

GE_GERICHTE ATAS/549/2011 vom 30. Mai 2011

GE Cour de justice, 2011-05-30, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_549_2011

FR: GE_GERICHTE ATAS/549/2011 du 30 mai 2011

IT: GE_GERICHTE ATAS/549/2011 del 30 maggio 2011

Erwägungen

E. 1

Madame E_____ (ci-après l'assurée), ressortissante bolivienne née en 1961, est arrivée en Suisse en 1998 et a été engagée dès le 6 août 1998 en tant que dame de buffet par un hôtel-restaurant.

E. 2

Selon une déclaration d'accident du 30 juillet 1999, l'assurée a fait une chute en portant des caisses de bouteilles à son travail le 18 janvier 1999. En raison de douleurs suite à cette chute, l'assurée a cessé de travailler dès le 23 janvier 1999.

E. 3

L'assurée a été en incapacité totale de travail du 25 janvier au 21 février 1999, puis en incapacité à 50 % du 22 février au 14 mars 1999. Dès le 15 mars 1999, la patiente a recouvré sa capacité de travail, mais une nouvelle période d'incapacité totale est survenue à compter du 25 mars 1999.

E. 4

Selon les rapports médicaux des divers médecins consultés, l'assurée présentait une hernie discale, de l'arthrose et des lésions dégénératives, une lombo-sciatalgie, un état dépressif, leurs avis sur sa capacité de travail étant divergents.

E. 5

Lors d'une hospitalisation à la Division de rhumatologie de l'Hôpital cantonal en raison d'une fibromyalgie en janvier 2000, une symptomatologie psychiatrique importante avait été décelée, raison pour laquelle elle avait été suivie également par le service de psychiatrie, les médecins ayant un état dépressif sévère sans caractéristique psychotique dans un contexte de douleurs chroniques, cette symptomatologie étant exacerbée suite à son licenciement et en raison d'un conflit de couple latent.

E. 6

Le 15 mars 2000, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI), visant à l'obtention d'une rente en raison d'un syndrome post-traumatique, de lombalgies et de fibromyalgie, le Dr L_____ attestant que l'assurée était en incapacité totale de travailler dès le 25 mai 1999 pour une durée indéterminée en raison de fibromyalgie, d'un syndrome douloureux post-traumatique et de lombalgies chroniques. Globalement, une reprise du travail semblait difficile. La patiente souffrait parallèlement d'un état dépressif grave difficilement accessible pour l'instant.

E. 7

Le 4 mars 2003, l'assurée a été examinée pour le compte du Service médical régional Léman (ci-après : SMR) par le Dr M_____, psychiatre, lequel a diagnostiqué un trouble de l'adaptation ainsi qu'une fibromyalgie. Au moment de l'examen SMR, l'état dépressif s'était amendé, selon l'assurée, depuis la naissance de son fils en 2002 et ne jouait pas de rôle en termes de limitations fonctionnelles. Le trouble de l'adaptation avec humeur dépressive ne constituait pas en soi une

- 3/19-

A/3156/2010 comorbidité psychiatrique à la fibromyalgie, qui continuait à gêner l'assurée, mais n'entraînait pas de retrait social complet, ni de surconsommation médicale. En l'absence d'évaluation psychiatrique attestant de l'évolution de sa capacité de travail exigible, on pouvait estimer que son état psychique était compatible avec une reprise d'activité à 50 % dès le 1er juillet 1999 et à 100 % dès le 1er juillet 2000.

E. 8

Par décision du 26 août 2003, l'OAI a octroyé à l'assurée une demi-rente d'invalidité pour la période du 1er janvier au 30 septembre 2000. L'examen réalisé par le SMR permettait de considérer que l'état de santé de l'assurée était compatible avec la reprise d'une activité à 50 % dès le 1er juillet 1999 et à 100 % dès le 1er juillet 2000. Suite à l'opposition de l'assurée et au courrier de son médecin traitant, l'OAI a fait procéder à un examen rhumatologique de l'assurée.

E. 9

Le 7 janvier 2004, le Dr N_____, rhumatologue, a procédé à un examen clinique pour le compte du SMR et posé les diagnostics de trouble dégénératif lombaire étagé discret et fibromyalgie. Radiologiquement, l'assurée présentait des troubles dégénératifs incontestables, qui ne pouvaient toutefois expliquer la symptomatologie évoquée par l'assurée, mais qui déterminaient des limitations fonctionnelles. La capacité de travail exigible était de 100 % pour autant que l'assurée puisse alterner la position assise et debout au moins une fois toutes les heures, qu'elle évite le port de charges supérieur à 10 kg, qu'elle ne travaille pas en porte-à-faux statique prolongé du tronc ni sur des engins vibrants. Dès le mois de janvier 1999, une activité respectant ces limitations fonctionnelles aurait été exigible sur le plan bio-mécanique.

E. 10

Par décision sur opposition du 7 juillet 2004, l'OCAI a confirmé sa décision initiale.

E. 11

Par arrêt du 10 mai 2005, le Tribunal a rejeté le recours de l'assurée, motifs pris que les rapports du SMR remplissaient les exigences posées par la jurisprudence et avaient dès lors pleine valeur probante, les diagnostics et conclusions sur les plans psychiatrique et rhumatologique permettant de confirmer la capacité de travail exigible à 100 % dans une activité adaptée, respectant les limitations fonctionnelles décrites.

