un soir et soit hospitalisée à nouveau le lendemain, au vu de son état clinique, de la persistance de la dépression et de son geste suicidaire. Selon le résumé du séjour hospitalier du 29 février au 3 mars 2004, l'assurée souffre d'un épisode dépressif sévère F32.2 est probablement un trouble de la personnalité borderline F60.31. Le facteur de crise est une demande de formation formulée par la patiente pour devenir thérapeute, qu'elle a vécu avec anxiété. Selon le résumé d'intervention du centre de thérapie brève (CTB) du 25 mai 2004, la patiente a été prise en charge du 3 mars au 20 avril 2004. Elle souffre d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques F32.2, la patiente est volubile, dispersée, utilise le discours pseudo intellectualisé, utilisant des métaphores et les références à un grand nombre de thérapies, avec des idées mystiques, délirantes, associées à de l'angoisse et de la tristesse. Les divers traitements améliorent l'état clinique.

E. 6

Selon le rapport médical du 10 février 2005 de la Dresse L_____, la patiente est incapable de poursuivre une activité professionnelle, le rendement est diminué de 70 à 80 %.

E. 7

Il ressort du rapport du dernier employeur de l'assurée, du 30 mars 2005, que celle-ci a travaillé du 25 février 2002 au 28 février 2003, a été licenciée pour raisons économiques, travaillait à temps partiel, cinq heures par jour, l'horaire plein de l'entreprise étant de 8 heures par jour, pour un salaire de 27 fr. 50 de l'heure plus les congés payés à 10,64 %.

E. 8

Selon le questionnaire servant à déterminer le statut d'assurée du 19 août 2005, celle-ci indique qu'elle exercerait une activité lucrative si elle était en bonne santé, à 100 % si c'était possible, dans un type d'activité du genre art-thérapie, écoute et soutien aux personnes en difficulté, conseil en phytothérapie ou déléguée médicale. L'assurée précise qu'elle a travaillé à plein temps jusqu'à 35 ans puis s'est occupée de ses enfants. L'assurée a joint un courrier de Mme H_____, psychologue diplômée, qui indique que le mandat d'aide aux victimes ne porte pas ses fruits, l'état dépressif et la situation familiale ne permettant pas de poser une base suffisante et profitable à une prise en charge.

- 4/15-

A/1116/2010

E. 9

Par courrier du 23 juin 2006, le médecin traitant de l'assurée relance l'office AI, le dépôt de la demande datant de début 2005 et la situation sociale étant difficile : l'assuré est actuellement aidée par l'Hospice Général, séparée de son compagnon, lui-même sans emploi.

E. 10

Selon le rapport d'expertise du 22 février 2007 du Dr N_____, psychiatre, l'assurée ne présente aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail, mais un trouble de la personnalité sans précision et un trouble dépressif récurrent, qui sont sans répercussion sur la capacité de travail. L'expertise se base sur un entretien avec l'assurée le 21 février 2007, ainsi que l'étude du dossier médico- assécurologique. L'expert procède à une longue anamnèse détaillée, prend note du déroulement du quotidien de l'assurée. S'agissant des plaintes et symptômes présentés par l'assurée, elle fait état de difficultés à se concentrer, d'un sentiment d'inutilité, d'une tristesse permanente, plus accentuée le matin et accompagnée de pleurs. Elle relève une diminution de l'énergie et une « envie de rien ». Elle dit ne pas avoir d'idées suicidaires, elle explique ne pas être anxieuse en permanence, ne pas avoir de troubles du sommeil, la diminution de l'appétit de décembre 2006 est améliorée, elle relève une diminution de l'intérêt pour la vie sexuelle et ressasse les mêmes idées. S'agissant du status psychique, l'expert indique qu'il n'y a pas de ralentissement psychomoteur, absence de tristesse permanente, humeur légèrement déprimée, légère tension, absence d'anxiété et d'irritabilité, absence d'idées délirantes ou d'autres éléments psychotiques. L'expert retient un trouble de la personnalité sans précision, intriqué par l'apparition d'épisodes dépressifs. Il admet des périodes d'incapacité de travail quelques semaines en août 2001, du 19 février au 20 avril 2004, trois semaines en juin 2005, deux semaines en décembre 2005 et trois semaines à Noël 2006. Les épisodes de décembre 2005, juin et décembre 2006, sur un mode franchement dépressif n'ont pas été à l'origine d'une incapacité de travail prolongée, mais de trois semaines environ. L'expert ne retient pas la présence d'un trouble bipolaire et estime qu'il est probable que des épisodes d'hyperactivité aient eu lieu dans le but de lutter contre une intensification des affects dépressifs. Quoiqu'il en soit, les éléments hypomaniaques ont été insuffisamment marqués ou longs dans le temps pour être à l'origine d'une diminution de la capacité de travail. En conclusion, l'expert exclut toute limitation qualitative ou quantitative, sur le plan psychique et mental, ainsi que sur le plan social. Il estime qu'il n'y a pas lieu d'envisager des mesures de réadaptation professionnelle, l'assurée ne présentant pas d'aptitudes diminuées dans les activités exercées.

