

GE_GERICHTE ATAS/896/2014 vom 14. August 2014

GE Cour de justice, 2014-08-14, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_896_2014

FR: GE_GERICHTE ATAS/896/2014 du 14 août 2014

IT: GE_GERICHTE ATAS/896/2014 del 14 agosto 2014

Erwägungen

E. 13

Cependant, la chambre de céans constate que l'expertise de la clinique Corela du 24 avril 2013 et son complément du 6 juin 2014 n'emportent pas la conviction. a) Du point de vue psychiatrique tout d'abord, l'anamnèse du rapport d'expertise contient des constatations que la recourante conteste de façon convaincante ; en particulier le fait, élément central de l'expertise psychiatrique, selon lequel l'ami de la recourante serait, suite à la survenance d'une grave maladie, revenu vivre auprès de cette dernière en 2011. Or, la recourante a expliqué lors de l'audience de comparution personnelle du 3 mars 2014 qu'elle s'était séparée de son compagnon en 2009 et que celui-ci n'était plus jamais revenu vivre avec elle, fait non contesté par l'intimé. A cet égard, cette explication revient à de multiples reprises dans le rapport d'expertise. Ce dernier mentionne ainsi que la maladie de l'ami de la recourante survenue il y avait 18 mois aurait réunifié le couple (expertise p. 21), que depuis 18 mois la recourante avait à charge son compagnon (expertise p. 27), que depuis 15 jours la recourante était encore plus triste, fatiguée, désemparée et complètement en détresse car l'état de santé de son compagnon s'était amélioré et qu'elle craignait qu'il s'en aille (expertise p. 27), qu'elle s'était occupée de tout, malgré ses douleurs, dont son compagnon, lequel était malade (expertise p. 86), que son ami était revenu vivre chez elle depuis 18 mois suite à des problèmes de santé (expertise p. 86), que la recourante avait eu des idées de mort suite à l'annonce de la guérison de son ami, ce rétablissement pouvant signifier que ce dernier pourrait repartir (expertise p. 87), que les symptômes de la recourante (ralentissement psychomoteur, dissociation effective avec choc) s'étaient adoucis et avaient

A/4119/2013 - 21/30 - disparus depuis que son ami était revenu chez elle, il y avait 18 mois environ (expertise p. 88), qu'elle évoquait un apaisement concomitant à la maladie de son compagnon et au retour de celui-ci vers elle (expertise p. 89), que la recourante était préoccupée par le fait qu'une fois que son compagnon irait vraiment mieux, il pourrait partir à nouveau (expertise p. 92), que la symptomatologie s'était vite apaisée dès que le compagnon de la recourante était revenu dans sa vie, de sorte que les troubles persistants pourraient être liés à une surconsommation de boissons éthanolées (expertise p. 92), qu'une rémission de signe clinique du trouble de l'adaptation était déjà largement atteinte depuis 18 mois, période à laquelle son compagnon était revenu à domicile (expertise p. 93), que le Cymbalta avait été introduit alors même que la recourante déclarait avoir été en rémission, son compagnon étant venu chez elle dès l'automne 2011 en raison de sa maladie (expertise p. 94), que la recourante était préoccupée par l'état de santé de son compagnon et notamment de l'avenir du couple, maintenant que son ami allait mieux (expertise p. 95), qu'il persistait actuellement de l'inquiétude par rapport à l'avenir de son couple (expertise p. 96), qu'il s'agissait de préoccupations conjugales (expertise p. 96), que suite à l'annonce

de la guérison de son ami elle avait présenté des idées de mort ponctuelles car ceci pouvait vouloir dire qu'il pouvait repartir et l'abandonner (expertise p. 97), qu'en présence d'un diagnostic de fibromyalgie, l'irritabilité persistante pouvait exister en face d'un partenaire revenu simplement car il avait un cancer, sans tenir compte de l'état de la recourante (expertise p. 98), que la recourante avait été très présente pour son compagnon, près de lui et qu'elle s'était toujours occupée de tout (expertise p. 100), qu'elle était le soutien familial de référence (expertise p. 100), que le questionnement serait toujours présent, soit sur ce qu'il adviendrait une fois que son compagnon serait complètement rétabli (expertise p. 100), que ses préoccupations concernaient sa fille cadette et son compagnon (expertise p. 102), qu'une fois son compagnon revenu vers elle, dans le cadre de problèmes somatiques, les troubles psychiatriques de l'assurée s'étaient améliorés mais que celle-ci craignait maintenant, vu l'amélioration de l'état de santé de son ami, qu'il la quitte à nouveau (expertise p. 107), qu'elle craignait de ne pas obtenir la certitude d'une vie commune sans interruption avec son compagnon, après tout son investissement personnel durant sa maladie (expertise p. 108), qu'il pouvait être questionné la volonté de vouloir rester avec son ami, renvoyant à un choix lié à un bénéficiaire personnel qui était passé sous silence (expertise p. 108), qu'elle avait été très présente, en étant près de son compagnon et en s'étant toujours occupée de tout (expertise p. 109), que l'éventualité qu'elle puisse profiter de son arrêt de travail en vue de s'occuper de sa famille, en particulier de son compagnon, ne pouvait être écartée (expertise p. 113), que la recourante avait pu s'occuper de son compagnon (expertise p. 118), que la question du bénéficiaire primaire pourrait vraiment posée dans le sens d'un bénéficiaire financier à vouloir rester avec le père de ses enfants (expertise p. 118), que la situation de retraité de son conjoint, devant subvenir à l'éducation d'un nouvel enfant, était de nature à créer une anxiété chez l'assurée, qu'un bénéficiaire pouvait