E. 12

L'assurée a déposé une demande de prestations d'invalidité le 26 mai 2006, pour l'octroi de moyens auxiliaires, soit une prothèse et un soutien-gorge, suite à une chirurgie mammaire effectuée en raison d'une maladie cancéreuse. Par une seconde demande, déposée le même jour, elle a sollicité l'octroi d'une perruque, au titre de moyen auxiliaire, suite à une

chimiothérapie.

E. 13

Par décisions du 31 mai 2006, l'OAI a octroyé la perruque, ainsi que la prothèse mammaire et le soutien-gorge demandés.

- 4/19-

A/3156/2010

E. 14

L'assurée a déposé le 19 octobre 2007 une demande de prestations d'invalidité pour l'octroi d'une rente, en raison du traitement du cancer du sein, d'un état dépressif sévère, ainsi que d'une hernie discale dans le cadre d'une fibromyalgie.

E. 15

Selon le courrier de l'Office cantonal de l'emploi du 6 novembre 2007, l'assurée s'est inscrite en dernier lieu le 25 janvier 2006, le délai-cadre ouvert est échu le 24 janvier 2008 et le gain assuré fixé à 2'213 fr. L'activité recherchée est dame de buffet et l'assurée a bénéficié d'une mesure IPT du 18 au 26 avril 2007.

E. 16

Selon un rapport médical du 17 décembre 2007, le Dr L_____, médecin traitant indique que l'assurée est incapable de travailler à 100 % depuis le 25 mai 1999, en raison d'un état dépressif, d'une hernie discale et d'une fibromyalgie, auxquels s'est ajouté, dès 2006, un carcinome canalaire invasif au sein gauche. Selon les divers rapports médicaux des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) joints au rapport du Dr L_____, l'assurée a suivi une mastectomie et un curage axillaire des niveaux 1 et 2 le 1er mars 2006, une chimiothérapie de mars à juillet 2006, puis une radiothérapie du 8 août au 19 septembre 2006.

Le rapport du 1er juin 2007 du département de psychiatrie diagnostique une réaction aiguë à un facteur de stress, un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, sans syndrome somatique, une fibromyalgie. La patiente a été hospitalisée du 19 au 29 mai 2007. Ayant présenté des idées suicidaires aiguës, l'ayant amenée au bord du lac avec le projet concret d'une noyade, jusqu'à ce que des passants l'accompagnent aux urgences psychiatriques, la patiente, à la sortie, a une thymie modérément triste, sans idées noires, et ne présente pas de symptômes de la lignée psychotique. Il n'y a pas de risque d'auto et d'hétéro-agression.

E. 17

Selon le rapport médical du 13 décembre 2007 du Dr O_____, de l'unité d'onco-gynécologie des HUG, le diagnostic est une fibromyalgie et un carcinome canalaire invasif. L'incapacité de travail, qui n'est pas précisée, est en premier lieu liée à la fibromyalgie, le médecin invitant l'OAI à s'adresser au médecin traitant.

E. 18

Selon l'avis médical du SMR du 3 mars 2008 (Dresse P_____), il convient d'interroger le psychiatre traitant, compte tenu du fait que le rapport du service d'oncologie décrit une asthénie majeure, des douleurs articulaires diffuses, une altération de l'état général et un manque d'énergie, sans se prononcer sur la capacité de travail.

E. 19

Selon le rapport du Dr L_____ du 5 mars 2008, sa patiente se plainte de tristesse, fatigabilité, irritabilité, douleurs musculaires omniprésentes, avec lourdeur des bras, lombalgies. Les diagnostics sont inchangés.

- 5/19-

A/3156/2010

E. 20

Selon le rapport médical du 22 avril 2008 du Dr Q_____, chef de clinique au service de psychiatrie adulte, programme dépression, des HUG, la patiente est suivie depuis le 10 octobre 2007. Les diagnostics sont trouble dépressif récurrent, léger à moyen (F33.1), syndrome douloureux persistant, conflits de couple et familial, fibromyalgie.

L'hospitalisation du 19 au 29 mai 2007 est confirmée. L'état actuel est une symptomatologie dépressive, fluctuante, légère à moyenne, avec tristesse, désespoir, irritabilité, diminution de l'appétit, diminution de la concentration. Subjectivement, l'incapacité de travail est à 100 % en raison de douleurs multiples et des symptômes susmentionnés. Objectivement, d'un point de vue psychiatrique, la patiente semble être capable d'exercer une activité régulière adaptée à 50 %, mais avec un rendement diminué d'au moins 30 %. A ce pourcentage, s'ajoutent les limitations causées par les maladies somatiques, selon le médecin traitant. Le pronostic est réservé, en raison des facteurs négatifs tels une évolution chronique, une polymorbidité, les traitements antérieurs n'ayant pas permis de réintégration professionnelle depuis 1999. Selon rapport annexé, datant du 16 novembre 2005, du programme dépression, la patiente présentait alors un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, ainsi qu'un syndrome douloureux persistant, les symptômes étant une thymie triste, asthénie, irritabilité, douleurs chroniques, trouble du sommeil.

Selon l'avis de la Dresse P_____ - du SMR du 28 juillet 2008, en raison des divers rapports médicaux produits, un examen rhumatologique et psychiatrique est proposé.

