

GE_GERICHTE A/2113/2013 vom 22. September 2014

GE Cour de justice, 2014-09-22, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2113_2013

FR: GE_GERICHTE A/2113/2013 du 22 septembre 2014

IT: GE_GERICHTE A/2113/2013 del 22 settembre 2014

Erwägungen

E. 3

ème Chambre En la cause Madame A_____, domiciliée à GENEVE, comparant avec élection de domicile c/o APAS recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue des Gares 12, GENEVE intimé EN FAIT 1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née en 1958, originaire de Bosnie-Herzégovine, est arrivée en Suisse en novembre 1995. Elle a travaillé en qualité de femme de chambre à compter de 2003. En 2008, son revenu s'est élevé à environ CHF 3'400.- par mois. [endif]>[if> 2. Le 20 novembre 2008, alors qu'elle était en train d'enlever un rideau de douche dans une chambre, l'assurée a glissé et est tombée dans la baignoire. A la suite de quoi elle a souffert de contusions multiples (épaule, coude, poignet et côté droits). [endif]>[if> 3. A l'examen, le 24 novembre 2008, les médecins ont constaté l'absence de d'épanchement intra articulaire ou de lésion au niveau du coude, une minime tuméfaction des muscles du poignet, une minime sclérose sous-chondrale du trochiter et l'absence de lésion au niveau de l'épaule droite. [endif]>[if> 4. Une échographie de l'épaule droite pratiquée le 7 janvier 2009 a montré une bursite sous-acromiale, l'absence de lésion de la coiffe des rotateurs, l'absence d'épanchement et une articulation d'aspect normale. [endif]>[if> 5. Le 31 janvier 2009, l'assurée a été licenciée pour causes de restructuration. [endif]>[if> 6. Le 25 février 2009, le docteur B_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a indiqué que, malgré ce résultat plutôt rassurant, l'évolution continuait à être défavorable et la patiente toujours en arrêt total de travail. Le médecin a relevé qu'il n'y avait pas eu de « traumatisme à haute énergie » mais une simple chute de sa hauteur avec contusion de l'hémicorps droit et s'est étonné que l'évolution continue à être aussi défavorable alors que toutes les investigations radiologiques et ultra-sonographiques n'avaient pas montré de lésion significative, raison pour laquelle il s'est posé la question de savoir si l'incapacité de travail était toujours justifiée et a suggéré un examen médical orthopédique. [endif]>[if> 7. Le 6 mars 2009, l'assurée a déposé une première demande de prestations auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI), qui l'a rejetée par décision du 15 janvier 2010, à l'issue d'une instruction ayant permis de recueillir notamment les éléments suivants : [endif]>[if> - un rapport du 3 avril 2009, le docteur C_____, spécialiste en médecine générale, concluant à une contusion de l'hémicorps droit et à une totale incapacité de travail depuis le 20 novembre 2008 ; le médecin mentionnait les difficultés de sa patiente à lever le bras droit et à rester longtemps debout ; [endif]>[if> - un courrier rédigé le 16 juillet 2009, par le docteur D_____, spécialiste FMH en rhumatologie, concluant à un syndrome douloureux diffus de l'hémicorps droit (épaule douloureuse à l'élévation antérieure et à l'abduction) et préconisant un traitement global intensif et maximal pour éviter l'instauration d'un trouble somatoforme douloureux ; [endif]>[if> - le rapport d'expertise rédigé le 23 juillet 2009 par les docteurs

E_____, spécialiste FMH en rhumatologie, et F_____, médecin psychiatre, tous deux médecins auprès du service médical régional (ci-après : SMR), lesquels n'ont retenu aucun diagnostic susceptible d'influencer la capacité de travail sur les plans somatique ou psychiatrique ;

8. un certificat rédigé le 1^{er} septembre 2009 par le Dr C_____, récapitulant les plaintes de sa patiente et faisant état d'un problème d'hypothyroïdie non encore stabilisée et d'une anémie.

