

GE_GERICHTE ATAS/1268/2012 vom 22. Oktober 2012

GE Cour de justice, 2012-10-22, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1268_2012

FR: GE_GERICHTE ATAS/1268/2012 du 22 octobre 2012

IT: GE_GERICHTE ATAS/1268/2012 del 22 ottobre 2012

Erwägungen

E. 30

Le 27 novembre 2009, la recourante a persisté dans ses conclusions tendant à l'audition des Drs N_____ et Q_____.

E. 31

Le 5 janvier 2010, à la demande du Tribunal de céans, la Dresse N_____ a transmis les renseignements suivants : Elle avait suivi la recourante du 14 juin 1999 à août 2001 puis dès le 20 avril 2007. Après des années de violence conjugale l'assurée avait décidé de demander le divorce, malgré des menaces de mort. Son époux s'était désinvesti de sa famille et l'avait laissée sans ressources. En avril 2007 elle était dans un tel état d'épuisement qu'un séjour à la clinique de Montana lui avait été prescrit. L'entretien avec la Dresse V_____ du SMR avait été catastrophique pour la patiente qui avait développé des envies suicidaires. Du 30 juillet au 19 août 2009 une deuxième hospitalisation à la clinique de Montana avait été nécessaire. Elle se plaignait de résurgence d'envies suicidaires, de douleurs somatiques aux membres, avec angoisse, nausées, sensation de vertige, crainte de chute, sommeil perturbé et fatigue quotidienne. Elle n'était pas capable de travailler à plus de 50 %. Le SMR n'avait pas fait mention de ses avis dans son évaluation.

E. 32

Le 7 janvier 2010, la recourante a transmis les documents suivants :

A/2964/2009 - 7/23 - - Un rapport du 10 janvier 2009 du Dr V_____, FMH en neurologie, concluant à une céphalée de tension et un trouble de la concentration inscrits dans une problématique dépressive. L'IRM cérébrale était bénigne. La patiente se plaignait d'asthénie persistante, de céphalées en casque et d'un léger déséquilibre à la marche. - Un rapport du Dr A_____, FMH chirurgie orthopédique, chirurgie de la main, relatant des paresthésies des mains. Il s'agissait d'un syndrome du tunnel carpien qu'il convenait d'opérer le 14 janvier 2010. - Un rapport du 17 novembre 2009 de la Dresse B_____, FMH en neurologie, concluant à une neuropathie bilatérale du nerf médian dans le canal carpien et une éventuelle polyneuropathie. - Un rapport du 13 octobre 2009 de la Dresse C_____, FMH médecine interne-rhumatologie, mentionnant que la patiente se plaignait de douleurs articulaires, de paresthésie des mains, de céphalées importantes. Il n'y avait pas de rhumatisme inflammatoire, un rhumatisme de type psoriasis ne pouvant être exclu; probablement un tunnel carpien ou une autre polyneuropathie. Il était fréquent de trouver des polyarthralgies en période de ménopause.

E. 33

Le 18 janvier 2010, la Vaudoise Assurances a transmis une copie complète de son dossier.

E. 34

le 19 janvier 2010, la recourante a transmis un rapport médical du Dr Q _____ du 19 janvier 2010 selon lequel les troubles de l'état de santé diminuaient sa capacité de travail de 50 %. Il indique "La symptomatologie dépressive est toujours présente avec des douleurs somatiques, nausées et vertiges. La patiente présente encore des séquelles de son entorse grave de la cheville droite et actuellement elle est en cure chirurgicale pour un tunnel carpien bilatéral. Parallèlement, des investigations thyroïdiennes sont à poursuivre, au vu de l'existence d'un petit goitre et d'une zone nodulaire dans le lobe gauche thyroïdien. A noter que la patiente fait des efforts pour pouvoir continuer à travailler, ne serait-il qu'à 50 %, dans ce contexte psychique et somatique adverse. Ces dernières années, des maladies et des accidents n'ont fait que de se succéder, ne laissant pas de répit à la patiente".

E. 35

Le 10 février 2010, la Dresse T _____ du SMR a rendu un avis médical renvoyant à l'avis du SMR du 20 octobre 2009 concernant la symptomatologie dépressive et les douleurs somatiques et indiquant que le goitre nodulaire n'était habituellement pas une atteinte à la santé entraînant des limitations fonctionnelles, que cette atteinte était de toute façon postérieure à la décision querellée, que l'entorse et la cure du canal carpien n'entraînaient pas d'incapacité de travail durable et que les autres rapports médicaux n'apportaient pas d'éléments nouveaux.

E. 36

Le 12 février 2010, l'intimé a maintenu ses conclusions.