E. 21

L'assurée a été examinée par les Drs R_____, spécialiste en médecine physique et rééducation, et S_____, psychiatre, tous deux auprès du SMR, le 19 août 2008. Leur rapport médical du 29 août 2008 contient une anamnèse personnelle, familiale, professionnelle, actuelle, par systèmes, ostéo-articulaire, psychosociale et psychiatrique. La vie quotidienne est décrite, le status général, neurologique, ostéo-articulaire et psychiatrique est décrit. Les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail sont des dorso-lombalgies chroniques sur trouble dégénératif lombaires (hernie discale L5-S1), douleurs résiduelles au niveau de la paroi thoracique et du membre supérieur gauche, status après mastectomie gauche, aucun diagnostic n'étant retenu sur le plan psychiatrique. Les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail sont le status après réduction et reconstruction mammaire, un syndrome douloureux somatoforme persistant, un trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission.

L'anamnèse précise qu'en 2005, l'assurée ne supportant plus les douleurs et étant très angoissée, elle est adressée en urgence aux HUG, puis au Centre de thérapie brève. Elle est ensuite suivie par la Dresse T_____, au Centre de thérapie brève et un traitement d'antidépresseur est introduit. L'assurée indique une

- 6/19-

A/3156/2010 amélioration à partir de janvier 2006, raison pour laquelle elle s'inscrit au chômage en janvier 2006 à 100 %, mais elle est déclarée inapte en juin 2007. Entre-temps, elle a subi une intervention chirurgicale due au cancer du sein en mars 2006 et a été en arrêt-maladie jusqu'en juin 2007. Elle est actuellement suivie par le Dr U _____, à la Consultation psychiatrique de la Jonction, 1x / 15 jours, en alternance avec des entretiens d'infirmière également 1x / 15 jours. Lors de l'examen médical, le déshabillage se réalise au ralenti. L'assurée adopte des attitudes d'épargne globale et fait état d'une symptomatologie diffuse et d'une difficulté à se mobiliser générale. Les médecins indiquent que tous les points de fibromyalgie selon Smythe sont positifs, également avec les points de contrôle. Tous les signes de non-organicité selon Waddell en faveur d'un processus non organique sont positifs. Toute mobilisation ou palpation est décrite comme douloureuse. S'agissant du status psychiatrique, les médecins font état d'un discours cohérent et adéquat, l'assurée étant plaintive tout au long de l'entretien, d'absence de trouble de l'attention et de la concentration. Quelques difficultés en ce qui concerne la mémoire d'évocation. L'assurée se dit irritable à cause des douleurs. Les médecins notent une absence de trouble du cours de la pensée ou du contenu, d'attitude d'écoute ou d'hallucinations auditives. L'assurée exprime une tristesse et des ruminations existentielles liées aux douleurs. Une diminution de l'intérêt et du plaisir pour les activités de la vie quotidienne et les activités agréables, également due aux douleurs. En ce qui concerne l'image de soi, l'assurée dit se sentir détruite, pleine de cicatrices et ne pas pouvoir envisager l'avenir. Il y a une diminution de l'appétit, une absence de libido, pas de symptomatologie anxieuse de type crise de panique déclenchée au cours de l'entretien.

S'agissant de l'appréciation du cas, les médecins indiquent se trouver en présence d'une assurée poly-plaintive, adoptant un comportement caricatural avec une démarche spontanée ralentie, une augmentation du polygone de sustentation, des difficultés à se mobiliser de façon générale, attitude en contradiction par rapport à la mobilité spontanée complète en position assise lors de l'anamnèse, sans mise en œuvre de signe d'épargne ou de signe algique particulier. L'assurée porte le membre supérieur gauche en écharpe lors de son arrivée, puis le mobilise sans épargne ou douleur. L'examen ostéo-articulaire ne met en évidence aucune limitation, les médecins ayant renoncé à pratiquer un complément d'investigation radiologique. En conclusion, l'assurée présente une symptomatologie algique chronique polymorphe touchant le corps dans son ensemble, évoluant depuis 1999, à la suite d'un traumatisme mineur survenu dans le cadre de son activité professionnelle. L'évolution sur le plan médical est marquée par l'apparition d'un carcinome canalaire invasif du sein gauche traité par mastectomie, curage axillaire, chimio et radiothérapie, puis reconstruction mammaire entre mars 2006 et février 2008, une intervention chirurgicale étant programmée en novembre 2008 pour des

- 7/19-

A/3156/2010 corrections cicatricielles. S'agissant du plan psychiatrique, l'état psychique de l'assuré est lié à ses douleurs, et dans ce sens, d'après la jurisprudence, ne peut pas être tenu en compte comme étant une comorbidité psychiatrique à part. Tout au plus, l'assurée présente une dysthymie, c'est-à-dire une humeur dépressive chronique réactionnelle aux douleurs, mais les plaintes psychiques font partie d'un sentiment de détresse qui fait partie dudit syndrome. Une comorbidité psychiatrique manifeste dans son intensité et dans sa durée n'est pas constatée. Il n'y a pas de perte d'intégration sociale, le trouble dépressif de

juin 2005 a répondu favorablement à un traitement conforme aux règles de l'art.