E. 11

Par projet de décision du 17 mars 2007, l'OAI rejette la demande de prestations.

E. 12

Par courrier du 19 avril 2007, la Dresse O_____, psychiatre, indique suivre la patiente depuis janvier 2007, deux fois par semaine durant deux mois puis une fois

- 5/15-

A/1116/2010 par semaine. La patiente souffre d'un trouble bipolaire type III versus type II, la plupart des auteurs s'accordant à dire que l'équipe III sont de futurs types II. L'expertise du Dr N_____ est contestée, car il se fonde sur l'absence d'arrêts de travail significatifs,

alors que la patiente n'a pas travaillé depuis des années, étant femme au foyer. Les importants épisodes de violence dans le couple ont encore altéré la santé mentale de la patiente. Le médecin évalue une capacité de travail de 50 %. Par pli du 4 juin 2007, le médecin traitant de la patiente indique une rechute de l'assurée. En période "hyper", elle est pleine d'énergie, de projets et elle suit une formation et durant la période "hypo", elle est prostrée et incapable de s'occuper de son foyer.

E. 13

Par décision du 15 juin 2007, l'OAI confirme son projet et refuse toute prestation.

E. 14

Par courrier du 22 février 2008, la Dresse L_____ indique que l'assurée est hospitalisée à Montana pour une rechute et lui a demandé de déposer une nouvelle demande de prestations d'invalidité. Elle complète la demande par rapport du 13 avril 2008, confirmée diagnostic de trouble bipolaire l'aggravation de l'état psychique depuis fin 2007. La patiente a été hospitalisée du 14 février aux 18 mars 2008, à la clinique de Montana pour un trouble bipolaire, épisode actuel dépressif F31.3.

E. 15

Selon l'avis médical du 24 avril 2008 du Dr P_____ et de la dresse Q_____, médecins non spécialistes auprès du SMR, on ne peut pas tenir le diagnostic de trouble bipolaire, les éléments du dossier indiquent une dépression, qui n'est ni moyenne ni sévère.

E. 16

Par projet de décision du 30 avril 2008, l'OAI envisage de rejeter la demande. Par décision du 4 juin 2008, le projet est confirmé

E. 17

L'assurée a déposé une demande de prestations d'invalidité le 27 août 2008 pour trouble bipolaire, la patiente subissant une décompensation de son état psychique, avec tendance à la prostration, elle est hospitalisée à Montana.

E. 18

Le médecin traitant de l'assurée a établi une chronologie des événements et intervention depuis 2001 et produit divers certificats médicaux y relatifs:

E. 19

Selon le rapport d'intervention de l'unité d'urgence psychiatrique des HUG, l'assurée consulte en urgence et est hospitalisée une nuit le 17 août 2001 pour état dépressif majeur, sévère, sans symptômes psychotiques. Elle est ensuite suivie par le centre de thérapie brève (CTB), qui met un terme au suivi mi-septembre 2001. Un premier traitement médicamenteux est mis en place.

