

GE_GERICHTE A/1678/2007 vom 29. November 2007

GE Cour de justice, 2007-11-29, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1678_2007

FR: GE_GERICHTE A/1678/2007 du 29 novembre 2007

IT: GE_GERICHTE A/1678/2007 del 29 novembre 2007

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 30.11.2007
A/1678/2007

A/1678/2007 ATAS/1380/2007 du 30.11.2007 (AI) En fait En droit RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/1678/2007 ATAS/1380/2007 ORDONNANCE D'EXPERTISE DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES du 29 novembre 2007 Chambre 5 En la cause Madame L _____, domiciliée au PETIT-LANCY, représentée par CSP-CENTRE SOCIAL PROTESTANT Recourante contre OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, rue de Lyon 97, case postale 425, 1211 GENEVE 13 Intimé EN FAIT Madame L _____, ressortissante espagnole née en 1951, titulaire d'un permis C, est arrivée en Suisse en 1972 et a exercé la fonction d'aide ménagère auprès de la FONDATION DE SERVICES D'AIDE ET DE SOINS A DOMICILE (ci-après la FSASD) à raison de 70%, dès 1993. A partir du 10 juin 2002, elle a cessé toute activité lucrative. Elle a résilié son contrat avec effet au 30 avril 2003, en raison des diverses atteintes à la santé dont elle souffrait et pour rejoindre son mari en Espagne. Dans un rapport du 5 avril 2003, le Dr A _____, spécialiste en médecine interne et en maladies rhumatismales, a indiqué avoir diagnostiqué chez cette dernière une fibromyalgie. Il a précisé que les douleurs étaient globalisées dans tout le corps, et principalement dans la nuque, le sommet du crâne, les deux épaules et les deux bras. Elle souffrait de plus de paresthésies mal systématisées dans les épaules, les coudes et les avant-bras. Elle dormait mal et se levait difficilement avec un très long moment pour se "dérouiller". Elle restait également algique et adynamique toute la journée. De plus, se référant à deux IRM effectuées en juillet 2002, le médecin a relevé, d'une part, que la recourante était atteinte d'une hernie discale paramédiane D C6-C7 qui ne comprimait toutefois pas la moelle et n'avait qu'un conflit limite sur la racine C7 et, d'autre part, que l'état de la recourante était parfaitement normal au niveau de la colonne lombaire. Dès lors, dans ses conclusions, le médecin a indiqué que "le tableau est totalement typique d'une fibromyalgie floride. La présence de la hernie discale cervicale n'est qu'une découverte sans conséquence sur l'aspect clinique, car du point de vue neurologique, il n'y a pas de séquelle. L'IRM lombaire totalement normale démontre que les douleurs des membres inférieurs sont en relation avec la fibromyalgie (...)". Le 16 avril 2003, la recourante a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ (ci-après l'OCAI) visant à l'octroi d'une rente entière d'invalidité. Un rapport, établi sur demande de l'OCAI, a été effectué le 29 avril 2003 par le Dr A _____. Dans ce rapport, le médecin a indiqué qu'outre la fibromyalgie, la recourante était atteinte d'un status post-opératoire du sein, de troubles digestifs et de migraines, n'ayant toutefois aucune répercussion sur sa capacité de travail. Le médecin a encore ajouté que sa patiente estimait ne plus être capable d'exercer une activité lucrative et a précisé que son status physique ne mettait pas en évidence de lésions dégénératives