S'agissant des limitations fonctionnelles, les médecins retiennent : pas de port de charges supérieures à deux kilos au niveau du membre supérieur gauche, pas de mouvement en anté-pulsion au-delà de 60° de façon répétitive et occasionnelle de 90° à gauche, pas d'activité en hauteur en ce qui concerne le membre supérieur gauche, pas de position statique au-delà de quarante minutes sans possibilité de varier les positions assise/debout, pas de mouvement en anté-flexion ou en porte-à-faux du rachis contre résistance à répétition, pas de position statique debout au-delà de dix à quinze minutes, diminution du périmètre de marche à environ une demi-heure, pas d'activité sur terrain instable, pas de position en genuflexion ou accroupie à répétition. Il n'y a aucune limitation fonctionnelle sur le plan psychiatrique. Les médecins retiennent une incapacité de travail de 100 % de mars 2006 à fin mars 2008, soit deux mois après la dernière intervention chirurgicale de février 2008. Sur le plan psychiatrique, une incapacité de travail peut être retenue de juin 2005 à janvier 2006. Depuis fin mars 2008, l'assurée présente une pleine capacité de travail dans une activité adaptée qui respecte ses limitations fonctionnelles, une diminution de rendement de 15 % peut être retenue. Au vu de la pathologie de l'assurée, de l'absence d'activité professionnelle sur une longue période et d'un déconditionnement musculaire après interventions chirurgicales multiples, une période de réadaptation progressive à l'effort et au travail sur six à neuf mois doit être prise en considération avec une reprise progressive de la capacité de travail ne dépassant pas 50 % dans un premier temps. A terme, la capacité est évaluée à 100 % avec une diminution de rendement maximum 15 %.

E. 22

Selon l'avis du Dr D_____ du SMR du 15 septembre 2008, l'IRM que l'assuré a effectuée dix jours après l'examen du SMR et qui relève des troubles dégénératifs et statiques étagés du rachis lombaire ne modifie en rien la conclusion. Donc, la capacité de travail dans l'activité habituelle est nulle depuis 1999. La capacité de travail est entière dans une activité adaptée, théoriquement dès mai 2008, et non pas mars, avec une baisse de rendement de 15 %, en tenant compte d'une période de réadaptation de six à neuf mois pendant laquelle la capacité de travail ne devrait pas dépasser 50 %.

- 8/19-

A/3156/2010

E. 23

Selon le rapport de l'enquête économique sur le ménage effectuée le 7 janvier 2009 par l'OAI, il convient de diviser l'évaluation des empêchements en trois périodes différentes, l'une avant l'atteinte à la santé, soit avant mars 2006, l'autre de mars 2006 à mai 2008 (traitement du cancer et dépression), la troisième dès le 1er mai 2008. Les divers postes du ménage sont examinés pour chaque période. Globalement, l'empêchement est inexistant pour la première période, de 54,5 % pour la deuxième période et de 14,75 % pour la troisième période. Parmi les remarques de l'enquêtrice, la seconde période implique des empêchements très importants, en raison des traitements de chimiothérapie, de radiothérapie, des hospitalisations. Les empêchements sont retenus entre 30 et 60 % selon les postes. Pour la troisième période, les empêchements retenus sont faibles, de 0 à 15 %, les limitations étant fondées sur les dires de l'assurée, qui est découragée, a de la difficulté à soulever les casseroles, n'a pas le courage de faire la poussière, ne peut pas porter les courses, délègue la lessive à son fils, n'a plus d'activités avec son fils cadet (piscine,

promenades, réunions d'école). Le status est mixte, à raison de 50 % dans la sphère professionnelle et 50 % dans le ménage.

E. 24

La détermination du revenu avec et sans invalidité est effectuée le 20 août 2009. Le premier est fixé selon ESS 2008, TA1, femme, niveau 4, en 2008, soit 51'983 fr. Avec un abattement de 15 %, le revenu est de 44'186 fr. Le second est fondé sur le revenu de 2006 avant l'atteinte à la santé, réactualisé à 2008, soit 51'984 fr.

E. 25

Par projet de décision du 31 août 2009, l'OAI envisage d'accorder une rente entière à l'assurée du 1er mars 2007, à l'issue du délai de carence, au 31 mars 2008, en raison de l'amélioration de la capacité de travail dès le 1er avril 2008. Pour la première période, le calcul est le suivant :

- activité professionnelle : 50 % x 100 %

d'empêchement 50 %

- activité ménagère : 50 % x 53,5 %

d'empêchement 26,5 %

- degré total d'invalidité 77 %

E. 26

Pour la seconde période, le calcul est le suivant :

- taux d'invalidité sur la base des revenus avec
et sans invalidité susmentionnés 15 %

- activité professionnelle 50 % x 15 % 7,5 %

- activité ménagère 50 % x 14,75 %

d'empêchement selon l'enquête ménagère 7,4 %

- degré total d'invalidité 15 %

E. 27

Par pli du 29 septembre 2009, le conseil de l'assurée formule les observations au projet d'acceptation de rente du 31 août 2009. L'assurée fait valoir que le cancer et les traitements qui en ont résulté ont eu pour effet de revivifier, sur le plan ostéo-

- 9/19-

A/3156/2010 articulaire, les douleurs rachidiennes apparues en 1999, d'exacerber la symptomatologie algique liée à la fibromyalgie et, inévitablement, d'aggraver les troubles dépressifs. Ainsi, la situation qui prévalait en 2000, lors du dépôt de la première demande, n'est pas comparable à celle de 2006. L'OAI retient à tort une simple dysthymie, alors que le médecin traitant fait état d'un épisode dépressif sévère, avec symptômes psychotiques, et d'une comorbidité psychiatrique d'évolution chronique. S'agissant du trouble somatoforme douloureux, l'assurée rempli aujourd'hui l'ensemble des critères mis en évidence par la jurisprudence pour admettre qu'un effort de volonté en vue de surmonter la douleur et de réintégrer un processus de travail n'est pas exigible. En dernier lieu, il faut tenir compte des

séquelles invalidantes du cancer du sein, et en particulier du traitement d'hormonothérapie en vigueur jusqu'en 2011 en tout cas, entraînant une asthénie persistante, ainsi qu'une douleur du membre supérieur gauche. L'assurée conclut ainsi à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1er mars 2007 et pour une durée indéterminée. Elle produit une attestation du Dr V _____, psychiatre, du 25 septembre 2009, qui diagnostique un épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques, un syndrome douloureux somatoforme persistant, un fonctionnement psychotique non organique, des antécédents personnels de tumeur maligne entraînant une perte d'estime de soi et un deuil compliqué de nature mélancolique. L'incapacité de travail est de 100 %.. L'attestation de la Dresse W _____, du département d'onco-gynécologie, du 7 septembre 2009, indique que la maladie est en rémission complète actuellement, les séquelles du traitement étant une asthénie persistante, ainsi qu'une douleur du membre supérieur gauche.