A/4119/2013 - 22/30 - être présent pour expliquer la volonté de vouloir rester à tout prix avec cet homme (expertise p. 125), que la recourante avait choisi d'orienter tout son discours sur sa vie de couple alors qu'il apparaissait qu'elle pourrait bien copier les symptômes de la pathologie de son enfant (expertise p. 126), que l'ami de la recourante serait revenu dans sa vie 18 mois avant l'expertise, de sorte que les symptômes de la recourante se seraient améliorés depuis ce retour (expertise p. 127), que la situation du compagnon de l'assurée avait permis au couple de se rapprocher à nouveau, que le pronostic pour une éventuelle reprise de travail était assez réservé en raison d'une fragilité émotionnelle de l'assurée laquelle craignait que son compagnon ne la quitte à nouveau (expertise p. 128), que depuis que son compagnon était revenu dans sa vie, il y avait 18 mois, les symptômes de l'assurée s'étaient améliorés (expertise p. 131). L'expertise psychiatrique analyse ainsi les plaintes de la recourante et les constatations cliniques en partant du principe que la recourante a repris la vie commune avec son compagnon une année et demi auparavant et qu'elle vit dans la crainte, depuis que l'état de santé de son ami s'est amélioré, que celui-ci la quitte à nouveau et la prive d'un soutien financier. Cette conclusion, comme il a été exposé ci-dessus, revient dans le rapport d'expertise à plus de 30 reprises. Or, la recourante a indiqué, de façon crédible, en audience de comparution personnelle qu'elle s'était séparée de son ami en 2009 et qu'elle n'avait plus repris de vie commune avec lui depuis. Ce fait n'a pas été contesté par l'intimé. Ainsi, l'explication centrale de l'expertise psychiatrique, c'est-à-dire l'amendement des plaintes de la recourante au jour où la vie commune avait repris avec son compagnon et son insistance à obtenir une rente de l'assurance-invalidité par peur de la perte du soutien financier de ce dernier tombe à faux. Pour cette seule raison déjà, l'expertise n'a pas de valeur probante. b)

Par ailleurs, l'expertise insinue que la recourante consomme des quantités d'alcool importantes, ce qui expliquerait une partie des plaintes. Il est mentionné que cette consommation pourrait expliquer la fatigue matinale dont elle se plaint, vu l'effet asthéniant connu de l'éthyle (expertise p. 86), les troubles persistants telle l'irritabilité, vu qu'une surconsommation de boissons éthanolées participe aux troubles du caractère (expertise p. 92) et les difficultés de concentration (expertise p. 98). En outre, il est relevé qu'une abstinence totale à l'éthyle est recommandée au motif qu'une telle consommation contribue à entretenir et exacerber les symptômes anxieux dont la recourante se plaint (expertise p. 102). Les experts relèvent ainsi que l'éventualité de la participation d'une prise excessive d'éthyle dans le tableau clinique dépeint ne peut être écartée (expertise p. 88). A cet égard, la chambre de céans constate que malgré la conclusion de l'expertise quant à l'absence de signes cliniques d'imprégnation aiguë, de signes cliniques physiques ou chroniques et des critères CAGE négatifs, l'expertise retient qu'une positivité des critères pour le dépistage d'une dépendance ne peuvent être écartés, car le taux de CDT testé est de 1,97 % alors que dès 1,9 % il correspondrait à une