sévères. Dans l'annexe au rapport médical, le médecin a mentionné que l'activité exercée jusqu'alors n'était plus exigible et qu'il y avait une diminution de son rendement. Une autre activité pouvait être envisagée dans la mesure où il s'agissait d'un travail assis, sans effort et dans un bureau, mais il fallait compter avec un absentéisme certain étant donné la faible motivation de la recourante à reprendre un travail. Dans un rapport du 28 septembre 2003, la Dresse B _____, généraliste et médecin traitant de la recourante, a posé comme diagnostic, avec répercussion sur la capacité de travail, des douleurs musculaires intéressant tout le rachis et les extrémités, s'accompagnant de fatigabilité musculaire et d'asthénie et, comme diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail, une hypertension artérielle et une surcharge pondérale. Elle a attesté que l'incapacité de travail de la recourante avait commencé le 8 juin 2002 et était toujours d'actualité. La recourante était incapable de porter des charges et d'effectuer des travaux ménagers notamment. Sa capacité de travail ne pouvait pas être améliorée et l'on ne pouvait pas exiger d'elle qu'elle exerce une autre activité lucrative en raison de ses douleurs et de sa fatigabilité musculaire. La motivation de la recourante pour reprendre une activité lucrative était partielle. Dans le rapport d'expertise du 16 décembre 2004 de la Dresse C _____, ce médecin a diagnostiqué un état dépressif majeur sévère avec anxiété. Elle a déclaré qu'au vu de l'anamnèse de la recourante, elle ne pensait pas pouvoir apporter aujourd'hui une amélioration notable de sa capacité de travail. En revanche, un soutien psychologique pourrait l'aider à mieux vivre et à être moins dépendante. La recourante présentait des idées suicidaires. Sur le plan social, elle restait très repliée sur elle-même, avec des troubles de la communication et un sentiment d'être victime de tout le monde. L'activité exercée jusqu'alors n'était plus exigible, une autre activité ne l'était pas non plus, la recourante ne disposant d'aucune capacité résiduelle de travail. Dans une note du 17 octobre 2005, le Dr D _____, médecin-conseil de l'assurance-invalidité, a indiqué que le diagnostic d'état dépressif majeur sévère avec anxiété de la Dresse C _____ était pauvre et que l'assurée n'avait jamais bénéficié d'un suivi psychiatrique. En outre, lors d'une conversation téléphonique avec le médecin-conseil de l'OCAI, la Dresse C _____ avait mentionné qu'elle était devenue entre-temps le médecin traitant de la recourante, que cette dernière était sous traitement et que son état de santé s'était amélioré. Toutefois, elle ne présentait toujours pas de capacité de travail. Elle a également informé le Dr D _____ que sa patiente était suivie par un rhumatologue qui avait posé d'autres diagnostics de type arthrite. Au vu de cette amélioration, le médecin-conseil a conclu qu'un examen bidisciplinaire rhumatologique et psychiatrique au SMR était nécessaire. Dans un courrier adressé au Dr D _____ le 18 octobre 2005, le Dr E _____, spécialiste en médecine du sport et en médecine physique, a indiqué que cette dernière se plaignait de douleurs permanentes touchant le rachis cervical, les deux épaules, ainsi que la charnière lombo-sacrée. Les séances d'ostéopathie ainsi que plusieurs infiltrations n'avaient pas pu la soulager. Selon lui, elle présentait tous les stigmates d'une fibromyalgie. Les plaintes actuelles de la recourante étaient clairement incompatibles avec une activité professionnelle d'aide à domicile. Dans un courrier adressé à l'OCAI le 2 novembre 2005, la Dresse B _____ a déclaré que la recourante était également atteinte d'un état dépressivo-anxieux chronique, découlant partiellement de ses douleurs articulaires et rachidiennes, et qu'elle était depuis plusieurs années sous traitement antidépresseur. Le 30 novembre 2005, le SMR a procédé à un examen bidisciplinaire (rhumatologique et psychiatrique). Les Drs F _____, spécialiste en médecine physique et de rééducation, et G _____, psychiatre ont posé, dans leur rapport du 15 février 2006, les diagnostics de cervico-lombalgies chroniques sur troubles dégénératifs et statiques

