

GE_GERICHTE ATAS/601/2017 vom 30. Juni 2017

GE Cour de justice, 2017-06-30, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_601_2017

FR: GE_GERICHTE ATAS/601/2017 du 30 juin 2017

IT: GE_GERICHTE ATAS/601/2017 del 30 giugno 2017

Erwägungen

E. 5

Saisi d'un recours interjeté par l'OAI, le Tribunal fédéral s'est prononcé en date du 12 janvier 2016 (arrêt 9C_615/2015). Tout comme la Cour de céans, notre Haute Cour a jugé que l'évaluation du Dr H_____ ne pouvait être suivie. Le TF a en effet constaté que cette expertise ne permettait pas d'apprécier l'état de santé de l'assurée à la lumière des nouvelles exigences jurisprudentielles en matière de troubles somatoformes douloureux : le Dr H_____ n'avait pas donné d'indications sur le degré de gravité inhérent à ce diagnostic, il n'avait pas non plus décrit sur la base de quels éléments requis par la CIM-10 (classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement) il s'était basé pour le retenir ; son rapport ne permettait pas non plus de se faire une idée quant à une éventuelle exagération des symptômes de la part de l'assurée.

A/4034/2013 - 6/19 - Ce nonobstant, notre Haute Cour, jugeant que le Dr H_____ devait néanmoins être suivi lorsqu'il concluait à une amélioration notable de l'état de santé psychique de l'assurée depuis janvier 2012 (cf. consid. 6.1 de l'arrêt du TF), a admis partiellement le recours, annulé l'arrêt de la Cour de céans et lui a renvoyé la cause pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

E. 6

Il importait dès lors de mettre sur pied une nouvelle expertise afin de confirmer qu'une amélioration était bel et bien intervenue depuis la décision initiale, d'une part, d'examiner la situation sous l'angle de la nouvelle jurisprudence applicable en matière du trouble somatoforme douloureux, d'autre part.

E. 7

Par pli du 9 mars 2016, la Chambre de céans a donc communiqué aux parties les questions qu'elle avait l'intention de poser, ainsi que le nom des experts envisagés, tout en leur impartissant un délai pour compléter celles-ci et faire valoir d'éventuels motifs de récusation.

E. 8

Par écriture du 23 mars 2016, la recourante a indiqué n'avoir ni question supplémentaire à poser, ni motif de récusation à faire valoir. Elle a souligné la nécessité de la présence d'un interprète.

E. 9

Par écriture du 11 avril 2016, l'intimé a fait part de son désaccord quant à la mise sur pied d'une expertise autre que purement psychiatrique.

E. 10

Par ordonnance du 3 mai 2016 (ATAS_384/2016) la Cour de céans a ordonné une expertise bidisciplinaire, qu'elle a confiée aux docteurs J_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et K_____, spécialiste FMH en rhumatologie. Dans les considérants de son ordonnance, la Cour de céans a relevé que, comme l'avait constaté le Tribunal fédéral, le Dr H_____ n'avait pas donné d'indication sur le degré de gravité inhérent au diagnostic de trouble somatoforme douloureux, ni décrit sur la base de quels éléments requis par la CIM-10 il s'était basé pour le retenir. Son rapport ne permettait pas non plus de se faire une idée quant à une éventuelle exagération des symptômes de la part de l'assurée. La Cour de céans a considéré qu'au vu de la complexité de la situation et du temps écoulé, d'une part, pour éviter que, par la suite, de nouvelles expertises ne doivent être mises sur pied, d'autre part, il se justifiait d'ordonner une nouvelle expertise judiciaire globale, bidisciplinaire, rhumatologique et psychiatrique, afin que les experts évaluent la situation sous l'angle des nouveaux critères applicables.

E. 11

L'expert rhumatologue a rendu son rapport en date du 6 octobre 2016, en précisant avoir procédé à son examen en présence d'un traducteur albanais. Après avoir résumé le dossier et les documents mis à sa disposition, l'expert s'est livré à des anamnèses personnelle, familiale, systématique, professionnelle et psychosociale. Il s'est aussi fait l'écho des plaintes somatiques de la recourante (douleurs dans tout le rachis, ainsi qu'au niveau de l'épaule droite, céphalées et vertige quotidiens).