A/2964/2009 - 8/23 -

E. 37

Par ordonnance du 25 mars 2010, le Tribunal cantonal des assurances sociales a confié une expertise au Dr D _____, FMH en psychiatrie et psychothérapie.

E. 38

Le 27 décembre 2011, le Dr D _____ a rendu son rapport d'expertise fondé sur les pièces du dossier et quatre entretiens avec l'assurée les 3 et 23 novembre 2010, 15 décembre 2010 et 7 décembre 2011. L'assurée se plaignait de douleurs partout, de céphalées, de perte d'équilibre, de fortes sudations, d'épuisement, de découragement, d'humeur sombre, de pensée noires, d'idées de mort, de sommeil perturbé, de culpabilité, d'impuissance, d'anhédonie, d'indifférence, de troubles cognitifs, de pensées désordonnées et envahissantes, de lenteur, de difficultés de concentration et de prises de décision, de problèmes mnésiques, d'un sentiment de honte et de culpabilité et de repli sur soi. L'expert a posé les diagnostics d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques et de syndrome douloureux somatoforme persistant (diagnostic possible). L'assurée souffrait depuis quelques années d'un état dépressif et anxieux qui avait nécessité deux séjours à la clinique genevoise de Montana, en 2007 et en 2009. Le trouble de l'humeur n'avait pas connu de rémission symptomatique durable en dépit d'un traitement psychothérapeutique et psychopharmacologique bien investi et régulièrement suivi depuis 2007. L'état dépressif avait été d'emblée associé à d'importantes manifestations anxieuses, à de multiples somatisations (nausées, vomissements, céphalées, pertes d'équilibre, etc.) et à des douleurs diverses. Du fait des incertitudes qui demeuraient quant à l'origine des douleurs, le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant était possible, mais non certain. Si les douleurs aux poignets, qui s'associaient à d'autres symptômes (paresthésies, faiblesse,

lâchage d'objets), avaient pu être attribuées à un syndrome du canal carpien qui avait fait l'objet d'une cure chirurgicale en 2010, il n'en allait pas de même des polyarthralgies. Un bilan rhumatologique avait écarté une origine inflammatoire, sans pour autant leur attribuer une étiologie somatique bien définie. L'état dépressif avait persisté en dépit de la prise de différents traitements pharmacologiques (Cymbalta, Aurorix, Valdoxan) et, du fait de son association à une anxiété psychique intense, il avait d'importantes répercussions sur le fonctionnement cognitif de l'expertisée. Celle-ci se plaignait de troubles mnésiques et attentionnels, qui s'étaient manifestés durant les entretiens, allant jusqu'à des moments de confusion dans l'expression de la pensée. L'assurée était apparue à bout de ressources, épuisée par un long combat contre l'adversité, débordée par ses problèmes psychologiques, familiaux et sociaux, et incapable d'exercer actuellement une activité lucrative. Le pronostic était très réservé. Il existait sans doute encore d'autres options thérapeutiques (augmenter la posologie de la duloxétine, potentialiser l'antidépresseur avec un autre agent

A/2964/2009 - 9/23 - pharmacologique), mais il était peut probable que ces traitements pharmacologiques puissent améliorer significativement son état clinique à court ou moyen terme. L'état dépressif s'était détérioré au fil des années et il avait été présent et assez marqué dans le courant de l'année 2007 puis avait vraisemblablement diminué d'intensité par la suite, puis s'était aggravé vers la fin 2010 avec une dépression d'un degré de gravité moyen à sévère. Le traitement médicamenteux suivi par l'assurée était adéquat sans lequel son état serait plus sévèrement altéré. Son état ne s'améliorerait probablement pas à court ou moyen terme. Il existait une comorbidité psychiatrique, à savoir un état dépressif moyen à sévère. En fait, le trouble de l'humeur était au premier plan du tableau clinique et il avait vraisemblablement précédé l'apparition du syndrome douloureux somatoforme persistant. Il avait valeur de maladie et constituait un trouble autonome. Il n'y avait ni affection corporelle chronique, ni de processus maladif s'étendant sur plusieurs années, ni de perte d'intégration sociale même si l'assurée s'était progressivement repliée sur elle-même. Son état psychique était cristallisé essentiellement du fait de l'importance du sentiment de honte, d'impuissance d'effondrement de l'estime de soi et de la perte totale de confiance en ses capacités. L'intensité de l'état dépressif et les troubles du fonctionnement cognitif privaient l'assurée de sa capacité de travail dans n'importe quelle activité professionnelle. L'état clinique s'était détérioré fin 2010 de sorte qu'en juin 2009, l'état dépressif n'avait pas le même degré de sévérité et n'entraînait pas le même degré d'incapacité de travail. Le diagnostic du SMR de personnalité émotionnellement labile de type borderline était écarté. L'état anxio-dépressif de l'expertisée était pérennisé par les problèmes sociaux et les difficultés familiales. Si ces facteurs adverses se trouvaient résolus ou tout au moins atténués à l'avenir, son état clinique pourrait s'améliorer notablement. Un contrôle de l'évolution était indiqué dans un délai de un à deux ans.