modérés, d'épisode dépressif moyen sans syndrome somatique et sans répercussion sur la capacité de travail, de fibromyalgie, d'une obésité, de status après réduction mammaire pour dorsalgies et de maladie fibrokystique. Ils ont relevé que le Dr A_____, dans son rapport du 29 avril 2003, avait écarté toute forme de pathologie inflammatoire et que l'investigation radiologique était quasiment dans la normalité. L'examen clinique effectué au SMR démontrait qu'il n'y avait aucun signe organique selon WADDEL et SMITH. L'étude des différentes IRM et des radiologies ne mettait en évidence que quelques troubles de type dégénératif modérés au niveau du rachis lombaire, tout à fait en adéquation avec l'âge de l'assurée. Sur le plan articulaire, l'incapacité de travail complète attestée par le médecin traitant depuis le 10 juin 2002 n'était objectivement pas justifiée, en présence d'une pathologie de type non organique (fibromyalgie). La protrusion discale de niveau C5-C6 décrite dans le rapport du Dr A_____ comme hernie discale était quant à elle une découverte fortuite sans traduction clinique. Sur le plan psychiatrique, l'humeur était nettement déprimée et il existait une réduction importante d'énergie. Il existait également une culpabilité inappropriée, des pensées récurrentes de mort, une perturbation du sommeil, ainsi qu'une modification de l'appétit. Les troubles cognitifs étaient discutables mais néanmoins bien présents. L'état dépressif n'était qu'un phénomène d'accompagnement très partiel des douleurs dont souffrait la recourante. Du fait de sa fragilité psychique, elle avait toujours présenté un risque élevé pour une décompensation sur un mode dépressif. Actuellement, la fluctuation de son état était liée à des événements ou des nouvelles défavorables. Pour l'heure, la recourante luttait sans cesse contre l'effondrement dépressif. L'intensité des symptômes incapacitants constitués par une diminution de l'énergie et de la volonté et une diminution de l'aptitude à penser étaient à l'origine d'une incapacité de travail de 50%, ceci tant dans son activité habituelle que dans toute autre activité. Quant aux critères de MOSIMANN concernant la fibromyalgie, il existait une comorbidité psychiatrique conséquente avec la présence d'une fragilité dans la constitution de la personnalité. Il n'y avait pas d'affection chronique justifiant l'intensité des plaintes, de même qu'il n'y avait pas de perte d'intégration sociale. Dans la mesure où son fils cadet était très présent et s'inquiétait de l'état de la recourante, elle retirait un bénéfice secondaire de la fibromyalgie, qui de surcroît était présente depuis plusieurs années et pour laquelle les traitements ne s'étaient montrés que partiellement efficaces. Les médecins ont constaté des divergences entre les douleurs décrites et le comportement observé, bien qu'il n'y eut pas d'allégation de douleurs intenses aux caractéristiques vagues. Il n'y avait pas d'absence de demande de soins. Il existait en outre des divergences importantes entre les informations fournies par la recourante et celles ressortissant du dossier médical. Enfin, bien que les plaintes aient un caractère démonstratif, elles ont suscité l'empathie des examinateurs. L'évaluation de MOSIMANN montrait des arguments en faveur d'une atteinte psychiatrique incapacitante. En ce qui concerne les limitations fonctionnelles, la recourante devait éviter de porter des charges supérieures à 10 kg et à 5 kg bras tendus. Il fallait également proscrire toute position statique assise au-delà d'une heure et debout au-delà de 30 minutes, ainsi qu'éviter les positions en porte-à-faux ou en torsion du rachis. Une enquête économique sur le ménage a été effectuée le 5 avril 2006 au domicile de l'assurée. Dans les remarques générales, l'enquêtrice a mentionné que la recourante était une personne gravement déprimée, qu'elle avait pleuré durant tout l'entretien, qu'elle avait des idées suicidaires et qu'elle montrait une angoisse peu maîtrisée dans le sens qu'elle tremblait des mains et des jambes, qu'elle était opprimée dans sa respiration et qu'elle avait beaucoup de difficultés à répondre aux questions posées. En outre, les insomnies n'étaient que partiellement