A/4034/2013 - 7/19 - Il a relevé que l'assurée se déplaçait normalement, sans boiterie, qu'elle s'était habillée et déshabillée sans difficulté. L'expert a relaté que lors de l'examen clinique, l'assurée avait fait un malaise et une chute très démonstrative, sans aucun signe de convulsion, ni de révulsion des yeux. Lorsqu'il lui avait signifié que « cela ne marchait pas avec lui », elle s'était immédiatement relevée, sans aucune aide. L'épisode avait duré trente secondes. Le status ostéoarticulaire, l'examen du rachis cervical dorsal et lombaire s'était révélé impossible, l'assurée retenant volontairement tous ses mouvements. En revanche, elle s'était relevée sans difficulté de la table d'examen avec une flexion antérieure du tronc. L'expert a également relevé l'absence de contracture musculaire. Quatorze points douloureux sur dix-huit ont été retenus en faveur d'une fibromyalgie. A également été notée la présence de signes de non-organicité, notamment le fait que l'assurée déclare ne pouvoir utiliser son membre supérieur droit alors même qu'elle se déshabille et s'habille normalement et l'utilise pour pouvoir se relever après son « malaise ». L'expert rhumatologue a retenu à titre de diagnostics : des lombalgies chroniques sur discopathies dégénératives L5-S1 depuis 2001, ainsi qu'un status après interventions chirurgicales le 28 avril 2015. Il a également mentionné une fibromyalgie et un status après capsulite rétractile de l'épaule droite, dont il a jugé qu'ils étaient sans répercussion sur la capacité de travail. Pour la période de 2002 à 2008, l'expert rhumatologue n'a retenu aucune limitation de la capacité de travail dans l'activité de nettoyeuse. Il a relevé qu'en janvier 2011, l'IRM n'avait pas montré d'aggravation des pathologies lombaires. Au contraire, elle était même rassurante, puisqu'elle excluait le diagnostic de canal lombaire étroit posé précédemment en 2001. Fin 2013, la situation clinique s'était péjorée puisque le médecin traitant, rhumatologue, avait demandé un nouveau scanner et adressé sa patiente en neurochirurgie. Le diagnostic de discopathie dégénérative L5-S1 a été posé fin avril 2015 et une intervention a alors été pratiquée, dont les suites opératoires ont été bonnes, avec la disparition du déficit neurologique. L'expert rhumatologue a souligné une nouvelle fois que

l'assurée avait faussé l'examen clinique en retenant volontairement tous les mouvements de son rachis malgré des signes de non-organicité évidents. Toutefois, l'étude du dossier permettait de mettre en évidence malgré tout des éléments objectifs (examens radiologiques et intervention pratiquée fin avril 2015), raison pour laquelle l'expert a tout de même admis une atteinte chronique au niveau du segment lombaire du rachis (lombalgies chroniques sur discopathie dégénérative L5-S1). Quant à la capsulite rétractile dont l'intéressée avait souffert en 2014, l'expert a considéré qu'une incapacité totale de travail pouvait être reconnue jusqu'en avril 2015. Désormais, cependant, l'examen de l'épaule droite était normal. En définitive, l'expert a conclu à une incapacité de travail de 100% dans toute activité du 1er avril 2014 au 1er août 2015 pour la capsulite rétractile et

A/4034/2013 - 8/19 - l'intervention chirurgicale lombaire, puis à une capacité de 100% à compter du 1er août 2015 dans une profession adaptée aux limitations fonctionnelles, de 50% dans l'activité habituelle.

E. 12

L'expert psychiatre a rendu son rapport le 11 janvier 2017, avec une partie rédigée en consensus avec l'expert rhumatologue. Il s'est lui aussi livré à une anamnèse psychosociale, à un rappel des antécédents de l'assurée et s'est fait l'écho de ses plaintes. Il a ensuite décrit ses constatations objectives, s'agissant des fonctions cognitives, de l'humeur, de l'anxiété, de l'abus de substances, du conflit avec la réalité et de la personnalité. L'expert s'est également fait l'écho du point de vue du psychiatre traitant et de celui de la neuropsychologue. L'expert a indiqué que les plaintes douloureuses étaient au premier plan. Néanmoins, il n'avait aucune raison de retenir le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant, celui-ci n'étant pas étayé par la présence de « conflits émotionnels et/ou problèmes psychosociaux » exigés par la CIM-10 pour retenir ce diagnostic. Il lui a donc préféré celui de fibromyalgie évoqué par le Dr K_____. L'expert a ensuite discuté le diagnostic de dépression pour parvenir à la conclusion qu'il existait sans aucun doute un syndrome dépressif chronique depuis une dizaine d'années mais pas d'épisode dépressif sévère au sens de la CIM-10 : la forme de dépression constatée chez l'expertisée correspondait plutôt à une dépression persistante, presque exclusivement subjective, chronique, réagissant mal aux traitements, correspondant à ce que la CIM-10 nomme dysthymie. Cette forme est celle qui accompagne le plus souvent les syndromes douloureux chroniques, quelle qu'en soit la cause. À cet égard, l'expert a indiqué que le diagnostic d'état dépressif majeur récurrent de gravité subclinique à légère posée par le Dr H_____ était très proche de celui de dysthymie. L'expert s'est ensuite penché sur le développement depuis quelques années d'un comportement passif-agressif décrit par la famille, observé par lui-même et décrit tant par le médecin du SMR que par le Dr H_____. Tout comme ce dernier, l'expert a considéré qu'il était difficile de trouver une explication clinique et médicale à ce comportement. Selon lui, ni l'examen, ni le dossier ne permettent de mettre en évidence des arguments pour un trouble anxieux. L'expert a évoqué un éventuel délire de relation, tout en notant que les symptômes psychotiques décrits restaient exclusivement subjectifs, peu précis et peu spécifiques. Leur caractère franchement délirant ou hallucinatoire n'était pas établi. L'évolution parlait également contre un véritable trouble psychotique : ces symptômes avaient été relevés sept ans plus tôt déjà par le Dr G_____ mais n'avaient jamais été mentionnés par le psychiatre traitant qui suit l'expertisée depuis 2008. Or, si un délire de relation avait commencé à se manifester en 2009, il aurait dû être désormais clairement identifiable, ce qui n'était pas le cas. L'expert n'a pas mis en évidence