E. 28

Selon l'avis du SMR du 21 janvier 2010, si l'état psychique de l'assurée s'est aggravé avec l'apparition d'un cancer, il s'est amélioré par l'application d'un traitement ad hoc, le fait que le traitement soit lourd ne justifie pas une incapacité de travail durable. L'évolution du trouble somatoforme ou de la fibromyalgie ne signifie pas forcément une incapacité durable justifiée. Les éléments objectivés par le Dr V _____ sur le plan clinique ne permettent pas d'atteindre le niveau de sévérité retenu pour la dépression. L'évolution dans le temps, malgré le traitement suffisant, ne peut pas être vérifiée. L'attestation de la Dresse W _____ n'amène pas non plus d'élément nouveau. Il est donc impossible de modifier les conclusions du SMR du 15 septembre 2008.

E. 29

Par décision du 18 août 2010, l'OAI octroie à l'assurée une rente entière d'invalidité du 1er mars 2007 au 31 juillet 2008. La motivation est la même que celle du projet de décision, sous réserve de l'amélioration de la capacité de travail dès le mois de mai 2008 seulement, au lieu d'avril 2008. Le calcul du taux d'invalidité a été revu par rapport au projet, l'OAI s'est basé sur un temps de travail de 50 % et du dernier salaire reçu du Restaurant X _____, actualisé en 2008. Il en résulte un empêchement de 6 % sur le plan professionnel, exercé à 50 %, soit un

- 10/19-

A/3156/2010 taux d'invalidité de 3 %, additionné à l'invalidité ménagère de 7,4 %, le taux global étant de 11 %.

E. 30

Par acte du 22 septembre 2010, l'assurée forme recours contre la décision de l'OAI. Elle reprend les éléments déjà soulevés lors de ses observations. Elle critique le rapport médical du SMR des Drs R _____ et A _____. Ce dernier ne tient pas compte des nombreux symptômes, pourtant admis, en concluant que les critères de sévérité de la jurisprudence en matière de trouble somatoforme douloureux ne sont pas réalisés. Elle conteste l'amélioration significative de l'état de santé psychique retenue par le psychiatre susmentionné dès janvier 2006, alors qu'elle était en plein traitement du carcinome canalaire du sein gauche ayant aggravé la symptomatologie dépressive. Il suffit pour s'en convaincre de se référer au traitement psychiatrique hebdomadaire et psychopharmacologique. L'assurée relève que le Dr V _____ a retenu une comorbidité

psychiatrique intense et d'une durée suffisamment importante pour admettre une incapacité de travail totale. Indépendamment de l'existence d'une comorbidité psychiatrique, les autres critères permettant d'apprécier le caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux sont réalisés. La présence d'affections corporelles chroniques depuis des années est établie. La perte d'intégration sociale également, la recourante vivant totalement retirée de la société et entourée uniquement de son époux et de ses enfants. Elle a totalement épuisé ses capacités adaptatives. Les traitements en cours ne sont pas susceptibles d'améliorer à long terme la symptomatologie d'anxiété, de détresse, etc., de sorte que l'état de santé psychique est cristallisé. Les troubles psychiques litigieux se manifestent donc avec une telle sévérité que, d'un point de vue objectif, la mise en valeur de la capacité de travail de la recourante ne peut plus raisonnablement être exigée d'elle. Il n'y a donc aucune amélioration de la capacité de travail de l'assurée à compter du mois de mai 2008. L'assurée conclut donc à ce que la rente entière d'invalidité lui soit accordée dès le 1er mars 2007 et pour une durée indéterminée.

E. 31

Par avis du 10 novembre 2010, l'OAI conclut au rejet du recours. Il cite la jurisprudence applicable aux troubles somatoformes douloureux et à la valeur probante des rapports médicaux. Il est rappelé qu'un état dépressif - même sévère - pourtant non retenu en l'espèce, ne constitue pas une comorbidité psychiatrique à un trouble somatoforme douloureux. L'assurée ne réunit pas non plus plusieurs des critères établis, qui fonderaient un pronostic défavorable. Elle ne subit ni perte d'intégration sociale, ni cristallisation de l'état psychique, sans évolution possible, le trouble dépressif étant considéré en rémission par les spécialistes du SMR.

E. 32

Par pli du 6 décembre 2010, l'assurée a demandé à être entendue et à l'audition de ses deux médecins traitants, à titre de témoins.