améliorées par la prise quotidienne de somnifères et la recourante disait devoir lutter pour ne pas prendre la boîte toute entière afin d'en finir. Elle souffrait généralement d'une fatigabilité importante et d'une asthénie. Son état dépressif était tel qu'il l'empêchait de fonctionner dans la vie quotidienne; en effet, la recourante ne sortait plus, sauf pour aller chez son médecin, ne cuisinait plus et ne tenait plus son ménage. Elle souffrait enfin de crises de panique durant la nuit ainsi que de vertiges fréquents. L'enquête a retenu un empêchement de 30 % pour le poste "conduite du ménage", pondéré à 5 %, un empêchement de 60 % pour le poste "alimentation", pondéré à 45 %, un empêchement de 70 % pour le poste "entretien du logement", pondéré à 20 %, un empêchement de 10 % pour le poste "emplettes et courses diverses", pondéré à 5 %, un empêchement de 50% pour le poste "lessive et entretien des vêtements", pondéré à 20 % et enfin, aucune incapacité n'a été retenue pour le poste "divers", pondéré à 5 %. Par décision du 7 avril 2006, l'OCAI a rejeté la demande de la recourante au motif que son taux d'invalidité, évalué en fonction de la méthode mixte de calcul, s'élevait à 36 %, taux n'ouvrant pas droit à une rente. Ce faisant, l'office a reconnu une incapacité de travail de 50 % dans son activité d'aide ménagère, exercée à 70 %. En comparant les revenus que la recourante obtenait en travaillant à 70 %, à ceux qu'elle obtiendrait en exerçant cette même activité à 50 %, l'invalidité se situait à 29 %, compte tenu de ce que le rapport d'enquête ménagère concluait à une invalidité de 53 % dans l'accomplissement des tâches ménagères. Par décision sur opposition du 23 mai 2006, l'OCAI a rejetée celle-ci. Par arrêt du 12 septembre 2006, le Tribunal de céans a admis le recours, annulé cette décision et renvoyé la cause à l'intimé pour complément d'instruction. Il a considéré que la capacité de travail de la recourante n'avait pas été évaluée à satisfaction de droit et qu'il convenait de déterminer cette capacité par un examen médical, plus apte qu'une enquête économique à déterminer l'empêchement dans l'accomplissement des travaux habituels en cas de troubles psychiques. Il a ainsi jugé nécessaire que le SMR procède à un complément d'examen, ainsi que réexamine l'aspect psychiatrique dans son ensemble et la question d'une éventuelle aggravation depuis le 1^{er} examen, dès lors que les constatations de l'enquêtrice sur le ménage la laissait suspecter. Le 13 décembre 2006, le Dr G_____ du SMR a procédé à un second examen psychiatrique. Selon ce médecin, le status psychiatrique était superposable à celui du 1^{er} examen en novembre 2005. Toutefois, l'assurée lui avait signalé qu'elle était dans une période de péjoration de son état, raison pour laquelle la fréquence de ses rendez-vous chez son psychiatre a été augmentée à deux à trois fois par semaine. Il a par ailleurs relevé que l'assurée assumait difficilement le ménage, la cuisine, les courses et la lessive. Elle se faisait aider dans ces tâches par ses deux fils majeurs et une jeune fille. Le Dr G_____ a estimé que sa capacité de travail dans le ménage était diminuée de 50 % pour des raisons psychiatriques. Après avoir communiqué à l'assurée un projet de décision de refus de rente, que son conseil a contesté, l'OCAI a notifié à celui-ci une décision formelle, datée du 14 mars 2007, dans ce sens. Ce faisant, il a évalué le degré d'invalidité selon la méthode mixte dans l'activité lucrative et dans le ménage. Dans la mesure où, selon ses calculs, sa perte de gain dans le premier champs d'activité n'était que de 29 %, le degré d'invalidité total restait inférieur à 40 % et n'ouvrait dès lors pas le droit à une rente. Par acte du 26 avril 2007, l'assurée recourt contre cette décision par l'intermédiaire de son conseil, en concluant à son annulation et à l'octroi d'une demi-rente. Elle conteste le calcul du degré d'invalidité effectué par l'intimé, en particulier la façon dont la formule de calcul a été utilisée. Elle relève qu'en procédant de la sorte, on utilise deux fois le même correctif et c'est ainsi que l'intimé arrive à un taux d'invalidité de 36 %, alors que l'invalidité est estimée par tous pour le moins à 50%. Si la formule avait été appliquée