- 6/15-

A/1116/2010

E. 20

La patiente déménage en octobre 2001 et travaille à mi-temps de février 2002 à mars 2003.

E. 21

Le médecin traitant décide d'un arrêt maladie à 100 % en décembre 2003, pour une durée initiale de quatre à huit semaines, qui a finalement été définitif.

E. 22

En novembre 2003, la patiente consulte les urgences psychiatriques: on lui prescrit de la fluoxétine.

E. 23

Le 19 février 2004, tentative de suicide par abus de médicaments et hospitalisation aux urgences puis prise en charge CTB jusqu'au 20 avril 2004.

E. 24

Le diagnostic de trouble bipolaire est posé par le médecin-conseil du chômage. La patiente consulte alors le centre de trouble bipolaire de la jonction, le Dr M_____, puis suivi organisé en division psychiatrique par le Dr R_____, en 2004-2005.

E. 25

Suivi par la Dresse S_____.

E. 26

En 2004, grave conflit avec le compagnon aboutissant à une séparation début 2005. Quatre agressions par le compagnon, incarcération de ce dernier est suivi LAVI de la patiente.

E. 27

Suivi en 2006 par le Dr T_____, psychiatre, puis de janvier à avril 2007 par le Dresse O_____, psychiatre.

E. 28

L'assurée suit un sevrage médicamenteux aux rives du Rhône en juin 2007. Rechute en automne de 2007, intervention psychiatrique en urgence en janvier 2008, hospitalisation à la clinique de Montana.

E. 29

Depuis le 31 mars 2008, suivi par le Dr R_____, psychiatre, puis en août 2008, hospitalisation à Montana.

E. 30

Sur la base de l'avis médical du 10 octobre 2008, qui indique qu'il n'y a aucun élément nouveau depuis l'avis du Dr P_____ du 24 avril 2008, l'OAI envisage de refuser toute prestations, par projet de décision du même jour.

E. 31

Par courrier du 10 novembre 2008, l'avocat de l'assurée sollicite les pièces nouvelles du dossier et un délai pour faire valoir précisément les raisons pour lesquelles sa cliente est incapable de travailler. Ce délai lui est refusé.

E. 32

Par décision du 21 novembre 2008, l'OAI confirme son projet et refuse toute prestations motif pris qu'aucun élément médical nouveau n'est présenté par l'assurée permettant de réexaminer sa situation, depuis le dernier refus.

A/1116/2010

E. 33

Par acte du 12 janvier 2009, l'assurée forme recours contre la décision, conclut à son annulation et à l'octroi d'une rente entière depuis le 1er décembre 2004, subsidiairement à ce qu'une expertise judiciaire soit ordonnée.

E. 34

Sur la base de l'avis des Dr P _____ et U _____ du SMR, qui estiment qu'aucun élément ne permet de retenir un trouble bipolaire et que les éléments nouveaux ne modifient pas l'appréciation du SMR du 7 mars 2007, l'OAI conclut le 12 février 2009 au rejet du recours.

E. 35

Par arrêt du 31 mars 2009, le Tribunal de céans a annulé la décision du 21 novembre 2008 et renvoyé la cause à l'OAI pour instruction complémentaire, par un expert neutre.

E. 36

Par plusieurs courriers, l'avocat de l'assurée insiste auprès de l'OAI pour que l'expert mandaté soit neutre et sans lien avec le SMR, qui s'était déjà prononcé sur le cas.

E. 37

Par communication du 28 août 2009, l'OAI mandate le Dr V _____, psychiatre pour procéder à l'expertise.