A/4119/2013 - 23/30 - consommation d'éthanol à surveiller. Constatant que le taux précité est à la limite inférieure de la norme, les experts en concluent que de faux négatifs existent chez les personnes en surpoids ou aux longues habitudes d'éthyle et que la recourante, modérément obèse, peut sûrement ingérer des quantités supérieures à ce que le résultat CDT suggère, ce qui expliquerait les plaintes comme l'irritabilité, les troubles du sommeil, la fatigue et les autres symptômes (expertise p. 124) et permettait d'émettre l'hypothèse que les symptômes décrits seraient entretenus, voire produits, par une prise excessive d'éthyle (expertise p. 130). A cet égard, il est à constater que l'anamnèse n'a pas relevé de consommation d'alcool, cette question ne ressortant en particulier pas du chapitre habitudes (expertise p. 24). On ne sait, dans ces conditions, si cette question a même été abordée par les experts et si la recourante a été questionnée sur ce sujet. A la demande de la chambre de céans, la Dresse G _____ a expliqué qu'elle avait discuté « discrètement » avec l'assurée de sa consommation d'alcool, ce qui ressortait du rapport p. 123. Or, ledit rapport mentionne à cet endroit uniquement l'absence de signe clinique en rapport avec une dépendance et les résultats négatifs des critères CAGE, sans précision quant aux propos tenus par l'assurée sur sa propre consommation. Entendue en audience de comparution personnelle des parties par la chambre de céans, la recourante a relevé qu'elle buvait seulement un ou deux verres de vin le soir. Or, l'expertise est orientée, sans fondement sérieux, sur une hypothèse de dépendance de la recourante à l'alcool, laquelle expliquerait la majorité des plaintes. Le taux de CDT testé le 10 avril 2013 est même précisé en ce sens qu'une norme de « consommation d'éthyle à surveiller » située entre 1,9 et 2,5 % est ajoutée par les experts dans leur motivation alors qu'elle n'apparaît pas sur le rapport d'analyse d'Unilab, celui-ci se contentant de mentionner qu'un taux supérieur à 2,5 % correspond à une consommation d'éthanol de plus de 60g par jour durant plus de deux semaines. Le taux de la recourante, lequel est situé au bas de la fourchette précitée, soit à 1,97 % est ensuite qualifié de faux négatif afin d'appuyer l'hypothèse d'une surconsommation d'alcool. La chambre de céans constate que cette construction n'est pas plausible et ne repose sur aucun fondement, ce d'autant que ni l'anamnèse, ni l'examen clinique ou encore le test CAGE effectué n'ont amené d'élément qui justifiait même la recherche d'une surconsommation d'alcool. Questionnée à ce sujet, la Dresse G _____ n'a pas expliqué le taux de 1,9 % – 2,5 % qualifié de consommation d'éthanol à surveiller mentionné dans le rapport d'expertise alors qu'il n'apparaît pas dans le rapport d'Unilab.

Elle a émis l'hypothèse que le surpoids de l'assurée permettrait à celle-ci d'absorber « plus que la moyenne » tout en relevant qu'elle ne connaissait pas de critère fiable pour déterminer la valeur limite précise de l'assurée. Cette indication est aussi en contradiction avec la norme précise fixée dans le rapport d'expertise de 1,9 % à 2,5 % suggérant que l'assurée présente un résultat d'analyse de CDT au-dessus de la normale. Enfin, la Dresse G_____ semble minimiser la situation

