

GE_GERICHTE ATAS/611/2010 vom 28. Mai 2010

GE Cour de justice, 2010-05-28, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_611_2010

FR: GE_GERICHTE ATAS/611/2010 du 28 mai 2010

IT: GE_GERICHTE ATAS/611/2010 del 28 maggio 2010

Erwägungen

E. 8

Par acte du 13 mars 2007, l'intéressée a interjeté recours contre cette décision par devant le Tribunal de céans (cause A/ 1059/2007).

E. 9

Relevant que l'instruction du dossier était lacunaire, le Tribunal a, par arrêt du 20 juin 2007, admis le recours, annulé la décision de l'OAI et renvoyé la cause à l'OAI pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision. Il a en particulier invité l'OAI à procéder à une instruction complémentaire auprès du Dr A_____, complétée le cas échéant par une expertise somatique et psychiatrique.

E. 10

Cet arrêt n'a fait l'objet d'aucun recours et l'OAI a repris l'instruction du dossier en octobre 2007.

E. 11

Par rapport médical intermédiaire du 30 octobre 2007, le Dr A_____ a indiqué à l'OAI que l'état de l'assurée, atteinte du virus HIV et souffrant d'un état dépressif de gravité moyenne (F 32.10), s'était aggravé depuis le 12 mai 2004, l'assurée refusant par ailleurs tout traitement.

E. 12

Faisant suite à une demande de l'OAI, l'assurée lui a, par courrier du 1er novembre 2007, confirmé qu'elle n'était pas suivie par un psychiatre, en raison d'un retard dans le paiement de ses primes d'assurance-maladie.

E. 13

Sur la base de ces informations, l'OAI a mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire, dont le mandat a été confié au Centre d'expertise médicale, à Genève (ci-après: CEMED).

E. 14

L'assurée a ainsi été convoquée à plusieurs examens (un examen généraliste, une évaluation psychiatrique et une évaluation infectiologique auprès du Dr C_____ au CHUV, Lausanne).

E. 15

Elle ne s'est pas présentée aux consultations fixées, refusant d'être examinée par des experts mandatés par l'OAI, de surcroît localisés dans le canton de Vaud.

E. 16

Par courrier du 26 mars 2008, l'OAI a invité, sans succès, l'assurée à prendre contact avec le CEMED afin de convenir d'une nouvelle consultation.

E. 17

Par projet de décision du 16 septembre 2008, l'OAI a refusé d'octroyer une rente à l'assurée en raison du non respect de son obligation de collaborer.

E. 18

Le 6 octobre 2008, l'assurée a formé opposition contre le projet de décision de l'OAI. Tout en rappelant les difficultés auxquelles elle avait été confrontée lors de son examen par le Dr B_____, elle a indiqué que son état de santé ne lui permettait pas de se soumettre à plusieurs examens médicaux de suite, examens

A/890/2009 - 4/13 - impliquant en outre un déplacement jusqu'à Lausanne. Dans cette mesure, on ne pouvait lui reprocher son refus de collaborer.

E. 19

En réponse, l'OAI l'a une nouvelle fois invitée à se soumettre à l'expertise pluridisciplinaire, rappelant que cette dernière reposait sur l'arrêt rendu par le Tribunal de céans en date du 20 juin 2007.

E. 20

Par courrier du 24 novembre 2008, l'assurée a réaffirmé sa position selon laquelle elle n'entendait pas se soumettre à l'examen d'experts mandatés par l'OAI.

E. 21

Par projet de décision du 13 janvier 2009, l'OAI a refusé l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité au motif que sur le plan médical le dossier était lacunaire et que seule une expertise médicale, à laquelle l'assurée refusait de se soumettre, pouvait permettre de déterminer l'ensemble des atteintes à la santé et leur répercussion sur la capacité de travail.

E. 22

Par décision du 17 février 2009, l'OAI a refusé l'octroi de prestations de l'assurance -invalidité pour les motifs invoqués dans son projet de décision.