E. 38

Le rapport d'expertise du Dr V _____ du 8 octobre 2009, date de la consultation avec l'assurée, adressé à l'OAI le 9 novembre 2009 conclut que l'assurée ne présente aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail, mais un trouble affectif bipolaire de type II, épisode actuel de dépression légère (F31.3) et un trouble de la personnalité sans précision (F60.9). L'expertise est fondée sur une longue analyse des pièces du dossier. Un entretien téléphonique avec le Dr R _____, psychiatre de l'assurée, lequel indique que ce sont moins les phases maniaques que les phases dépressives qui sont incapacitantes. La descente en dépression est difficile à gérer chez la patiente, qui ne tolère pas les médicaments et qui a présenté six phases dépressives d'une durée de quatre semaines, sans idées suicidaires, depuis mars 2008. Le rapport d'expertise contient un chapitre « données subjectives », subdivisé en « histoire médicale selon l'expertisée », « plaintes actuelles », « anamnèse orientée », « habitudes ». S'agissant des plaintes, l'assurée souffre de douleurs partout, accompagnées d'un sentiment de lourdeur du corps, de vertiges, d'une tête brouillée, elle n'arrive pas à se concentrer, elle souffre d'oublis fréquents, aggravant sa peur de l'avenir avec des ruminations quant à son état de santé. Depuis une année, elle souffre à nouveau d'un gros sentiment de chagrin et de tristesse énorme. Suit un chapitre intitulé « données personnelles et familiales », subdivisé en chapitres « famille », « histoire personnelle », « scolarité », « profession », « situation affective », « vie sociale », « vie quotidienne », « antécédents psychiques personnels ». S'agissant du chapitre « données objectives », le médecin procède au status psychiatrique de l'assurée et

A/1116/2010 indique que l'humeur est déprimée à la base avec des baisses d'humeur et des moments proches des larmes face à l'évocation de sa situation sociale actuelle sans logement fixe. L'humeur s'allège dès que les thèmes positifs sont abordés. L'assurée nie clairement des idées suicidaires. Elle ne présente pas d'angoisse persistante, pas d'atteinte craintive en faveur d'un diagnostic d'anxiété généralisée, ni d'attaque de panique en faveur d'un trouble de panique, ni de phobie en faveur d'un trouble phobique. Elle ne présente ni agoraphobie, ni phobie sociale, ni claustrophobie. Les traits anxieux sont discrets. Il n'y a aucun symptôme de la lignée psychotique. Dans le cadre du chapitre « synthèse et discussion », l'expert retient un abaissement de l'humeur, cet épisode dépressif s'inscrivant dans le contexte d'une humeur fluctuante marquée par plusieurs épisodes dépressifs légers à sévères avec une tentative de suicide en février 2004. Les phases d'élévation de l'humeur n'interfèrent pas dans la capacité de travail de l'assurée. L'assurée estime que ces phases ne dépassent pas le degré de gravité d'une hypomanie justifiant le diagnostic d'un trouble bipolaire de type II au maximum sur la base des indications fournies par le Dr R_____.

L'expert rappelle que, conformément au cas des patients souffrant d'un trouble bipolaire de type II, les épisodes dépressifs de l'assurée sont limités à une durée de quelques semaines suivies par une élévation de l'humeur relativement rapide, avec des incapacités de travail pour des épisodes dépressifs limités dans le temps et ne justifiant pas une incapacité de travail de longue durée. L'assurée elle-même se voit en grande partie empêchée de trouver du travail par des facteurs sociaux comme son âge, son absence du marché du travail depuis plusieurs années, ainsi que l'absence d'une formation professionnelle à proprement parler. En conclusion, la capacité est entière, il n'y a aucune diminution du rendement, la question d'une mesure de réadaptation est sans objet, en l'absence de maladie psychiatrique incapacitante.

E. 39

Par avis du 7 décembre 2009 le SMR estime que l'assurée a une capacité de travail entière, sans baisse de rendement, dans toute activité, et ce depuis toujours. L'hypomanie reste douteuse et est sans effet sur la capacité de travail, l'assurée ayant suivi des formations, maintenu ses activités sociales, sans entrave insurmontable. Le possible trouble de personnalité borderline, initialement retenu, devait être écarté. Les épisodes dépressifs ne dureraient que quelques semaines, de façon insuffisantes chaque année pour influencer durablement la capacité de travail.