E. 39

Le 26 janvier 2012, la Dresse T_____ du SMR a rendu un avis médical selon lequel le score de Beck figurant dans l'expertise n'était pas probant car il n'avait aucune valeur diagnostic en lui-même et devait être corrélé à la clinique, qu'un traducteur aurait été peut-être nécessaire pour déterminer si le discours mal structuré et confus de l'assurée était lié à une mauvaise maîtrise du français ou à l'état psychique, que le Dr D_____ indiquait que l'état dépressif avait précédé le syndrome douloureux ce qui lui permettait de contourner la jurisprudence, que l'assurée se plaignait en réalité d'abord de douleurs, que les troubles cognitifs n'avaient pas été explorés dans la langue de l'assurée, que l'expert n'avait

pas spécifié la capacité de travail existant en 2009, qu'il aurait pu préciser les dates d'aggravation de l'état de santé avec l'aide d'un traducteur, qu'il paraissait vraisemblable que les problèmes sociaux et familiaux de l'assurée étaient prépondérants à son trouble dépressif, que finalement l'expert ne contestait pas les

A/2964/2009 - 10/23 - conclusions du SMR du 31 juillet 2008 et qu'une aggravation de l'état de santé s'était produite entre 2010 et 2011, en particulier depuis décembre 2010.

E. 40

Le 30 janvier 2012, la recourante a conclu à la valeur probante de l'expertise du Dr D_____ et considéré qu'en juin 2009 le degré d'incapacité de travail, non qualifié par l'expert, était d'au moins 50 % en référence à l'avis de sa psychiatre- traitante. Au surplus, elle a estimé qu'elle présentait une perte d'intégration sociale évidente, étant sans ressources, ni envie d'entretenir de quelconques relations sociales. Elle a requis l'octroi d'une rente fondée sur un degré d'invalidité de 50 % depuis le 1er février 2009 et de 100 % dès le 1er décembre 2010.

E. 41

Le 30 janvier 2012, l'intimé a relevé que les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissaient au premier plan et que l'expert n'avait pas précisé s'il y avait atteinte à la santé psychique équivalant à une maladie psychique, qu'il n'était pas suffisant de diagnostiquer un état dépressif de gravité moyen à sévère pour pouvoir retenir une comorbidité importante au syndrome douloureux somatoforme persistant, que le diagnostic devait être plus précis, que l'expertise du Dr D_____ n'était ainsi pas probante et que celui-ci devait la préciser dans le sens requis par le SMR.

E. 42

A la demande de la Cour de céans, le Dr D_____ a rendu le 22 mai 2012 un complément d'expertise. Le diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2) correspondant au tableau clinique constaté aussi bien en décembre 2010 qu'en décembre 2011. Les critères exigés par la CIM-10 étaient présents à ces deux dates. L'état dépressif était sévère en raison du nombre de symptômes et de la gravité de la plupart d'entre eux, et du fait des conséquences du trouble. L'expertisée s'était en effet repliée sur elle-même et isolée socialement, et elle ne parvenait pas à accomplir ses tâches ménagères (ni bien évidemment son activité professionnelle). Il était vrai qu'en plusieurs endroits de son rapport il mentionnait "un état dépressif d'un degré de gravité moyen à sévère". Cette appréciation voulait indiquer que le degré de gravité avait pu fluctuer entre ces dates, mais aux périodes mentionnées (novembre-décembre 2010 et décembre 2011), il était sévère. L'incapacité de travail était totale depuis novembre 2010. Entre juin 2009 et novembre 2010 une réduction de la capacité de travail d'environ 50 % était vraisemblable, même si en réalité l'assurée avait alterné des périodes d'arrêt complet avec des périodes d'activité à mi-temps. L'état dépressif de l'expertisée était fonction de plusieurs facteurs, parmi lesquels les problèmes sociaux et familiaux avaient sans doute joué un rôle important (émigration liée à la guerre de Bosnie, maltraitance de la part du mari, nécessité d'élever seule ses enfants dans un pays étranger, etc.). Ces événements de vie difficiles avaient largement contribué à l'apparition, il y avait déjà plusieurs années,