E. 23

Le 13 mars 2009, l'assurée a interjeté recours contre cette décision. Elle a expliqué qu'il était inenvisageable pour elle de se soumettre une nouvelle fois à l'examen d'experts mandatés par l'OAI et qu'elle tenait à disposition de l'OAI deux rapports de médecins ainsi que des analyses de sang.

E. 24

Une audience de comparution personnelle des parties s'est tenue le 24 juin 2009 lors de laquelle l'assurée a déposé deux rapports médicaux, l'un émanant du Dr D_____, interniste, l'autre de la Dresse E_____, psychiatre. Le rapport médical de la Dresse E_____, daté du 19 juin 2009, indique que l'assurée présente un trouble affectif bipolaire épisode actuel mixte (F 31.6) ainsi qu'un trouble mixte de la personnalité (F 61); celui du Dr D_____, daté du même jour, atteste que l'assurée est porteuse du virus HIV, qu'elle se plaint de troubles du sommeil, de troubles digestifs, de problèmes dentaires, d'une fatigue générale et de migraines.

E. 25

Par courrier du 3 juillet 2009, l'assurée a transmis au Tribunal un rapport médical complémentaire de la Dresse E_____ établi le 26 juin 2009. Procédant préalablement à une anamnèse, la Dresse E_____ confirme le diagnostic de trouble affectif bipolaire épisode actuel mixte (F 31.6) et de trouble mixte de la personnalité (F 61); elle relève par ailleurs une humeur labile, des montées de colère entrecoupées de crise de colère ou de crises de larmes, une thymie triste avec idéation suicidaire, une anorexie, des troubles de la concentration, une difficulté à trouver le mot juste, une intolérance à la frustration, des difficultés à se contrôler dans les confrontations avec autrui, une impulsivité et des manifestations d'agressivité passive (fuite, évitement).

A/890/2009 - 5/13 -

E. 26

Le 22 juillet 2009, le Tribunal a procédé à l'audition de la Dresse E_____. Cette dernière a confirmé les diagnostics posés (trouble de la personnalité avec composante borderline, paranoïaque et évitante) et expliqué que si l'assurée ne se soumettait à aucun traitement VIH, alors qu'un tel traitement était dans son cas nécessaire, c'était en raison de son état dépressif sévère qui remontait vraisemblablement au décès de son mari et de son père en 2004. Ce refus de se soigner devait être interprété comme l'expression d'une comorbidité importante. Sa capacité de travail était donc nulle en raison de son état psychique ce depuis 2004. Une psychothérapie de type cognitivo-comportementale pourrait améliorer son état psychique mais la situation resterait difficile. Enfin, le diagnostic de trouble de l'adaptation avec perturbation des émotions et des conduites posé par le Dr B_____ était en réalité une dépression réactionnelle légère par rapport à l'état dépressif F32-F33 et devait s'assimiler plutôt à des traits de la personnalité.

E. 27

A la suite de l'audition de la Dresse E_____, les parties se sont mises d'accord sur la mise sur pied d'une expertise judiciaire psychiatrique et somatique. Elles se sont entendues sur la désignation de deux experts, le Dr F_____, médecin- psychiatre, et la Dresse G_____, spécialiste en médecine interne. Par ordonnance du 20 août 2009, le Tribunal de céans leur a confié une expertise psycho-somatique.

E. 28

Le 15 janvier 2010, le Dr F_____ a rendu son expertise psychiatrique en se fondant sur le dossier complet de l'assurée (en particulier l'expertise du Dr H_____ du 16 mars 2004, le rapport médical de la Dresse E_____ du 26 juin 2009, ainsi que le procès-verbal de son audition). Il a reçu à deux reprises l'assurée (2 entretiens de 1h 45 min chacun) et s'est entretenu par téléphone avec la Dresse E_____ (45 min).