A/4119/2013 - 24/30 - qu'elle qualifie de « pas tout à fait normale » par rapport au taux de CDT testé de 1,97 % en indiquant qu'elle avait choisi de ne pas en faire un chapitre à part et de ne pas s'étendre sur ce point dès lors placé en toute fin d'analyse par diagnostics (courrier du 6 juin 2014 p. 3), alors même que, comme exposé ci-dessus, la surconsommation d'alcool suggérée par l'experte est avancée à plusieurs reprises dans le rapport d'expertise pour expliquer une partie des plaintes de l'assurée. Pour cette raison également, l'expertise psychiatrique n'a pas de valeur probante. c) Les experts soulignent aussi le fait que l'assurée évoque la nécessité financière d'obtenir une rente (expertise p. 85), qu'elle est très demanderesse d'une rente AI (expertise p. 118), qu'elle recherche un soutien financier de l'AI (expertise p. 125), qu'elle collabore de façon moyenne en orientant ses réponses (expertise p. 85), qu'il existe une tendance massive à un apitoiement sur soi (expertise p. 89), que la vie sociale et l'organisation journalière de l'assurée sont conservées (expertise p. 93), que l'assurée exige d'être crue sur parole (expertise p. 115), que l'assurée présente une hyper-réaction, avec gémissements exagérés (expertise p. 116), qu'elle présente une tendance à la majoration des plaintes (expertise p. 130), un côté un peu manipulateur (expertise p. 131), que de manière tout à fait étonnante elle ne décrit aucune anxiété en lien avec la situation de sa fille, laquelle dépend de l'Hospice général (expertise p. 96) ou que les descriptions de l'assurée quant à ses craintes ne sont pas convaincantes (expertise p. 99). Or, ces affirmations semblent être formulées sans constatation objective, ni motivation, donnant l'impression que l'expertise est fondée sur la présomption que l'assurée, par peur de perdre le soutien financier de son compagnon, cherche le bénéfice d'une rente d'invalidité, par le biais d'une majoration de ses plaintes et de la manipulation des experts, alors qu'en réalité les symptômes psychiques dont elle se plaint se seraient amendés au jour où elle a repris la vie commune avec son compagnon (expertise p. 92) et seraient expliqués, en grande partie, par une surconsommation d'alcool. Or, comme il a été vu ci-dessus, ces conclusions sont fondées sur des prémices ou constatations qui ne sont pas motivées de façon crédible et ne sauraient, pour cette raison, avoir une quelconque valeur probante. d) En outre, les experts se demandent également si, finalement, les diagnostics posés par le psychiatre traitant ne sont pas plus orientés vers une pathologie de la fille de l'assurée, laquelle aurait mal partout, dont la recourante copierait les symptômes (expertise p. 126) ; cette affirmation, qui est énoncée sans que l'on sache quelle pathologie la fille de l'assurée présenterait et sans motivation aucune quant à la réalité du processus de « copiage » de la pathologie supposée de cette dernière, ne saurait être considérée comme probante. e) Enfin, les constatations et conclusions de l'expertise psychiatrique sont en contradiction avec les avis des médecins-traitants soit le Dr E_____ (avis du

E. 15

Pour toutes ces raisons, l'expertise psychiatrique de la clinique Corela doit être écartée et une expertise judiciaire bidisciplinaire sera ordonnée, laquelle sera confiée au Dr R_____, FMH en psychiatrie, à Chêne-Bourg et au Dr S_____, FMH en rhumatologie, à Lausanne, les experts psychiatre et rhumatologue étant requis de procéder une appréciation

consensuelle du cas.

A/4119/2013 - 27/30 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant préparatoirement

1. Ordonne une expertise médicale. La confie aux Drs S_____ et R_____. Dit que la mission d'expertise sera la suivante : Du point de vue rhumatologique : a. Prendre connaissance du dossier de la cause. b. Si nécessaire prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité Mme A_____, en particulier les Drs D_____, K_____ et N_____. c. Examiner Mme A_____. d. Etablir un rapport détaillé et répondre aux questions suivantes: e. Quelle est l'anamnèse détaillée du cas ? f. Quelles sont les plaintes de Mme A_____ ? g. 1. Quelle est l'atteinte à la santé dont souffre Mme A_____ (diagnostics avec et sans répercussion sur la capacité de travail, dates d'apparition) ? 2. En particulier, Mme A_____ présente-t-elle une fibromyalgie ? h. Quel est le status détaillé et l'évolution du status depuis le début de l'atteinte ? i. Mme A_____ suit-elle un traitement adéquat ? j. Quelles sont les limitations fonctionnelles relativement à chaque diagnostic ? k. Compte tenu de vos diagnostics, Mme A_____ pourrait-elle exercer une activité lucrative ? 1) Si oui, à quel taux et depuis quelle date ? En particulier les anciennes activités de secrétaire et huissière sont-elles exigibles ? Si oui, à quel taux ? 2) Si non, depuis quelle date Mme A_____ présente-t-elle une incapacité de travail totale ? Quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ? 3) Une activité adaptée aux limitations fonctionnelles est-elle exigible ? Si oui, à quel taux, depuis quelle date et quel type d'activité ? Quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ? l. Quel est votre pronostic quant à l'exigibilité de la reprise d'une activité lucrative ?