9. Le 20 juin 2011, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations de prestations.

10. Dans un bref certificat médical rédigé le 24 juin 2011, le Dr C_____ a fait état d'une absence d'amélioration malgré un traitement antalgique important. Le médecin a émis l'avis que l'état psychique et physique de sa patiente l'empêchait de reprendre une activité professionnelle. Le médecin a relevé que l'office cantonal de l'emploi (ci-après : OCE) avait d'ailleurs conclu à l'inaptitude au placement de l'assurée sur la base d'un rapport de la fondation PRO concluant à l'« inemployabilité » de l'intéressée (cf. décision du 18 mars 2011).

11. Dans un bref rapport du 28 octobre 2011, le Dr C_____ a conclu à une aggravation de l'état de santé de sa patiente depuis mai 2011 sur le plan psychique.

12. Le docteur G_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie - qui suit l'assurée depuis le 23 mai 2011 - a conclu en date du 31 octobre 2011 à un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique et à un syndrome douloureux somatoforme persistant.

Le médecin a expliqué que, depuis son accident en novembre 2008, sa patiente souffrait de troubles du sommeil et d'anxiété importante, les scènes de guerre qui l'accompagnaient depuis son exil de Bosnie étaient devenues envahissantes et oppressantes. Les douleurs provoquées par sa chute, fin 2008, n'avaient pas disparu et s'ajoutaient à d'autres, préexistantes (épaule gauche, cervicales et lombaires). Le médecin a décrit une patiente triste, angoissée, paraissant plus âgée que son âge, abattue et sans énergie ni motivation, ne trouvant ni intérêt ni plaisir, avec des idées de mort et un sentiment d'échec et d'incurabilité. Le médecin a également mentionné une diminution de l'énergie et de l'entrain ainsi qu'une fatigue importante. Il a relevé que, suite à un changement d'antidépresseur (introduction de la Sertraline), une légère amélioration clinique s'était produite et en a tiré la conclusion que la symptomatologie dépressive était théoriquement susceptible d'être améliorée. Toutefois, l'épuisement des ressources intrapsychiques et des facteurs d'ordre non médical (manque de formation, déracinement culturel et linguistique, maltraitance physique et morale par un mari souffrant d'une jalousie pathologique, sentiment d'injustice et de préjudice, etc.) risquaient de rendre les symptômes dépressifs et douloureux résistants aux différents traitements antidépresseurs. Le médecin concluait à une incapacité de travail de 50% d'un point de vue psychique depuis janvier 2009.

13. Le 20 mars 2012, le Dr G_____ a qualifié l'état de sa patiente de stationnaire depuis octobre 2011. Quant à la discrète amélioration précédemment évoquée qui avait suivi l'introduction d'un nouvel antidépresseur, le médecin a précisé qu'elle n'avait duré qu'un mois.

Le médecin a confirmé une capacité de travail de 50% depuis le 1^{er} janvier 2009, précisant que la compliance était optimale et confirmée par un dosage sanguin et qu'il y avait une bonne concordance entre les plaintes et l'examen clinique.

L'assurée a alors été adressée au docteur H_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et médecin auprès du service médical régional (SMR), qui a rendu son rapport en date du 12 novembre 2012.

Le médecin du SMR a retenu les diagnostics de trouble dépressif récurrent épisode actuel léger avec syndrome somatique, de syndrome douloureux somatoforme persistant et de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe. Il a expliqué qu'à l'examen, l'assurée formalisait