L'anamnèse révèle en particulier que, depuis l'annonce de sa séropositivité, en 2004, l'assurée vit au jour le jour avec marginalisation et incertitude du lendemain, étant rappelé que connaissant la séropositivité de son époux depuis 1987, le couple ne s'est rapidement plus protégé. Elle vit actuellement 1 à 2 jours par semaine chez sa mère et le reste du temps est hébergée chez des amis mais fréquente peu de monde. Elle s'alimente peu, trouve le sommeil rarement avant 1 heure, alors qu'elle se réveille tôt le matin sans parvenir à se lever. La prise d'alcool et de cannabis semble modérée et occasionnelle. Elle se plaint d'une fatigue constante tant physique que psychique, avec une humeur triste qui s'accompagne

d'idées noires, de culpabilité, d'une perte d'estime de soi, d'une irritabilité, de manifestations anxieuses et de troubles du sommeil.

Sur le plan de l'anamnèse psychiatrique, l'expert indique que l'assurée a tendance à agir, depuis son adolescence et plus récemment avec le déni de la maladie HIV,

A/890/2009 - 6/13 - avec impulsivité, sans appréciation des dangers encourus. Elle présente des éclats de colère, des comportements explosifs et de fortes tensions internes. Un premier épisode dépressif significatif est à noter à l'âge de 20 ans suite à une rupture sentimentale, puis un autre à la suite de l'annonce de la séropositivité de son mari, du décès de ce dernier et de celui son père en 2004 et, enfin, après avoir eu connaissance de sa propre séropositivité.

Les constatations objectives de l'expert font état d'une irritabilité importante, d'une hyperémotivité avec crise de larmes, d'une humeur labile avec thymie de fond très triste, d'une perte de l'estime de soi, d'idées de dévalorisation et d'un sentiment de culpabilité. L'assurée présente également des difficultés de concentration et de mémoires objectives, elle perd le fil de son propos ou "fait des réponses à côté". Rien dans son comportement n'indique qu'elle entende des voix et il n'y a pas d'observation de signes de la lignée psychotique.

Les diagnostics retenus sont celui de trouble affectif bipolaire épisode actuel mixte F31.6, avec épisode hypomaniaque, maniaque, dépressif ou mixte, l'abus de cannabis et les troubles alimentaires s'intégrant dans ce trouble et celui de trouble de la personnalité émotionnellement labile de type Borderline F60.31, le trouble bipolaire devant être qualifié de grave (péjoré par la comorbidité Borderline) et le trouble de la personnalité devant être qualifié de moyennement grave. Les deux troubles ont valeur de maladie et il en découle des limitations psychiques sur le plan de la concentration, de la compréhension, de l'adaptation et de la résistance, limitations qui rendent impossible une activité suivie de plus d'une demi-heure.

S'agissant de la capacité de travail, le trouble affectif bipolaire empêche toute activité coordonnée suivie et stable; il occasionne une incapacité de travail de 80%. Quand bien même il est susceptible d'amélioration par le biais d'un traitement psychiatrique psychothérapeutique, un pronostic pour l'avenir est plus que réservé. Le trouble de la personnalité entraîne des difficultés en matière de relations interpersonnelles, il est difficile de le traiter et est à l'origine d'une incapacité de travail de 20%. Ainsi, selon l'expert, la capacité de travail est nulle, quelle que soit l'activité envisagée, depuis le 30 mai 2003 et est susceptible de se modifier en cas de compliance à un traitement psychiatrique pendant 2 ans au minimum. Les chances de succès d'une réadaptation sont nulles et il n'est pas possible de dire si la capacité de travail pourrait être améliorée par des mesures médicales.

E. 29

Le 15 février 2010, la Dresse G _____ a rendu son expertise sur la base de deux entretiens avec l'assurée (2x2h) et du dossier complet de l'assuré, et au vu de l'analyse des bilans biologiques, de la radiographie thoracique effectuée le 5 octobre 2010 et du CT thoracique effectué le 29 janvier 2010. L'anamnèse révèle que, suite à l'annonce de sa séropositivité en 2004, l'assurée n'a pas été suivie sur le plan somatique. Un premier bilan effectué en février 2009