correctement par l'office, ce dernier aurait dû arriver à un taux d'invalidité de 50%, ouvrant droit à une demi-rente d'invalidité. Par préavis du 8 juin 2008, l'intimé conclut au rejet du recours, tout en se référant aux pièces du dossier et la motivation de la décision attaquée. Le 10 septembre 2007, le Tribunal de céans informe les parties qu'il a l'intention de confier une expertise psychiatrique au Dr H_____, et leur communique les questions qu'il se propose de lui poser. L'intimé fait savoir le 1^{er} octobre 2007 qu'il ne s'oppose pas au choix de l'expert. La recourante communique le 12 octobre 2007 au Tribunal de céans un rapport daté du 21 septembre 2007 et relatif à un examen cognitif réalisé par le Dr I_____, neurologue, et Mme J_____, psychologue. Il est relevé ce qui suit dans ce rapport: "De cette évaluation, nous retenons en premier lieu une symptomatologie dépressive sévère, qui se manifeste tant sur le plan clinique (ralentissement psycho-moteur mimique facial appauvri, conduite d'auto-dévalorisation, réaction de catastrophe) qu'au niveau anamnestique (...). Ces troubles de l'humeur sont objectivés par des résultats élevés dans les échelles évaluant les aspects anxieux et dépressifs. Cette problématique psychique semble avoir des répercussions significatives sur le fonctionnement cognitif de Mme L_____. En effet, l'examen neuropsychologique met en évidence des difficultés dans l'ensemble des sphères cognitives sollicitant des aptitudes attentionnelles et de concentration (mémoire, fonctionnement exécutif, attention). Relevant par ailleurs, que certains résultats observés dans les tests (évaluant l'écriture, le calcul, le dessin) sont probablement en relation avec le faible niveau de scolarisation de Mme L_____." EN DROIT Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 43 LPG), l'administration est tenue d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure. En particulier, elle doit mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; ATFA non publié du 19 mars 2004, I 751/03 consid. 3.3, RAMA 1985 K 646 p. 240 consid. 4). En l'espèce, les médecins du SMR ont évalué la capacité de travail de la recourante dans le domaine de l'activité lucrative et dans les travaux habituels du ménage à 50% pour chacun de ses champs d'activité. Toutefois, leurs conclusions ne convainquent pas le Tribunal de céans. En effet, il paraît a priori difficilement imaginable qu'une personne qui possède uniquement une capacité de travail de 50% dans le ménage, pour des raisons psychiatriques, puisse exercer au même pourcentage une activité lucrative. Par ailleurs, les conclusions des médecins du SMR se trouvent en contradiction avec les constatations de l'enquêtrice sur le ménage. Il ressort en effet de son rapport du 5 avril 2006, que la recourante semble présenter un épisode dépressif sévère. Telle est également la conclusion du Dr I_____ et de Mme J_____. Des tests neuropsychologiques effectués, il résulte par ailleurs des troubles cognitifs notables. Cela étant le Tribunal de céans estime nécessaire de faire évaluer les atteintes psychiques et leur répercussion sur la capacité de travail par un expert judiciaire. PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant préparatoirement A. Ordonne une expertise judiciaire psychiatrique B. La confie au Dr H_____. C. Dit que la mission de ce médecin sera la suivante : Prendre connaissance du dossier médical de Mme L_____. Examiner personnellement l'expertisée. Prendre tous renseignements utiles, notamment auprès des médecins ayant eu connaissance du cas de l'intéressée, en particulier des médecins traitants. S'adjoindre tout spécialiste requis au titre de consultant. Etablir un rapport écrit et répondre notamment aux questions suivantes : Quels sont vos diagnostics dans une classification reconnue? Quelles limitations présente Mme L_____ sur le plan psychiatrique dans l'exercice de

l'activité lucrative d'aide-ménagère et dans le ménage? Quelle est sa capacité de travail comme aide-ménagère, sur le plan psychiatrique ? Quelle est sa capacité de travail dans le ménage sur le plan psychiatrique ? Depuis quand sa capacité de travail est-elle réduite dans le ménage et dans l'activité lucrative et comment a évolué la capacité de travail (en pourcent) depuis le moment où une diminution de celle-ci doit être admise ? Mme L_____ bénéficie-t-elle d'un traitement adéquat ? Quelle est sa compliance ? Si le traitement doit être considéré comme adéquat, comment expliquez-vous que la symptomatologie dépressive perdure ? Partagez-vous, sur le plan psychiatrique, les conclusions des rapports du SMR du 15 février 2005 et du 13 décembre 2006 ? Dans la négative, pourquoi vous vous en écarter ? Quel est votre pronostic ? Quelles autres observations avez-vous éventuellement à ajouter ? D. Invite le Dr H_____ à déposer le plus rapidement possible un rapport en deux exemplaires au Tribunal de céans. E. Réserve le fond. La greffière Claire CHAVANNES La Présidente Maya CRAMER Une copie conforme de la présente ordonnance est notifiée aux parties par le greffe le

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