- 11/19-

A/3156/2010

E. 33

Lors de l'audience de comparution personnelle du 11 janvier 2011, l'assurée a déclaré que suite au cancer du sein, les douleurs qu'elle ressentait déjà se sont aggravées, en particulier au niveau du dos, des muscles, des articulations, de l'épaule gauche et des maux de tête. Elle est suivie au niveau psychiatrique, chaque semaine, par le Dr V_____ - depuis le cancer et auparavant au CTB. Elle est très fatiguée, ne peut plus faire le ménage et c'est son mari qui s'en occupe. Son mari et ses enfants mangent à l'extérieur à midi et à la maison, en famille, le soir. Ses copines s'éloignent d'elle, car elle est souvent trop mal pour faire la conversation. Sauf son frère, qui vit à Genève et qu'elle appelle environ une fois par mois, le reste de sa famille est en Bolivie et a de contacts téléphoniques de temps en temps. L'assurée a indiqué que son état dépressif et psychique s'est aggravé suite au cancer, ce d'autant plus qu'il a laissé d'importantes cicatrices sur son corps et elle n'accepte pas ce corps, de sorte qu'à cause de cela et des douleurs, elle n'a plus d'intimité avec son mari, avec lequel elle se dispute. Son sommeil et son appétit sont mauvais, elle a perdu du poids. Son psychiatre a déjà tenté de changer deux fois le traitement, sans amélioration, et il propose un séjour à la Clinique de Montana. Elle consulte également son généraliste et un oncologue aux HUG.

Après le cancer, elle a eu une pneumonie et de l'asthme, a des difficultés à digérer, comme conséquence de la chimiothérapie, qui a également atteint le foie et les reins. Elle n'a pas le souvenir d'avoir indiqué aux médecins du SMR une amélioration de son état de santé entre 2005 et aujourd'hui. A l'issue de l'audience, un délai a été fixé à l'assurée pour produire les rapports de ses médecins traitants.

E. 34

Par rapport médical du 3 mars 2011, le Dr V _____, psychiatre, a attesté suivre l'assurée depuis octobre 2008, celle-ci lui ayant été adressée par le Centre de thérapie brève et son médecin traitant. S'agissant de l'évolution clinique, l'assurée a développé un syndrome douloureux persistant et un état dépressif résistant aux médicaments, suite à une chute sur le lieu de travail en janvier 1999. En 2006, un carcinome invasif, avec ablation du sein gauche, radiothérapie et traitement a eu lieu. Cette grave maladie est arrivée à la suite d'un conflit de couple et l'ablation du sein a été ressentie comme un traumatisme punitif, qui a fortement aggravé le trouble dépressif préexistant. Du point de vue psychiatrique, une hospitalisation à Belle-Idée a eu lieu en mai 2007, suivie d'un traitement au programme « Dépression » de juin 2007 à octobre 2008. Ensuite, un traitement psychiatrique et psychothérapeutique intégré a été organisé, combinant des entretiens individuels et de couple, ainsi qu'un traitement psychopharmacologique, des techniques de relaxation, en sus de la physiothérapie et des traitements antalgiques et anti-inflammatoires. Au début du traitement, le status psychiatrique indique un état dépressif majeur sévère et un syndrome douloureux persistant. Le médecin fait la liste de traitements médicamenteux prescrits et précise que suite à l'apparition d'effets secondaires (oedèmes, nausées, vomissements, vertiges et forte suspicion

- 12/19-

A/3156/2010 d'une stéatose hépatique, une interruption du traitement psychopharmacologique a été nécessaire entre novembre 2010 et janvier 2011. S'agissant des symptômes somatiques, le médecin mentionne des douleurs musculaires des membres et du dos persistantes, avec prédominance à gauche et de degré majeur au lever le matin, compatibles avec un syndrome somatoforme douloureux. Les symptômes dépressifs sont tristesse, sentiment de subir une punition, sentiment de culpabilité, auto-reproches, fatigue, désespoir, insomnies, idées noires, diminution de l'estime de soi, perte de la motivation et manque d'appétit. Les troubles cognitifs mentionnés sont des oublis, des difficultés de concentration et de la distractibilité. Le médecin met en évidence une régression sur le plan social et personnel avec retrait, renfermement et tendance à l'interprétation et à l'idéation paranoïde. Ce sont des symptômes compatibles avec les critères d'un fonctionnement psychotique. Les liens sociaux sont conservés au minimum, grâce au travail de socialisation et de stimulation du réseau de soins. Le diagnostic est un syndrome somatoforme douloureux persistant et le trouble dépressif constitue une identité comorbide, qui s'est développée davantage dès 2007, après le diagnostic du cancer, ce trouble présentant actuellement des éléments mélancoliques (perte irréparable de l'image corporelle, dysmorphophobie, comportement régressif, deuil compliqué face à l'ablation du sein et sentiment de vivre une expérience punitive), le syndrome dépressif ayant été cliniquement quantifié et mesuré par les médecins, la souffrance physique et psychique est sévère, avec un mauvais pronostic.

Ainsi, les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail sont un syndrome douloureux somatoforme persistant, depuis 1999 (F 45.4), un trouble dépressif récurrent, persistant, épisode actuel moyen (F 33.1) et un fonctionnement psychotique non organique, depuis 2008 (F 29), les entités sans répercussion sur la capacité de travail étant des antécédents personnels de tumeurs malignes, un conflit de couple et familial et une agression par la force physique.

Il existe une limitation significative pour les activités physiques décrites.

Psychologiquement, les capacités cognitives d'attention, de concentration et de mémoire sont limitées, avec une difficulté majeure dans la capacité d'adaptation et d'investissement, dans les activités de la vie quotidienne, en raison du syndrome douloureux et du trouble dépressif, la capacité de travail de l'assurée étant actuellement de 0 %. En raison des limitations physiques et psychologiques observées, les conditions pour envisager une mesure de réadaptation professionnelle ne sont pas réalisées.