de trouble de la personnalité.

A/4034/2013 - 9/19 - En conséquence, il a conclu à un syndrome dépressif chronique d'intensité modérée correspondant à la dysthymie mise en évidence par le Dr H_____ en 2012, atteinte ne pouvant être considérée comme un trouble durablement limitant sur le plan professionnel, pas plus que sur le plan des activités sociales et ménagères. L'expert s'est également livré à un examen complet sous l'angle des nouveaux indicateurs juridiques posés par le Tribunal fédéral.

E. 13

La recourante s'est exprimée le 10 février 2017 en s'en rapportant à justice, tout en arguant que les limitations fonctionnelles décrites limitent fortement les possibilités concrètes de retrouver un emploi sur le marché équilibré du travail, voire les annihile, au vu de son absence de formation et de l'insuffisance de sa maîtrise de la langue française.

E. 14

En l'espèce, il ressort de la décision initiale que la rente a été octroyée à l'origine pour des raisons exclusivement psychiques. En effet, la décision initiale d'octroi de rente du 14 juin 2010 reposait principalement sur l'avis des experts du SMR - lesquels ont estimé que l'assurée était dans l'incapacité totale d'exercer la moindre activité en raison d'un épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques. Il est à relever que l'épisode dépressif a été jugé totalement invalidant même pour la période précédant l'apparition des symptômes psychotiques. Le Tribunal fédéral a considéré que l'expertise du Dr H_____ était convaincante en tant qu'elle concluait à une amélioration notable de l'état de santé psychique de l'assurée depuis janvier 2012, tout en préconisant une nouvelle expertise pour le confirmer sous l'angle des nouveaux indicateurs retenus par la jurisprudence. Force est de constater que la nouvelle expertise judiciaire mise sur pied corrobore en tous points la position de l'intimé : elle confirme l'amélioration psychique survenue début 2012 et parvient aux mêmes conclusions en termes de capacité de travail : à savoir 50% dans l'activité habituelle et 100% dans une activité adaptée. L'expertise judiciaire peut se voir reconnaître pleine valeur probante, d'autant qu'elle s'est faite à l'aune des nouveaux indicateurs retenus par la jurisprudence. Elle n'est d'ailleurs pas contestée par la recourante. Quant à l'argument de celle-ci selon lequel ses possibilités de réinsertion sont limitées concrètement par ses limitations et son absence de formation, il tombe à faux dans la mesure où une capacité de 50% lui a été reconnue dans son activité habituelle ; or, il s'agit là du taux auquel elle travaillait précédemment. Point n'est donc besoin de changer de domaine d'activité. Dans ces circonstances, il convient de considérer qu'il y a bel et bien eu modification notable de l'état de santé de l'assurée au sens de l'art. 17 LPGA et de la

A/4034/2013 - 18/19 - jurisprudence y relative citée ci-avant autorisant une révision du droit à la rente. C'est dès lors à juste titre que l'intimé a mis un terme au versement de la rente et en ce sens, le recours doit être rejeté. Il y a toutefois lieu de relever que l'instruction a mis en évidence une aggravation postérieure à la décision litigieuse : l'expert rhumatologue a en effet retenu une période d'incapacité totale de travail en relation avec la capsulite rétractile dont a souffert la recourante en 2014. Ses conclusions vont dans le même sens que celles du Dr C_____ à cet égard (cf. courrier du 3 novembre 2014). Cette aggravation transitoire a duré une année, d'avril 2014 à avril 2015. Dans la mesure où elle est postérieure à la décision litigieuse, la Cour de céans n'a pas à en tenir compte dans la présente procédure mais il serait bon que l'intimé se prononce sur cette période par le biais

d'une décision formelle.

A/4034/2013 - 19/19 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES
SOCIALES : Statuant Au fond :

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