E. 40

Par projet de décision du 16 décembre 2009, l'OAI envisage de refuser toute prestations, motifs pris que les troubles constatés par l'expert n'influencent que de façon limitée la capacité de travail de l'assurée qui ne prend au demeurant pas ses médicaments.

E. 41

Par courrier du 1 février 2010, l'avocat de l'assurée fait valoir que l'expertise n'est pas probante et méconnaît la nature particulière d'un état bipolaire, en réalité de

- 9/15-

A/1116/2010 type I et non de type II, ainsi que les décompensations qu'une telle maladie entraîne. L'expert minimise un état de santé qui a nécessité plusieurs hospitalisations. L'avocat conclut qu'une nouvelle expertise est nécessaire. Il joint à son courrier une attestation du Dr R_____ du 27 janvier 2010, qui indique, d'une part, qu'il n'entend

pas se positionner en qualité de contre-expert, mais uniquement en tant que psychiatre de l'assurée. Il confirme que, malgré les épisodes de manie, ou d'hypomanie, ce sont les épisodes de dépression majeure qui sont handicapants pour l'assurée. Dans le courant de l'année 2009, elle a présenté plus de quatre épisodes dépressifs majeurs d'intensité sévère, qu'il décrits. Les symptômes durent plusieurs semaines, voire trois à quatre mois parfois.

E. 42

Par avis du 16 février 2010, le SMR confirme que la capacité de travail de l'assurée est entière, les épisodes dépressifs ne durant que quelques semaines. Le Dr P_____ met en avant la différence entre les plaintes de l'assurée et les constatations objectives s'agissant de la difficulté de concentration. Il retient de l'expertise que les épisodes dépressifs ne durent que quelques semaines et conteste les dires du médecin traitant, selon lequel ils dureraient trois à quatre mois.

E. 43

Par décision du 26 février 2010, l'OAI refuse toute prestations à l'assurée.

E. 44

Par acte du 31 mars 2010, l'assurée forme recours devant le Tribunal de céans et conclut à l'octroi d'une rente entière sur la base d'un taux d'invalidité de plus de 70%, préalablement à l'audition du Dr R_____ et à une expertise judiciaire. Elle fait valoir que l'expertise est incomplète et ne tient pas compte des hospitalisations, notamment celles à la Clinique de Montana, en février et août 2008. Les conclusions de l'expert sont incohérentes, dès lors qu'il admet que les épisodes dépressifs sont limités à une durée de quelques semaines, sans que cela justifie une incapacité de longue durée. Il est ainsi impossible pour l'assurée de travailler et de trouver un employeur acceptant qu'elle soit fréquemment absente plusieurs semaines.

E. 45

Par pli du 29 avril 2010, l'OAI conclut au rejet du recours, rappelant qu'il s'agit de l'examen d'une nouvelle demande, après deux refus. S'agissant d'une révision, il convient de comparer la situation lors de la dernière décision (15 juin 2007) avec celle existant lors de la décision dont est recours (26 février 2010). Or, il n'y avait pas de modification, dès lors que les experts mandatés avant chacune de ces décisions avaient conclut que l'assurée ne présentait aucune maladie psychiatrique invalidante. Au demeurant, l'expertise du Dr V_____ était probante.

E. 46

Par courriers du 12 mai 2010, le Tribunal a interrogé les divers médecins et psychiatres ayant suivi l'assurée, afin de déterminer la fréquence et la durée des épisodes dépressifs et obtenir leur avis sur le diagnostic.

- 10/15-

A/1116/2010

E. 47

Par courrier du 16 mai 2010, la Dresse L_____, médecin traitant depuis mars 1997, transmet le résumé des événements et intervention depuis 2001 qui avait déjà été transmis à l'OAI et suggère au Tribunal d'interroger les psychiatre pour le détail. Elle rappelle que la

première consultation et prise en charge par le centre de thérapie brève pour une dépression date de l'été 2001 et l'arrêt de travail décidé en décembre 2003 pour quelques semaines a perduré jusqu'à aujourd'hui.