En conclusion, la comorbidité psychiatrique est constatée ; l'évolution est chronique et résistante aux traitements essayés ; les antécédents du cancer entraînent une perte d'estime de soi et un deuil compliqué d'une allure mélancolique, l'anamnèse met en évidence un manque de rémission depuis

- 13/19-

A/3156/2010 plusieurs années malgré l'utilisation ADT + anxiolytiques + neuroleptiques + antalgiques. Le médecin se prononce pour qu'un statut d'invalidité soit reconnu et qu'une rente soit octroyée et propose, si les observations cliniques sont jugées insuffisantes par le tribunal, de faire procéder à un examen neuropsychologique par un spécialiste.

E. 35

Selon le rapport d'échographie du 9 novembre 2010 du Dr B _____, radiologue, concernant la région abdomino-pelvienne, l'assurance présente une stéatose hépatique diffuse, un status post-cholécystectomie.

E. 36

Selon le rapport médical du 18 février 2011 de la Dresse C _____ de l'unité d'onco-gynécologie des HUG, l'assurée est régulièrement suivie pour des contrôles cliniques et radiologiques dans le cadre du suivi de son cancer du sein, le médecin confirmant l'altération de son état psychologique depuis une année malgré le suivi psychiatrique, la patiente est actuellement sous hormonothérapie jusqu'en septembre 2011 et présente plusieurs effets secondaires de ce traitement, asthénie, arthralgies, myalgies et conserve une douleur à la mobilisation de l'épaule gauche, suite à l'opération, malgré les séances de physiothérapie.

E. 37

Selon le certificat médical du 16 mars 2011 du Dr L _____, médecin traitant de l'assurée, la patiente est suivie chez lui pour une fibromyalgie depuis 1999, se manifestant par des douleurs généralisées de l'appareil locomoteur, associées à une fatigabilité importante. Les symptômes variables peuvent ne pas être présents pendant quelques jours, puis revenir pendant des semaines, subjectivement avec une douleur de l'ensemble de l'appareil locomoteur prononcée jusqu'à l'échelle de 8 sur 10, empêchant l'assurée de faire du ménage ou même de sortir de la maison pour faire des courses. Le diagnostic d'hernie discale L2-L3 et L3-L4 posé en 2008 ne pose pas de problème actuellement. Cependant, les

diagnostics qui sont beaucoup plus importants sont un état dépressif majeur, ainsi qu'un carcinome invasif du sein gauche. L'ensemble des diagnostics est l'épuisement majeur associé et ne permettent pas, de l'avis du médecin, une activité professionnelle pour la patiente, en tout cas depuis 2006.

Un délai a été fixé aux deux parties pour se déterminer, suite à la comparution personnelle et à la production de ces rapports médicaux.

E. 38

Par pli du 11 avril 2011, l'OAI a persisté dans ses conclusions et transmis l'avis du 5 avril 2011 du Dr D_____, du SMR, selon lequel l'avis du Dr L_____ n'apporte aucun élément médical nouveau, la situation ayant été évaluée dans sa globalité dans le cadre d'expertises non contestées et qui retiennent une activité adaptée exigible ; le rapport d'échographie du 9 novembre 2010, postérieur à la décision, ne modifie pas non plus les conclusions du SMR ; les douleurs évoquées

- 14/19-

A/3156/2010 par la Dresse C_____ n'apportent aucun élément nouveau, cet aspect a été amplement évalué dans le cadre d'expertises. S'agissant du rapport du Dr V_____ du 3 mars 2011, il est incohérent, aucun des traitements administrés n'a fait l'objet de mesures sanguines, de sorte que l'on ne saura jamais s'ils ont été pris correctement et sont présents dans l'organisme à des taux suffisants, de sorte qu'il n'est pas correct de retenir l'échec des traitements, dans une situation où le traitement est exigible. Le Dr D_____ rappelle que le Dr F_____ retenait un trouble dépressif récurrent avec épisodes d'intensité légère à moyenne depuis 1999, dans son rapport de 2008, et aucun élément de fonctionnement psychotique. Lors de l'examen du SMR d'août 2008, aucune affection psychiatrique n'a été retenue. Les conclusions du SMR sont donc retenues, à savoir une capacité de travail de 0 % dans l'activité habituelle depuis 1999, et de 100 %, avec baisse de rendement de 15 %, dès mai 2008, en tenant compte de l'aménagement d'une période de reconditionnement de six à neuf mois, durant laquelle la capacité de travail ne devrait pas dépasser 50 %. Cela doit être traduit en termes de métier par un spécialiste de la réadaptation professionnelle. Les limitations fonctionnelles sont confirmées.

E. 39

Par pli du 15 avril 2011, le conseil de l'assurée a confirmé ses conclusions, à savoir l'octroi d'une rente entière d'invalidité, dès le mois de mars 2007, pour une durée indéterminée, sur la base des rapports médicaux produits, l'état dépressif majeur s'est intensifié en 2006, suite à l'annonce du cancer. Contrairement à ce que prétend le SMR, l'assurée n'a pas vu son état de santé s'améliorer depuis le mois de mai 2008, l'évolution étant défavorable, avec l'apparition d'un fonctionnement psychotique.