A/4119/2013 - 28/30 - m. Mme A_____ présente-t-elle des limitations dans l'exécution des tâches ménagères ? n. Etes-vous d'accord avec les avis du Dr D_____ des 16 avril, 17 juillet 2012, 4 mars et 30 octobre 2013 ? En particulier avec les limitations fonctionnelles constatées et l'estimation d'une capacité de travail nulle depuis 2011 ? Si non, pourquoi ? o. Etes-vous d'accord avec l'expertise de la clinique Corela (Dresse H_____) du 24 avril 2013 ? En particulier avec les diagnostics posés, les limitations fonctionnelles constatées et l'estimation d'une capacité de travail totale dans l'ancienne activité ? Si non pourquoi ? p. Quel est le pronostic ? q. Au vu du dossier, votre réponse aux questions susmentionnées aurait-elle été identique à la date de la décision rendue par l'Office cantonal de l'assurance-invalidité, soit le 2 décembre 2013 ? Si non, pourquoi et quelles sont les réponses qui varient ? Si oui, pourquoi ? r. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ? s. Faire toutes autres observations ou suggestions utiles. Du point de vue psychiatrique : a. Prendre connaissance du dossier de la cause. b. Si nécessaire prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité Mme A_____, en particulier le Dr M_____, ainsi qu'auprès de Mme J_____. c. Examiner Mme A_____. d. Etablir un rapport détaillé et répondre aux questions suivantes : e. Quelle est l'anamnèse détaillée du cas ? f. Quel est le status détaillé et l'évolution du status depuis le début de l'atteinte ? g. 1) Quelle est l'atteinte à la santé dont souffre Mme A_____ d'un point de vue psychiatrique ? 2) Quels sont les diagnostics avec et sans répercussion sur la capacité de travail ? 3) Depuis quelle date sont-ils présents chez Mme A_____ ? 4) L'atteinte a-t-elle évolué ? 5) Quelles sont les limitations fonctionnelles relativement à chaque diagnostic ? h. Quel traitement est-il indiqué ? Mme A_____ suit-elle un traitement adéquat ? i. Y a-t-il une amélioration possible à court/moyen terme ? j. Existe-t-il un diagnostic de trouble somatoforme douloureux ou de fibromyalgie ? Si oui :

A/4119/2013 - 29/30 - 1) Existe-t-il une comorbidité psychiatrique ? si oui de quelle importance ? ce trouble psychique a-t-il valeur de maladie en tant que telle ou doit-il être considéré uniquement comme une manifestation réactive au trouble somatoforme douloureux, non constitutif d'une comorbidité psychiatrique autonome ? 2) Existe-t-il des affections corporelles chroniques ? 3) Existe-t-il un processus maladif s'étendant sur plusieurs années, sans rémission durable ? 4) Mme A_____ subit-elle une perte d'intégration sociale et, cas échéant, dans quelle mesure et de quelle manière ? 5) Existe-t-il chez Mme A_____ un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, marquant simultanément l'échec et la libération du processus de résolution du conflit psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie) ? 6) Constatez-vous l'échec des traitements ambulatoires ou stationnaires conforme aux règles de l'art ? 7) Des mesures de réhabilitation seraient-elles utiles ? 8) Dans quelle mesure peut-on exiger de Mme A_____ qu'elle mette en œuvre toute sa volonté pour surmonter ses douleurs et réintégrer le monde du travail ? 9) En d'autres termes, Mme A_____ dispose-t-elle et si oui dans quelle mesure de ressources psychiques lui permettant de surmonter ses douleurs aux fins d'exercer une activité lucrative ? k. Compte tenu de votre diagnostic, Mme A_____ pourrait-elle exercer une activité lucrative ? Si oui : 1) Laquelle ? 2) A quel taux ? 3) Depuis quelle date ? 4) Quel est votre pronostic quant à l'exigibilité de la reprise d'une activité lucrative ? l. Si aucune activité n'est possible ou seulement dans une mesure restreinte, pour quels motifs ? Depuis quelle date ? Quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ? m. Etes-vous d'accord avec l'experte G_____ (rapport de la clinique Corela du 24 avril 2013) ? En particulier avec le diagnostic de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée n'entraînant aucune incapacité de travail hormis du 1er août au 31 octobre 2010 ? Si non, pour quels motifs ?

A/4119/2013 - 30/30 - n. Etes-vous d'accord avec l'avis du Dr M_____ du 13 février 2014 ? En particulier avec le diagnostic d'anxiété généralisée et de trouble dépressif récurrente entraînant une incapacité de travail totale ? Si non, pour quels motifs ? o. Au vu du dossier, votre réponse aux questions susmentionnées aurait-elle été identique à la date de la décision rendue par l'Office de l'assurance-invalidité, soit le 2 décembre 2013 ? Si non, pourquoi et quelles sont les réponses qui varient ? Si oui, pourquoi ? p. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ? q. Faire toutes autres observations ou suggestions utiles. Appréciation consensuelle du cas : Compte tenu des limitations fonctionnelles rhumatologiques et psychiatriques, Mme A_____ est-elle capable de travailler ? Si oui, à quel taux et depuis quelle date ? Si non ou dans une mesure restreinte quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ? 2. Réserve le sort des frais jusqu'à droit jugé au fond.

La greffière

Florence SCHMUTZ

La présidente

Valérie MONTANI Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties par le greffe le