A/890/2009 - 7/13 - montre l'absence d'hépatite, une discrète carence en vitamine B12, et sur le plan HIV, une charge virale modérée avec un déficit immunitaire intermédiaire. Ces résultats ne posaient pas d'indication à un traitement antiviral. La situation actuelle indique que, depuis 2004, voire au-delà, l'infection HIV est peu évolutive. Sous l'angle des défenses immunitaires, le déficit peut être qualifié de modéré. L'assurée ne risque donc pas de développer une infection de type opportuniste qui définit le syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) et il n'y a toujours pas d'indication à un traitement anti-HIV, un bilan tous les 6 mois étant préconisé. Cela étant, l'assurée dit souffrir de diarrhées et vomissements, d'un herpès récidivant, de malaises orthostatiques, de troubles de la concentration, d'asthénie (elle ne parvient pas à rester en activité au-delà de deux heures d'affilées tant en raison d'une fatigue psychique que physique), d'extrasystoles (battements cardiaques ressentis comme trop violents), de névralgies et de mycoses vaginales. Objectivement, l'expert relève que l'infection HIV au stade que connaît l'assurée peut engendrer une fatigabilité accrue sans toutefois expliquer l'ampleur de l'asthénie ressentie par l'assurée. Les diarrhées engendrent un inconfort réel et expliquent en partie la perte de poids (15kg entre 2005 et 2006), mais le bilan biologique montre l'absence de répercussion grave, le poids - à l'instar de l'état général - étant par ailleurs stabilisé depuis 2006 et les analyses ne faisant pas état de carences. Les diagnostics posés sont ceux d'une infection HIV, d'une dermite vésiculaire due au virus de l'herpès récidivant, de vomissements et de diarrhées récurrents d'origine indéterminée et d'une hypotension orthostatique. En raison de ces différents troubles somatiques, en particulier la fatigue, les troubles digestifs, l'hypotension et le caractère instable et imprévisible de l'état général, l'expert admet une incapacité de travail de 20%, qu'elle fait remonter au début 2005 sur la base des indications données par l'assurée. Les limitations fonctionnelles résident exclusivement dans la fatigabilité. Une activité lucrative sédentaire serait donc exigible à 80%, avec une diminution de rendement à 20%. Enfin, des mesures médicales pourraient améliorer les troubles digestifs et l'hypotension orthostatique. Sur le plan de l'infection HIV, le pronostic est assez favorable, la probabilité de développer à court terme des complications du fait du virus HIV étant faible.

E. 30

Appelées à se déterminer sur ces expertises, les parties ont fait valoir leurs observations. L'OAI a, par détermination du 15 mars 2010, conclu à l'admission partielle du recours relevant que le SMR avait admis - sur le vu des expertises des Dr F _____ et G _____ - une incapacité de travail de 100% dès le 30 mai

A/890/2009 - 8/13 - 2003. Vu le délai de carence, l'assurée avait donc droit à une rente entière de l'assurance- invalidité à l'échéance du délai de carence, soit dès le 30 mai 2004.

E. 31

décembre 2007) est parvenu à échéance avant l'entrée en vigueur de la 5ème révision, ce sont les anciennes dispositions qui s'appliquent, bien que la décision entreprise soit postérieure à leur entrée en vigueur. Cette interprétation est au demeurant codifiée dans la lettre-circulaire n° 253 de l'OFAS, du 12 décembre 2007, La 5ème révision de l'AI et le droit transitoire. La survenance du droit à la rente d'invalidité peut donc être fixée au 30 mai 2004. La demande ayant été déposée le 1er juin 2004, soit dans le délai d'une année à compter de la survenance du droit, le 30 mai 2004, il apparaît que - conformément à ce qu'a admis l'OAI - la recourante a droit à une rente entière à compter du 30 mai 2004. 12. Au

bénéfice des explications qui précèdent, le recours sera admis et le dossier renvoyé à l'OAI pour calcul des prestations dues. 13. En matière de refus ou d'octroi de prestations de l'assurance-invalidité, la procédure n'est pas gratuite (art. 69 al.1bis LAI). Cela étant, au vu des circonstances particulières du cas d'espèce, le Tribunal de céans renonce à percevoir un émolument.

A/890/2009 - 13/13 -

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