

## **GE\_GERICHTE A/300/2010 vom 22. April 2010**

GE Cour de justice, 2010-04-22, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_300\\_2010](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_300_2010)

FR: GE\_GERICHTE A/300/2010 du 22 avril 2010

IT: GE\_GERICHTE A/300/2010 del 22 aprile 2010

### **Volltext**

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 22.04.2010  
A/300/2010

A/300/2010 ATAS/414/2010 du 22.04.2010 ( AI ) RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/300/2010 ATAS/414/2010 ORDONNANCE D'EXPERTISE DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES du 22 avril 2010 Chambre 2 En la cause Madame P\_\_\_\_\_, domiciliée à CHATELAINE, représentée par Fédération Suisse pour Intégration des Handicapés recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue de Lyon 97, GENEVE intimé Attendu en fait que: Madame P\_\_\_\_\_ (ci-après l'assurée ou la recourante), née en 1961 a déposé une demande de prestations d'invalidité pour adultes auprès de l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE (ci-après OAI) le 3 avril 2008. Il s'agit d'une demande de rente. Selon attestation de son employeur du 3 avril 2008, soit les HUG, l'assurée est en incapacité de travail à 100 % depuis le 10 décembre 2007. Par rapport médical du 16 avril 2008, la Dresse A\_\_\_\_\_, médecin traitant de l'assurée, atteste que sa patiente a été totalement incapable de travailler deux jours en avril 2006, quatre jours en juin 2006, du 23 août 2006 au 15 octobre 2007, du 18 octobre au 2 décembre 2007 et depuis le 10 décembre 2007. Elle mentionne comme diagnostics avec effet sur la capacité de travail : lombosciatalgies à prédominance du côté droit, chroniques et invalidantes secondaire à une discopathie L4 -L5 depuis avril 2006, status pose-prothèses discale L5-S1 en mars 2007 (hernie discale L5-S1 droite associée à une discopathie sévère). Elle mentionne comme diagnostics sans effet sur la capacité de travail : périarthrite scapulo-humérale droite calcifiante récidivante depuis 2003, reflux oesophago-gastrique depuis 2002, état dépressif réactionnel depuis fin 2006, lombalgies sur surcharge inter-apophysaire postérieure et hyperlordose lombaire en 1991, gonalgie bilatérale, syndrome d'hyperpression externe opérée à gauche en 1982. Elle précise que les épisodes de lombalgies intermittentes ont commencé il y a plus de 10 ans. Un blocage lombaire aigu suivi d'une sciatique droite a eu lieu en avril 2006. Le traitement conservateur a échoué. Une prothèse discale a été placée en mars 2007. L'évolution a été favorable jusqu'en septembre 2007 mais, malheureusement, ensuite, il y a eu récurrence de la symptomatologie. Le médecin mentionne l'impossibilité de rester assise pendant une durée prolongée, un périmètre de marche réduit, une flexion antérieure quasi impossible. Elle a joint à son rapport divers rapports médicaux de radiologie, du Dr C\_\_\_\_\_, spécialiste en neurochirurgie, du Dr B\_\_\_\_\_, spécialiste en anesthésiologie et traitement de la douleur et de la clinique de Joliment. Par rapport médical du 21 avril 2008, le Dr B\_\_\_\_\_, spécialiste en anesthésiologie et traitement de la douleur, mentionne comme diagnostics avec effet sur la capacité de travail, une discopathie L4- L5, fissure Gr III depuis 2007, un status post arthroplastie L5-S1 depuis 2007, un reflux gastro-oesophagien. Il mentionne des douleurs diurnes et nocturnes, l'impossibilité de rester debout ou assise

