

## **GE\_GERICHTE A/2977/2012 vom 18. April 2013**

GE Cour de justice, 2013-04-18, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_2977\\_2012](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2977_2012)

FR: GE\_GERICHTE A/2977/2012 du 18 avril 2013

IT: GE\_GERICHTE A/2977/2012 del 18 aprile 2013

### **Volltext**

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 18.04.2013  
A/2977/2012

A/2977/2012 ATAS/367/2013 du 18.04.2013 ( AI ) RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/2977/2012 ATAS/367/2013 COUR DE JUSTICE  
Chambre des assurances sociales Ordonnance d'expertise du 18 avril 2013 4<sup>ème</sup> Chambre  
En la cause Madame N\_\_\_\_\_, domiciliée à LE GRAND-SACONNEX, représentée par APAS-Association pour la permanence de défense des patients et des assurés recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé Attendu en fait que Madame N\_\_\_\_\_ (ci-après l'assurée ou la recourante), née en 1981, a déposé une demande de prestations auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après l'OAI ou l'intimé) en date du 4 mars 2003 en raison d'un état dépressif et anxieux; Que la Dresse A\_\_\_\_\_, des HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE GENEVE (HUG), a attesté en date du 18 juillet 2002 à l'attention de la X\_\_\_\_\_ ASSURANCES (ci-après la X\_\_\_\_\_), assureur perte de gain, que la recourante était en incapacité de travail totale depuis le 9 septembre 2001 pour un état dépressif majeur, avec une évolution très lente ; Que dans un rapport du 6 mars 2002 à attention de la X\_\_\_\_\_, le Dr B\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale, a diagnostiqué un état post-traumatique, une anorexie et une souffrance somatique manifeste (dorsale) ; Que dans un rapport du 1<sup>er</sup> avril 2003, le Dr C\_\_\_\_\_, généraliste, médecin traitant, a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent et un trouble anxieux après un traumatisme psychique et physique, ayant entraîné une incapacité de travail à 100 % depuis le 9 septembre 2001 ; Que dans son rapport du 6 mai 2003, la Dresse D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a diagnostiqué un état dépressif avec forte composante anxieuse et une personnalité limite ; qu'elle explique que la recourante a été victime de violences pendant environ deux ans avant de pouvoir réagir et porter plainte, un procès étant en cours ; Que l'OAI a mandaté l'INSTITUT DE MEDECINE LEGALE des HUG pour effectuer une expertise ; Que dans leur rapport d'expertise du 31 janvier 2005, le Prof. E\_\_\_\_\_, la Dresse F\_\_\_\_\_, médecin cheffe de clinique, et la Dresse G\_\_\_\_\_, médecin interne du département de psychiatrie des HUG, ont relevé qu'actuellement la patiente ne présentait pas de diagnostic psychiatrique ayant une répercussion sur la capacité de travail, le trouble de la personnalité de type borderline étant sans incidence sur ladite capacité ; que l'évolution semblait positive, que l'épisode dépressif était en rémission, mais que l'assurée n'était pas à l'abri d'une rechute, compte tenu de ses antécédents et de ses difficultés socio-économiques ; que la capacité de travail était entière depuis le mois d'août 2004 ; Que par décision du 22 avril 2005, l'assurée a été mise au bénéfice d'une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> septembre 2002 au 31 octobre 2004 ; Qu'en date du 31 octobre 2011, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations ; Que dans un rapport d'examen neuropsychologique du 3 octobre