E. 48

Par courrier du 29 mai 2010, le Dr R_____, psychiatre de l'assurée depuis le 31 mars 2008, diagnostique un trouble bipolaire de type I avec des cycles rapides, soit un trouble de l'humeur chronique et récidivant caractérisé par des épisodes de manie et d'hypomanie d'intensité légère à moyenne sans évidence de symptôme psychotiques, en alternance avec des épisodes dépressifs majeurs d'intensité moyenne à sévère (ce qui est plu fréquent), particulièrement handicapants. Les périodes de rémission complète ou partielle sont très rares, la patiente passant de nombreux mois dans un état de dépression souvent sévère ou d'hypomanie (les épisodes maniaques étant moins fréquents avec les années). Les cycles thymiques sont rapides avec la présence d'au moins quatre à cinq épisodes de dépression par année sans compter les phases maniaques et hypomaniaques, ou de très brèves périodes de rémission partielle de quelque semaines seulement. Le médecin précise que le tableau clinique est plus caractéristique d'un trouble bipolaire de type I que celui de type II ou III (les épisodes maniaques étant rarement induits par des antidépresseurs dans son cas), et mêmes les personnes atteintes d'un type II manifestent très souvent des épisodes dépressifs majeurs sévères. Depuis le début du suivi fin mars 2008, la patiente a présenté des épisodes dépressifs majeurs en avril-juin 2008, de la fin de l'été à l'automne 2008. En 2009: 5 épisodes dépressifs majeurs d'intensité sévère la plupart du temps. Les épisodes durent plusieurs semaines voire 3 à 4 mois, de sorte que la patiente passe environ 7 à 8 mois dans l'année en phase de dépression, dont 5 mois d'intensité sévère. Plusieurs hospitalisation ont été nécessaires. En 2010, elle a présenté un épisode dépressif majeur en février et un autre depuis mi avril 2010. Le tableau clinique est caractérisé par une humeur triste, anxieuse, une perte importante de l'élan vital, de la motivation (même pour les tâches de la vie quotidienne), une fatigue intense, une perte importante du plaisir et de l'intérêt, des troubles de la concentration et de la mémoire, un sentiment profond de dévalorisation, de culpabilité et d'impuissance associé à des idées de mort (sas projet précis de suicide), des troubles du sommeil et une perte d'appétit. L'incapacité de travail de la patiente est totale, et elle n'est même pas en mesure de gérer la majorité des tâches quotidienne.

- 11/15-

A/1116/2010

E. 49

Selon le courrier du 11 mai 2010 de la Dresse O_____, l'assurée a été suivie du 30 janvier 2007 au 3 avril 2007 et a présenté un épisode dépressif majeur de degré moyen d'une durée d'un mois et un épisode hypomane de trois semaines. Le diagnostic est un trouble bipolaire de type II, le diagnostic étant compliqué par un trouble de la personnalité. Lors de ce suivi, la limitation de la capacité de travail était de 50%.

E. 50

Selon le courrier du 14 juin 2010 du Dr W_____, du département de psychiatrie des HUG, qui répond sur la base du dossier, l'assurée a été suivie par le programme bipolaire de juin 2004 à fin janvier 2005. Le diagnostic est un trouble bipolaire de type II (F 31.8). La patiente a présenté plusieurs épisodes dépressifs sévères d'une durée de plusieurs mois et a

fait une tentative de suicide médicamenteuse en février 2004. Des arrêts de travail à 100% ont été décidés du 14 septembre 2004 au 30 janvier 2005, puis en février et mars 2005 et à nouveau de 1er au 10 mai 2005, lors du suivi par la consultation du centre de la Jonction.