A/2964/2009 - 11/23 - d'un état d'anxiété et d'épuisement, qui s'était transformé en un état dépressif chronique et sévère. Des facteurs de vulnérabilité personnelle, que l'anamnèse

suggérait (tentative de suicide dans son jeune âge, importance des sentiments de dévalorisation et de culpabilité), avaient également favorisé la survenue de l'atteinte à la santé psychique. Les facteurs proprement culturels ne paraissaient pas jouer un rôle. Le diagnostic principal retenu était celui d'épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique et non pas de syndrome douloureux somatoforme persistant. D'ailleurs, la clinique genevoise de Montana avait posé en 2007 le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec somatisation et non pas celui de syndrome douloureux somatoforme persistant. Les plaintes douloureuses n'étaient pas les plaintes essentielles. L'assurée s'exprimait dans un français imparfait mais comprenait les questions et répondait de manière satisfaisante. Les difficultés cognitives étaient dues à l'état dépressif et à une forte anxiété. L'échelle de Beck était un indice et c'était l'appréciation clinique qui l'avait conduit à diagnostiquer un état dépressif sévère. Enfin, il s'insurgeait contre la remarque du SMR selon laquelle "une nouvelle fois le Dr D_____ pense que l'état dépressif a précédé le syndrome douloureux ce qui, pour lui, lui permet de contourner la jurisprudence".

E. 43

Le 18 juin 2012, l'assurée a observé que selon l'expert D_____, l'état dépressif était demeuré sévère, que sa capacité de travail était nulle dès fin 2010 et que les facteurs culturels n'avaient pas joué de rôle dans la survenance de l'intensité de l'état dépressif.

E. 44

Le 21 juin 2012, la Dresse T_____ a rendu un avis selon lequel l'expert D_____ ne motivait pas la diminution de la capacité de travail de 50 % depuis juin 2009 et n'expliquait pas la différence entre les problèmes culturels et les problèmes sociaux familiaux; l'anamnèse ne pouvait être précise et détaillée si le français de l'assurée était imparfait; les réponses du Dr D_____ n'étaient pas vraiment précises et il y avait une aggravation de l'état de santé entre courant 2010 et juin 2011 entraînant une incapacité de travail liée à une comorbidité psychiatrique.

E. 45

Le 6 juillet 2012, l'OAI a observé que l'incapacité de travail totale de la recourante était postérieure à la décision litigieuse du 30 juin 2009, de sorte que le recours devait être rejeté.

E. 46

Le 31 juillet 2012, la Cour de céans a fixé à l'intimé un délai pour se prononcer sur le droit à une rente d'invalidité de la recourante selon les conclusions de l'expert, dans le cadre d'une éventuelle extension de l'objet du litige.

A/2964/2009 - 12/23 -

E. 47

Le 21 août 2012, la Dresse T_____ a rendu un avis selon lequel elle ne pouvait déterminer les dates de début et fin des incapacités de travail de la recourante; il fallait voir avec l'expert qui avait examiné l'assurée et qui était mandaté pour répondre à cette question; elle n'était pas devin et ne pouvait donner une réponse arbitraire; il appartenait à l'expert judiciaire d'y répondre.

E. 48

Le 22 août 2012, l'OAI a contesté une extension de l'objet du litige au motif que les rapports du Dr D_____ n'étaient pas probants.

E. 49

Le 8 octobre 2012, la recourante a observé que l'expertise judiciaire avait valeur probante, que l'incapacité de travail avait débuté dès juin 2009 et a conclu à l'octroi d'une rente d'invalidité de 50 % au moins dès le 1er février 2009 et de 100 % dès le 1er février 2010.

E. 50

% dans toute activité durant une année, de sorte que dès le 1er juin 2010 elle a droit à une demi-rente d'invalidité fondée sur un degré d'invalidité de 50 % (lequel se confond avec le degré d'incapacité de travail) et dès le 1er février 2011 vu l'incapacité de travail totale survenue dès le 1er novembre 2010 (art. 88a RAI) à une rente d'invalidité entière, fondée sur un degré d'invalidité de 100 %. Enfin, la demande de prestations ayant été déposée le 12 février 2008, les prestations peuvent être versées à la recourante dès le 1er juin 2010 (art. 29 LAI). 10. En conséquence, le recours sera rejeté, la décision litigieuse étant conforme au droit et il sera dit, par extension du litige, que la recourante a droit à une demi-rente d'invalidité du 1er juin 2010 au 31 janvier 2011 et à une rente entière d'invalidité dès le 1er février 2011. 11. Enfin, les frais de procédure ne sauraient être mis à la charge de l'Office AI en cas d'extension de la procédure administrative juridictionnelle dès lors que l'assurée succombe sur l'objet de la contestation (ATF du 2 juin 2010 9C 967/2009). En conséquence, aucun émolument ne sera perçu ni aucune indemnité allouée.

A/2964/2009 - 23/23 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

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