2011 à l'attention de la Dresse H \_\_\_\_\_, neurologue, Mesdames I \_\_\_\_\_, logopédiste ARL, psychologue et spécialiste en neuropsychologie FSP, et J \_\_\_\_\_, psychologue, neuropsychologue ASNP, ont relevé que l'assurée avait été victime d'une importante agression (TCC avec perte de connaissance, viol, séquestration) de la part de son compagnon en 2000, que depuis lors elle souffre d'importantes céphalées et évoque différentes plaintes au niveau cognitif, que l'IRM cérébrale du 31 mars 2011 a mis en évidence de multiples anomalies de la substance blanche, sans évolution par rapport à l'IRM de 2009 ; que l'évaluation neuropsychologique a mis en évidence au premier plan des troubles au niveau des fonctions exécutives, du calcul, ainsi que des troubles attentionnels, d'intensité légère, que les scores à une échelle comportementale témoignent d'une symptomatologie anxio-dépressive importante ; que selon les neuropsychologiques, l'étiologie des troubles est probablement d'origine multifactorielle ; Que le Dr K \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en maladies rhumatismales, médecine manuelle SAMM, a établi un rapport à l'attention de l'OAI en date du 23 novembre 2011, au terme duquel il suit la patiente depuis le 23 juin 2011 en raison de céphalées chroniques depuis six ans, de troubles de mémoire, de fréquents vertiges avec manque d'équilibre, de fatigue chronique et de douleurs de tout le rachis ; qu'une évaluation neurologique effectuée en juin 2011 chez la Dresse H \_\_\_\_\_ a conclu à des céphalées de type migraines, de plaintes multiples s'inscrivant probablement dans le contexte de troubles anxio-dépressifs, de douleurs cervico-dorso-lombaires de sorte qu'une fibromyalgie est suspectée ; que le praticien a constaté un très important syndrome spondylogène dysfonctionnel de tout le rachis, que le blocage fonctionnel de la charnière occipito-cervicale entraîne un syndrome cervico-encéphalique dont l'origine est de toute évidence post-traumatique ; que sa capacité de travail est réduite de 50 à 60 % ; Que l'assurée a été examinée par les Drs L \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, et M \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychiatrie, du Service médical AI Suisse Romande (ci-après SMR) en date du 21 février 2012 ; Que dans leur rapport, les médecins précités n'ont retenu aucun diagnostic avec répercussion durable sur la capacité de travail ; que les diagnostics mis en évidence, à savoir une fibromyalgie, un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger, une personnalité émotionnellement labile type borderline, les séquelles de maladie de Scheuermann dorsale et l'hernie dorsale D6-D7 sans compression radiculaire ou médullaire sont sans répercussion sur la capacité de travail qui est de 100 % depuis avril 2010 ; Que l'OAI a notifié à l'assurée le 30 mai 2012 un projet de refus de rente d'invalidité ; Qu'après avoir pris connaissance du dossier AI complet de l'assurée, le Dr K \_\_\_\_\_, par courrier du 28 juin 2012, a fait savoir à l'OAI qu'il ne partage pas les conclusions du Dr M \_\_\_\_\_, la patiente présentant une non-fonctionnalité au quotidien, les lésions de la substance blanche décrites sur les deux IRM cérébrales n'étant sans aucun doute pas étrangères à la panoplie impressionnante de violences qu'elle a subies... ; qu'il conclut à l'octroi d'une rente d'au moins 50 % et surtout, à une reconversion professionnelle adaptée à son handicap ; Que l'assurée a communiqué à l'OAI un complément de bilan neuropsychologique, daté du 18 juin 2012, dans lequel Mme J \_\_\_\_\_ indique qu'une limitation dans l'emploi d'assistante de gestion de fortune est probable, que les troubles attentionnels et la fatigue impliquent une baisse de rendement et une vitesse de traitement réduite, associés également à des oublis et des erreurs, que la symptomatologie anxio-dépressive est également un frein qu'un psychiatre sera plus à même d'en évaluer les conséquences ; Que par décision du 29 août 2012, l'OAI a refusé l'octroi d'une rente, au motif que l'assurée ne présente pas d'atteinte à la santé au sens de la loi sur