51. Ces divers avis ont été soumis aux parties afin qu'elle précisent leur détermination sur la capacité de travail de l'assurée, compte tenu du nombre et de la durée de chaque épisode dépressif d'intensité moyenne ou sévère. 52. Par pli du 12 août 2010, l'avocat de l'assurée reprend et commente les avis médicaux exprimés par les divers psychiatres ayant suivi l'assurée, lesquels attestent tous de la présence de plusieurs épisodes dépressifs sévères, d'une durée de plusieurs mois, ce qui justifie manifestement une incapacité de travail totale, une invalidité supérieure à 70 % et l'octroi d'une rente d'invalidité complète. D'ailleurs, l'expertise du Dr V_____ comportait une erreur de fait importante, puisque le psychiatre avait retenu que les épisodes dépressifs ne dureraient que quelques semaines, étaient limités dans le temps et ne justifiaient dès lors pas une incapacité de travail de longue durée, alors qu'en réalité, l'assurée passe en moyenne sept à huit mois en phase de dépression, dont cinq mois de dépression d'intensité sévère. 53. Par pli du 16 août 2010, l'OAI a persisté dans ses conclusions tendant au rejet du recours, estimant que l'assurée est pleinement capable de travailler et l'a toujours été, sur la base de l'avis du Dr P_____, du SMR, du 26 juillet 2010. Selon ce dernier, le médecin traitant de l'assurée, le Dr R_____, aurait modifié son point de vue entre son entretien téléphonique avec le Dr V_____, le 8 octobre 2009, et son rapport écrit au Tribunal, le 29 mai 2010. Selon le Dr P_____, les autres rapports médicaux ne sont pas de nature à modifier les conclusions du SMR, l'assurée étant capable de travailler à 100 %, depuis toujours, dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée.

- 12/15-

A/1116/2010 54. Compte tenu des importantes divergences entre les avis médicaux circonstanciés des divers psychiatres ayant suivi l'assurée et l'expertise du Dr V_____, effectuée à la demande de l'OAI, le Tribunal a décidé d'ordonner une expertise psychiatrique judiciaire. Elle en a informé les parties le 2 septembre 2010, leur impartissant un délai de dix jours pour se déterminer sur les questions posées et faire valoir une éventuelle cause de récusation de l'expert. 55. L'OAI a indiqué par pli du 16 septembre 2010 qu'il n'avait ni objection ni question complémentaire à formuler, tout en relevant que l'expertise était inutile, en présence de deux expertises concordantes. 56. L'assurée a sollicité un délai complémentaire et a indiqué, par pli du 5 octobre 2010, qu'elle n'avait ni objection ni question complémentaire à formuler, suite à quoi l'ordonnance d'expertise a été notifiée.

Attendu en droit que le Tribunal de céans est compétent en la matière (art.56 V de la loi sur l'organisation judiciaire - LOJ) ; Que la loi sur la partie générale des assurances sociales (LPGA), entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable au cas d'espèce ; Que le recours, déposé dans les formes et délai prévus par la loi est recevable à la forme (art. 56 et 60 LPGA) ; Que la question préalable à l'examen d'éventuelles prestations de l'AI à résoudre est de savoir si le trouble bipolaire de l'assurée a des conséquences sur sa capacité de travail ; Que 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 2003, t.1, p. 443) ; Qu'ainsi l'administration est 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.) ; Que 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) ;

- 13/15-

A/1116/2010 Qu'en matière d'AI la première solution est en principe préférée, sauf si l'OAI a fait procéder à une expertise, mais que les avis circonstanciés des médecins traitants de l'assuré contredisent l'expertise faite; Qu'il convient d'ordonner une telle expertise afin de déterminer le diagnostic précis, ses effets sur la capacité de travail de l'assurée, le cas échéant s'il y a eu une aggravation de l'état de santé, laquelle sera confiée au Dr A_____, Qu'en application de l'art. 39 de la loi sur la procédure administrative (LPA), un délai de 10 jours a été accordé aux parties pour éventuelle récusation de l'expert, ensuite de quoi la présente ordonnance lui a été communiquée. ***

- 14/15-

A/1116/2010

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.