toujours des plaintes douloureuses, lesquelles s'accompagnaient d'un sentiment de détresse. Le médecin a considéré qu'un trouble dépressif récurrent pouvait être retenu. Toutefois, vu la description de la vie quotidienne, l'absence de troubles cognitifs moyens ou sévères et la diminution du traitement (de 150 mg./j. à 100 mg./j. selon une ordonnance du Dr G _____ du mois d'août 2012), le médecin a qualifié ce trouble de gravité légère. Le médecin du SMR a relaté que l'assurée avait décrit l'apparition de cauchemars et de flashbacks au début de sa prise en charge par le Dr G _____. Il a relevé que, d'après la littérature scientifique, un épisode dépressif peut provoquer l'apparition de flashbacks et de cauchemars concernant l'expérience de guerre vécue, comme décrit par l'assurée. Il a souligné que cette symptomatologie s'était améliorée suite à l'introduction du traitement antidépresseur puisque l'assurée ne décrivait plus que deux flashbacks par semaine et moins de cauchemars, raison pour laquelle il n'a finalement pas jugé que la modification durable de la personnalité après expérience de catastrophe devait être considérée comme ayant des répercussions sur la capacité de travail. Par ailleurs, le médecin du SMR a considéré que la symptomatologie dépressive décrite par l'assurée (état de tristesse, idées de mort fluctuantes, diminution de l'intérêt et du plaisir, sentiment de détresse, difficultés à envisager l'avenir, appétit et libido absents) entrait dans le contexte d'un trouble dépressif récurrent d'intensité légère. A cet égard, le médecin a relevé que l'épisode dépressif décrit comme moyen par le Dr G _____ s'était amendé puisque ce médecin avait diminué la dose d'antidépresseurs au mois d'août 2012. Le trouble dépressif ne pouvait selon lui être considéré comme une comorbidité suffisamment intense pour conférer un caractère invalidant au trouble somatoforme douloureux. Il n'y avait pas de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie ne pouvait pas non plus être retenue. Enfin, l'assurée avait répondu favorablement au traitement, ce qui démontrait l'absence de cristallisation. Le médecin du SMR a finalement conclu à une capacité de travail de 0% dès mai 2011 (date de la prise en charge chez le Dr G _____), de 50% à compter d'octobre 2011, puis de 100% dès août 2012. 14. Le 19 février 2013, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision dont il ressortait qu'il se proposait de lui reconnaître le droit à une demi-rente d'invalidité limitée à la période du 1^{er} mai au 31 octobre 2012. 15. Le 14 mars 2013, l'assurée a contesté cette position, s'étonnant de cette limitation dans le temps. 16. Par décision du 27 mai 2013, l'OAI a reconnu à l'assurée le droit à une demi-rente du 1^{er} mai au 31 octobre 2012. 17. Par écriture du 25 juin 2013, l'assurée a interjeté recours auprès de la Chambre de céans en concluant à l'annulation de la décision du 27 mai 2013, en ce qu'elle limite son droit à une demi-rente d'invalidité au 31 octobre 2012. Subsidiairement, la recourante conclut à la mise en place d'une expertise psychiatrique judiciaire. La recourante reproche au Dr H _____ d'avoir conclu à un trouble de gravité légère alors même qu'il relate qu'elle a des idées de mort, qu'elle souffre encore de plusieurs flashbacks par semaine et qu'elle n'a plus de vie sociale (elle rend parfois visite à ses petits-enfants mais s'en va au bout de quinze minutes, ne supportant pas le bruit, se lève vers dix heures mais peut rester aussi toute la journée au lit). La recourante s'étonne par ailleurs que, quand bien même elle continue à avoir plusieurs flashbacks par semaine et des cauchemars, le Dr H _____ conclue que le diagnostic de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe est sans répercussion sur sa capacité de travail. Elle invoque l'avis de son psychiatre traitant qui, lui, souligne la persistance de la symptomatologie liée au stress post-traumatique. Enfin, la recourante reproche au Dr H _____ de n'avoir pas pris contact avec son psychiatre traitant et d'avoir ainsi retenu à tort une amélioration de son état en août 2012, suite à une confusion quant à l'interprétation du