l'assurance-invalidité, que le lien de causalité entre l'atteinte à la santé et l'incapacité de gain n'est pas établi et que sa capacité de travail est entière dans toute activité ; Que l'assurée, représentée par sa mandataire, a interjeté recours contre cette décision en date du 3 octobre 2012 ; Que dans son écriture complémentaire du 11 décembre 2012, la recourante conclut à l'annulation de la décision, à la mise en place de mesures professionnelles de réinsertion à 50 %, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité jusqu'à la mise en place desdites mesures, à l'ordonnance d'une nouvelle évaluation du taux d'invalidité à la fin des mesures professionnelles ; Qu'elle produit en annexe à son recours un certificat médical détaillé « à but d'expertise psychiatrique », établi en date du 23 novembre 2012 par le Dr O\_\_\_\_\_, spécialiste FMH, psychiatre d'enfants et d'adolescents ; que le psychiatre retient les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode sévère sans symptômes psychotiques (F33.2), modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (F62.0, diagnostic qui correspond le mieux dans la classification ICD-10 à l'état de stress post-traumatique complexe) et de personnalité émotionnellement labile de type borderline (F60.31) ; Que dans ses conclusions, le Dr O\_\_\_\_\_ relève que l'assurée présente plusieurs maladies psychiatriques graves qui l'empêchent de travailler depuis plusieurs années ; que l'incapacité de travail en tant qu'assistante de gestion ou pour toute activité similaire est totale et de 50 % pour toute occupation professionnelle, compte tenu de ses troubles psychiatriques chroniques ; qu'une rente entière serait justifiée, l'assurée sous-estimant sa pathologie ; Que dans sa réponse du 11 février 2014, l'intimé conclut au rejet du recours, se référant à l'avis du SMR, selon lequel le rapport du psychiatre traitant ne saurait avoir valeur d'expertise ; Que le 6 mars 2013, la recourante se réfère au courrier du Dr O\_\_\_\_\_, daté du 5 mars 2013, selon lequel il n'a jamais été son psychiatre traitant ; Que lors de l'audience de comparution personnelle du 20 mars 2013, la recourante a confirmé que le Dr O\_\_\_\_\_ a été consulté qu'aux fins d'établir le rapport d'expertise, qu'elle a déclaré n'avoir pas été entendue correctement par le psychiatre du SMR, qu'en 2010, elle a eu des problèmes personnels qui ont abouti à son licenciement, car elle ne parvenait plus à exécuter ses tâches ; Que l'intimé a maintenu sa position, considérant que le rapport du Dr O\_\_\_\_\_ consistait en une appréciation différente ; Qu'à l'issue de l'audience, la Cour de céans a ordonné une expertise psychiatrique ; Que par courrier du 27 mars 2013, la Cour de céans a communiqué aux parties le nom de l'expert ainsi que les questions qu'elle avait l'intention de lui poser, en leur impartissant un délai pour faire valoir une éventuelle cause de récusation et se déterminer sur les questions posées ; Que les parties se sont déterminées sur les questions à poser et n'ont fait valoir aucune cause de récusation à l'encontre de l'expert ; Que la recourante a proposé deux questions complémentaires à l'attention de l'expert ; Attendu en droit qu'après le 1<sup>er</sup> janvier 2011, la Chambre des assurances sociales est compétente en la matière (art.134 de la loi sur l'organisation judiciaire; LOJ - RS E 2 05) ; Que la loi sur la partie générale des assurances sociales (LPGA), entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003, est applicable au cas d'espèce ; Que le recours, déposé dans les formes et délai prévus par la loi est recevable à la forme (art. 56 et 60 LPGA) ; Que, 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) ; Qu'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 ; Qu'en particulier, il doit mettre en oeuvre 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) ; Que lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en oeuvre une expertise (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4) ; Qu'un renvoi à l'administration reste possible, notamment lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; ATF non publié 8C\_760/2011 du 26 janvier 2012, consid. 3); Que les coûts de l'expertise peuvent être mis à la charge de l'assureur social (ATF 137 V 210 consid. 