E. 40

Par pli du 10 mai 2011, le conseil de l'assurée a sollicité l'audition du Dr José V_____ et transmis le rapport médical de ce dernier daté du 10 mai 2011 et adressé au SMR. Le Dr V_____ souhaite clarifier à l'égard de son confrère du SMR certains éléments cliniques exposés dans son rapport. Il regrette que le SMR ne lui ait pas demandé les taux plasmatiques avant d'affirmer que l'assurée n'était pas compliant. L'état dépressif sévère a été constaté en octobre 2008 et l'intensité moyenne de ce trouble dépressif n'est pas une incohérence, mais l'évolution clinique du trouble dépressif. La compliance médicamenteuse

a été confirmée par des contrôles réguliers et démontrée par les résultats de laboratoire produits. Le fonctionnement psychotique est un diagnostic que le médecin confirme, et qui concorde avec le résultat des observations cliniques. Les résultats des taux plasmiques ont été adressés à la Cour le 13 mai 2011.

E. 41

Compte tenu du doute qui subsiste quant au diagnostic psychiatrique retenu, en raison des divergences entre l'avis du SMR et celui du psychiatre traitant, la

- 15/19-

A/3156/2010 Chambre des assurances sociales a informé les parties qu'elle avait décidé de mettre en œuvre une expertise.

E. 42

La Cour a communiqué aux parties les questions qu'elle avait l'intention de poser à l'expert, tout en leur impartissant un délai au 27 mai 2011 pour compléter celles-ci et lui communiquer d'éventuelles causes de récusation.

E. 43

Par pli du 19 mai 2011, l'OAI a indiqué n'avoir ni observations, ni cause de récusation à faire valoir. Par pli du 27 mai 2011, l'assurée indique n'avoir aucune cause de récusation à l'égard du Dr G_____.

Attendu en droit que jusqu'au 31 décembre 2010, le Tribunal cantonal des assurances sociales le Tribunal était compétent en la matière (art.56 V de la loi sur l'organisation judiciaire; LOJ - RS E 2 05); Que, dès le 1er janvier 2011, cette compétence revient à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 26 septembre 2010). 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 quels sont les affections dont souffre l'assurée, quelles sont ses conséquences sur son état de santé et si ce dernier s'est aggravé depuis 2006; 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.) ;

- 16/19-

A/3156/2010 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) ; Qu'il convient d'ordonner une telle expertise, laquelle sera confiée au Dr G_____, psychiatre ; 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. ***

- 17/19-

A/3156/2010 PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :
Statuant préparatoirement 1. Ordonne une expertise judiciaire médicale. 2. La confie au Dr G_____, psychiatre. 3. Dit que la mission de l'expert sera la suivante : - Prendre connaissance du dossier médical de l'assurée. - Examiner personnellement l'expertisée. - Prendre tous renseignements utiles, notamment auprès des médecins ayant eu connaissance du cas de l'expertisée, en particulier des médecins traitants. - S'adjoindre tout spécialiste requis au titre de consultant, le cas échéant sur le plan oncologique. - Etablir un rapport écrit, contenant une anamnèse, les données et plaintes subjectives de l'assurée, les constatations objectives et les réponses aux questions suivantes : 1. Quels diagnostics posez-vous sur le plan psychiatrique ? 2. Depuis quand l'expertisée en est-elle atteinte? 3. Quelles limitations engendrent les atteintes psychiatriques diagnostiquées ? 4. Quelles sont les conséquences sur la capacité de travail et la capacité ménagère de l'assurée, si possible en pour-cent, des atteintes psychiatriques retenues? 5. L'état de santé psychiatrique de l'assurée s'est-il aggravé, en particulier depuis la première décision de juillet 2004, et, dans ce cas, cette aggravation implique-t-elle une diminution durable de la capacité de travail et/ou de la capacité ménagère et depuis quand? 6. Quelle a été l'influence du cancer du sein sur l'état de santé psychique de l'assurée?

- 18/19-

A/3156/2010 7. Le traitement médical est-il adéquat? La patiente est-elle compliant? Quelles modifications du traitement proposeriez-vous le cas échéant? 8. Questions complémentaires en cas de trouble somatoforme douloureux : a) Y-a-t-il présence manifeste d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importantes ? En particulier s'agissant de la gravité du trouble dépressif et du trouble psychotique allégué b) Sinon, y-a-t-il une ou des affection(s) corporelle(s) chronique(s) ou un processus maléfique s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable ? c) Une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie ? d) Un état psychique cristallisé (sans évolution possible au plan thérapeutique)? e) Un échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art et de mesures de réhabilitation, cela en dépit de la motivation et des efforts de la personne ? f) Enfin, y-a-t-il divergence entre les douleurs décrites et le comportement observé, allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, des plaintes très démonstratives qui laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact ? g) L'assurée dispose-t-elle encore de ressources psychiques, en d'autres termes est-il exigible d'elle qu'elle reprenne une activité lucrative au-delà de 50 % même au prix d'importants efforts ? 9. Une réadaptation professionnelle a-t-elle des chances de succès? 10. Pour quels motifs vous écarterez-vous, le cas échéant, des avis du Dr R_____ et du Dr D_____, d'une part et du Dr V_____, d'autre part, quant aux diagnostics posés, leurs effets sur la capacité de travail, l'aggravation ou l'amélioration de l'état dépressif, voire l'examen de la comorbidité?

- 19/19-

A/3156/2010 11. Quel est votre pronostic? 4. Invite l'expert à déposer à sa meilleure convenance un rapport en trois exemplaires à la Cour de céans ; 5. Réserve le fond ;

La greffière

Irene PONCET

La présidente

Sabina MASCOTTO Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties le

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