changement de posologie. A l'appui de sa position, la recourante produit un rapport de son psychiatre traitant du 12 juin 2013. Le médecin y explique notamment que sa patiente, en vacances dans son pays d'origine en juillet et août 2012, s'est trouvée à cours de médicaments, raison pour laquelle elle a temporairement réduit ses prises à deux puis un comprimé par jour ; à la reprise des consultations en août 2012, une réintroduction progressive de l'antidépresseur a été nécessaire ; il n'y a donc nullement eu amélioration clinique. Le Dr G_____ s'étonne également du degré de gravité - légère - reconnue au trouble de sa patiente alors même que le médecin du SMR a pourtant constaté et décrit une diminution de l'attention, de la concentration et de la mémoire et un ralentissement psychique dans le cadre d'un trouble du cours de la pensée, modifications des fonctions cognitives qui parlent pourtant en faveur d'un épisode dépressif d'intensité moyenne ou sévère. Pour finir, le psychiatre explique que la symptomatologie liée au stress post-traumatique perdure indépendamment de l'amélioration de la symptomatologie dépressive et évoque davantage un trouble de modification durable de la personnalité qu'un symptôme dépressif. Il conclut que la capacité de travail de sa patiente est de 50% depuis octobre 2011. 18. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 13 août 2013, a conclu au rejet du recours. 19. Il soutient que l'évaluation du Dr G_____ ne porte pas sur les éléments de septembre 2012, qu'aucune aggravation objective n'est démontrée, que l'évaluation de l'état dépressif par le Dr H_____ est correcte, dès lors que les six symptômes nécessaires pour conclure à un trouble de gravité moyenne n'étaient pas présents, que l'expert n'avait pas l'obligation de prendre contact avec le psychiatre-traitant et qu'il faut bien constater que l'état de l'assurée ne s'est pas aggravé malgré la diminution de son traitement médicamenteux lorsqu'elle a dû réduire de moitié son dosage habituel. Pour le surplus, l'intimé se réfère à l'avis émis le 8 août 2013 par son SMR. 20. Par écriture du 16 septembre 2013, la recourante a persisté dans ses conclusions. 21. Une audience d'enquête s'est tenue le 3 octobre 2013. Entendu à titre de témoin, le Dr G_____ a indiqué avoir conclu, en mai 2011, à un trouble dépressif grave; certes, il y avait eu une amélioration en septembre de la même année, qui avait conduit au recouvrement d'une capacité de travail de 50%, mais en aucun cas une totale rémission. 22. Le médecin a expliqué que si le diagnostic de modification durable de la personnalité suite à expérience de catastrophe n'apparaissait pas dans son premier rapport, c'est parce qu'il était encore trop tôt pour le poser après deux ou trois consultations. L'évolution de sa patiente - le fait que la symptomatologie dépressive se soit améliorée et non les symptômes de stress post-traumatique - permettait cependant de retenir ce diagnostic. Le médecin a répété que si l'assurée avait diminué son traitement c'était simplement parce qu'elle s'était trouvée à court de médicaments. Selon le psychiatre, on ne saurait tirer du fait que, durant ce laps de temps de deux mois environ, son état ne se soit pas dégradé au point d'entraîner son hospitalisation, la conclusion qu'il y aurait une amélioration durable de son état. Qui plus est, il a fallu ré-augmenter le traitement. Le médecin a fait remarquer qu'en matière de trouble dépressif, ce sont les mêmes items qui sont retenus pour poser le diagnostic ; le degré de gravité de celui-ci dépend, lui, de l'intensité des items en question. Or, le Dr H_____ s'est basé sur des spéculations erronées (prémisse que la réduction du traitement aurait été volontaire). Le médecin a expliqué avoir conclu en septembre 2011 à une capacité de travail de 50%, parce qu'en se basant sur le parcours de vie de sa patiente - qui a travaillé plus que la normale durant plusieurs années -, il espérait une mobilisation plus rapide en la stimulant. A l'heure actuelle, l'état de santé de la recourante est stationnaire. Si sa capacité est bien de 50% sur le plan psychique (dépression), il paraît difficile de la mobiliser

davantage eu égard à son état de stress post-traumatique. D'un point de vue strictement psychique et compte tenu de l'ensemble des atteintes, le médecin estime la recourante capable de travailler à 50%. 21. Le 24 octobre 2013, l'intimé a persisté dans ses conclusions en se référant à l'avis de son SMR, lequel soutient en substance que l'on se trouve simplement en présence de deux appréciations différentes d'un même état de fait. 22. Le 6 novembre 2013, la recourante a fait de même, répétant que l'amélioration à laquelle a conclu le Dr H_____ à partir d'août 2012 repose sur une prémisse erronée. 23. Le 25 juin 2014, la Cour de céans a informé les parties qu'elle envisageait de mettre sur pied une expertise psychiatrique et leur a accordé un délai pour lui communiquer les questions qu'elles souhaiteraient voir poser à l'expert qui serait désigné. 24. Les parties se sont déterminées : L'intimé a émis l'avis qu'une telle expertise n'était pas nécessaire. La recourante a transmis la liste des questions qu'elle souhaitait voir figurer dans le mandat d'expertise.

EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. La LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, est applicable au cas d'espèce. 3. Le recours, déposé dans les formes et délai prévus par la loi est recevable à la forme (art. 56 et 60 LPGA). 4. La question préalable à l'examen d'éventuelles prestations à résoudre est de savoir si l'état de santé de la recourante s'est bel et bien amélioré en août 2012. 5. Selon le principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge doit établir (d'office) les faits déterminants pour la solution du litige, avec la collaboration des parties, administrer les preuves nécessaires et les apprécier librement (art. 61 let. c LPGA; cf. ATF 125 V 193 consid. 2). Il doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; ATFA non publié I 751/03 du 19 mars 2004, consid. 3.3). 6. Il convient en l'espèce d'ordonner une telle expertise, laquelle sera confiée au docteur I_____, psychiatre. En effet, il n'appartient pas au juge de se livrer à une appréciation médicale. Or, il ressort du dossier que l'expert H_____ s'est fondé sur une prémisse erronée pour rendre ses conclusions. Par ailleurs, le psychiatre-traitant fait valoir que les symptômes pourtant décrits par le médecin du SMR auraient dû conduire celui-ci à retenir un autre diagnostic. Il soutient par ailleurs que la symptomatologie liée au stress post-traumatique subsisterait indépendamment de celle consécutive à la dépression.

PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant préparatoirement 1. Ordonne une expertise psychiatrique, l'expert ayant pour mission d'examiner et d'entendre l'assurée, après s'être entouré de tous les éléments utiles et après avoir pris connaissance du dossier de l'intimé, ainsi que du dossier de la présente procédure en s'entourant d'avis de tiers au besoin. Il s'adjoindra les services d'un interprète parlant la langue de l'assurée (originaire de Bosnie Herzégovine). 2. Commet à ces fins le Dr I_____. 3. Charge l'expert de répondre aux questions suivantes : 1. Anamnèse.

2. Données subjectives de la personne.!

3. Constatations objectives.!

4. Diagnostic(s).!

5. Depuis quand les différentes atteintes psychiques identifiées existent-elles ? !

6. Quel est le degré de gravité de chacun de ceux-ci, le cas échéant (faible, moyen, grave) ?)!

7. Ces troubles psychiques ont-ils valeur de maladie en tant que telle selon le DSM IV ou la CIM-10 ?!

8. Y a-t-il modification durable de la personnalité ? !

9. Quelles sont les limitations consécutives à chaque diagnostic?!

10. Comment ces troubles ont-ils évolué dans le temps, en particulier depuis 2012 ?!

11. Quelles sont, pour chaque diagnostic posé, ses conséquences sur la capacité de travail, en pourcent.!

12. Y a-t-il un seul épisode dépressif depuis 2011, sans amélioration durable, ou une amélioration significative en termes de capacité de travail ? Si oui, depuis quand ? !

13. Des idées suicidaires avec projet tous les 20 jours et des flashbacks 5 fois par semaine, comme relatés par le Dr H_____, entravent-ils la capacité de travail ? !

14. Indiquer l'évolution du taux d'incapacité de travail, en pourcent. En particulier, y a-t-il eu amélioration en août 2012 ? Si oui, dans quelle mesure ? Avec quelles conséquences en termes de capacité de travail ? !

15. Évaluer l'exigibilité, en pourcent, d'une activité lucrative adaptée et indiquer en quoi pourrait consister une telle activité.!

16. Dire s'il y a une diminution de rendement et la chiffrer.!

17. Évaluer les chances de succès d'une réadaptation professionnelle.!

18. Évaluer la possibilité d'améliorer la capacité de travail par des mesures médicales.!

19. Commenter et discuter de manière approfondie les avis médicaux figurant déjà au dossier, en particulier ceux des Drs H_____ et G_____. !

En particulier, l'affirmation selon laquelle la symptomatologie liée au stress post-traumatique perdure indépendamment de l'amélioration de celle liée à l'état dépressif vous convainc-elle ?

20. Formuler un pronostic global.!

21. Toute remarque utile et proposition.!

4. Invite l'expert à déposer à sa meilleure convenance un rapport en trois exemplaires à la chambre de céans.!

5. Fixe aux parties un délai de 10 jours dès réception de la présente pour faire valoir d'éventuels motifs de récusation de l'expert désigné.!

6. Réserve le fond.!

La greffière Marie-Catherine SECHAUD La Présidente Karine STECK

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.