4.4.2) ; Qu'en l'espèce, force est de constater que la situation médicale n'est pas claire ; Qu'en effet, les avis médicaux du SMR et du Dr O\_\_\_\_\_ aboutissent à des conclusions totalement contradictoires, tant en ce qui concerne les diagnostics, les limitations fonctionnelles et leur répercussion sur la capacité de travail de la recourante ; Qu'il sied de rappeler que l'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu ; qu'à cet égard, il convient que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées ; Qu'en l'occurrence, la Cour de céans n'est pas en mesure de statuer en l'état actuel du dossier, les conclusions des psychiatres étant diamétralement opposées, raison pour laquelle une expertise psychiatrique judiciaire doit être ordonnée ; Que pour le surplus, les questions complémentaires de la recourante ont été prises en compte et insérées dans la mission d'expertise ; \*\*\* PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant préparatoirement Ordonne une expertise psychiatrique, l'expert ayant pour mission d'examiner et d'entendre Madame N\_\_\_\_\_, après s'être entouré de tous les éléments utiles et avoir pris connaissance du dossier de l'intimé, ainsi que du dossier de la présente procédure, en s'entourant d'avis de tiers (neuropsychologue) au besoin ; Charge l'expert d'établir un rapport détaillé et de répondre aux questions suivantes : Anamnèse détaillée (familiale, sociale, professionnelle). Données subjectives de la personne. Constatations objectives, status clinique. Diagnostic(s) selon la classification internationale CIM-10. La recourante souffre-t-elle de troubles psychiques? Depuis quand sont-ils présents? Quel est leur degré de gravité (faible, moyen, grave) ? Ces troubles psychiques ont-ils valeur de maladie en tant que telle selon la CIM-10 ? Veuillez expliquer. Décrire quelle a été l'évolution de l'état de santé de la recourante. Quelles sont les limitations fonctionnelles au regard des troubles psychiques diagnostiqués? Les troubles psychiques constatés nécessiteraient-ils une prise en charge spécialisée ? Mentionner, pour chaque diagnostic posé, ses conséquences sur la capacité de travail de la recourante, en pourcent. Mentionner globalement les conséquences des divers diagnostics psychiatriques retenus sur la capacité de travail de la recourante depuis 2010, en pourcent : dans l'activité habituelle dans une activité adaptée Dater la survenance de l'incapacité de travail durable. Indiquer quelle a été l'évolution du taux d'incapacité de travail, en pourcent. Dire s'il y a une diminution de rendement et la chiffrer. Dans quelle mesure une activité lucrative adaptée est-elle raisonnablement exigible de la recourante, compte tenu de son état de santé, et dans ce cas dans quel(s) domaine(s), à quel taux et depuis quand ? En cas de diminution de rendement, la chiffrer. Évaluer les chances de succès d'une réadaptation professionnelle. Évaluer la possibilité d'améliorer la capacité de travail par des mesures médicales, le cas échéant, indiquer quelles sont ces mesures.

Indiquer si les mesures médicales préconisées sont raisonnablement exigibles de la recourante. Commenter et vous prononcer sur les tests neuropsychologiques effectués. Indiquer, le cas échéant, quelle est leur influence cumulée à celle des éventuels troubles psychiatriques retenus sur la capacité de travail de la recourante. Commenter et discuter le rapport d'examen du SMR du 21 février 2012. En cas de divergence sur la question des diagnostics, des limitations et de la capacité de travail de la recourante, veuillez expliquer et motiver votre réponse. Commenter et discuter le rapport médical du Dr O\_\_\_\_\_. En cas de divergence sur la question des diagnostics, des limitations fonctionnelles et de la capacité de travail de la recourante, veuillez motiver votre réponse. Appréciation du cas et pronostic. Toutes remarques utiles et propositions de l'expert. Commet à ces fins le Dr P\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, médecin adjoint, à la Clinique Y\_\_\_\_\_. Invite l'expert à déposer à sa meilleure convenance un rapport en trois exemplaires à la Cour de céans ; Réserve le sort des frais ; Réserve le fond. La greffière Isabelle CASTILLO La Présidente Juliana BALDE 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.