longtemps, la sensation de lâchage imminent des membres inférieurs et des crampes. Il indique que l'activité exercée et n'est plus exigible et que le rendement est réduit. Par rapport médical du 22 mai 2008, le Dr C\_\_\_\_\_, spécialiste en neurochirurgie, mentionne comme diagnostics avec effet sur la capacité de travail des lombosciatalgies chroniques depuis 2005 et sans effet sur la capacité de travail une tendinopathie calcifiante de l'épaule gauche, de l'asthme est une rhino-conjonctivite allergique ainsi que des gonalgies depuis 1982. Il mentionne des douleurs invalidantes dans les deux membres inférieurs et indique que la patiente n'arrive pas à vaquer à ses occupations. Le pronostic est réservé. La patiente a de la difficulté à maintenir les postures, à s'asseoir et à porter des charges. Il atteste que l'activité exercée n'est plus exigible. Il précise que l'assurée pourrait effectuer une activité légère à 20%. Sur mandat de l'OAI, le Dr D\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie et en médecine interne, a effectué le 28 août 2008 une expertise médicale de l'assurée. Après examen des divers rapports médicaux du dossier AI, une anamnèse systématique, l'examen de la situation socioprofessionnelle et asséculo-logique, la prise en compte des indications subjectives de l'assurée et les constatations objectives par l'expert, l'examen des radiographies, l'expert retient comme diagnostics avec répercussions sur la capacité de travail un syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent (fibromyalgie) - diminution du seuil de déclenchement à la douleur, une tendinopathie calcifiante du sus-épineux gauche et des lombopyralgies récurrentes sans signes radiculaires irritatifs ou déficitaires, une discopathie L4- L4 modeste. Il estime que du point de vue rhumatologique, dans son activité antérieure de secrétaire, estimant qu'elle doit avoir une position immobile prolongée de plus de deux heures, sa capacité de travail pourrait être estimée actuellement à 50 %, voire plus en fonction de l'évolution. Dans une activité adaptée, en alternant les positions assise ou debout de manière régulière, en diminuant le port de charges de plus de deux kilos avec long bras de levier, ainsi que les mouvements en porte-à-faux et les mouvements des membres inférieurs au dessus de l'horizontale, sa capacité de travail peut être estimée à 80 % puis augmentée de 10 % par mois, une fois la prise en charge balnéothérapeutique bien conduite. Puis l'expert explique que son appréciation est différente de celle des trois médecins consultés, qui ne se sont pas prononcés sur une capacité de travail résiduelle et qui ne mentionnent pas la présence d'une diminution du seuil de déclenchement à la douleur probablement à mettre en relation avec le stress psycho-socio-familial que la patiente subit de façon plus intense depuis 2005. L'expert indique que les examens cliniques et paracliniques ne permettent pas d'expliquer l'ampleur de la symptomatologie douloureuse et surtout de l'impotence fonctionnelle que cela entraîne dans son activité antérieure ou dans une activité adaptée. Le status post opératoire neurochirurgical est satisfaisant. L'assurée ne présente aucune contre-indication à une reprise progressive d'une activité professionnelle dans une activité adaptée. L'impotence fonctionnelle réside essentiellement dans le vécu douloureux chronique avec nette diminution du seuil de déclenchement à la douleur. Il précise qu'au vu de l'état douloureux chronique, le rendement est diminué depuis décembre 2007 à 50 %. Depuis mars 2008, soit trois mois après l'arrêt de travail prolongé, une reprise de l'activité professionnelle progressive aurait raisonnablement pu être exigée à partir de 50 %. Des mesures de réadaptation professionnelle pourraient être envisageables dans une activité adaptée permettant d'alterner les positions assise ou debout et éviter les ports de charges au-dessus de trois kilos. Par communication du 23 septembre 2008, l'OAI a indiqué à l'assurée que des mesures de réadaptation n'étaient pas possibles en raison de son état de santé et qu'il allait procéder à l'examen des conditions d'octroi d'une rente. Interpellé par le SMR et par avis

rectificatif du 3 octobre 2008, le Dr D\_\_\_\_\_ a corrigé plusieurs erreurs de son expertise. Il s'agit d'une discopathie L5 -S1 avec arthrose facettaire postérieure modeste. À la demande du SMR, l'expert admet qu'il devrait être possible à l'assurée d'alterner les positions dans son travail de secrétaire de sorte que l'activité de secrétaire est une activité adaptée pour autant que l'activité puisse fournir une alternance de positions assises ou debout de manière régulière, une diminution de port de charges de plus de cinq kilos avec long bras de levier. Cette activité peut dès lors être estimée à 80 % voire plus. Par projet de décision du 5 novembre 2008, l'OAI informe l'assurée qu'il estime que cette dernière n'a pas droit à des prestations de la AI et lui impartit un délai de 30 jours pour faire valoir des objections. Par pli du 13 novembre 2008, l'assurée a exigé de recevoir le rapport du Dr D\_\_\_\_\_ et a précisé que le délai de 30 jours pour s'exprimer ne commencera à courir qu'à réception de ce document. Par pli du 19 novembre 2008, l'OAI a répondu que le délai de 30 jours ne pouvait pas être prolongé. Par courrier du 24 novembre 2008, la Dresse A\_\_\_\_\_ a confirmé que la patiente était totalement incapable de travailler depuis décembre 2007 et qu'elle avait également besoin d'une aide à domicile pour son ménage deux heures par semaine depuis février 2006. Elle a également réclamé copie de l'expertise médicale. Par courrier du 3 décembre 2008, l'assurée a contesté le projet de décision, fondé uniquement sur l'opinion de l'expert et ignorant les rapports des médecins spécialistes consultés depuis plusieurs années. Le rapport de l'expert, tardivement communiqué à son médecin traitant, est truffé d'erreurs et d'inexactitudes. L'expert a travaillé vite et a examiné rapidement les radios apportées. L'assurée a repris l'intégralité de l'expertise, en précisant les points estimés lacunaires. Elle a contesté les constatations objectives mentionnées par l'expert et relevé des contradictions. Pour l'ensemble des raisons évoquées, elle s'oppose au projet de refus de rente d'invalidité. Par courrier du 15 décembre 2008, la Dresse A\_\_\_\_\_ a précisé que lors du dépôt de la demande d'invalidité, l'assurée souffrait surtout de son affection lombaire. C'est depuis l'échéance de ses indemnités journalières fin juillet 2008 que le tableau de polyarthralgies de type fibromyalgie s'est accentué. Malgré des discussions avec le médecin-conseil des HUG, son ancien employeur n'a pas réussi à lui trouver un poste de travail allégé. Le traitement de physiothérapie en piscine a impliqué une recrudescence des douleurs. Selon l'enquête économique sur le ménage effectuée par l'OAI le 31 mars 2009, le statut retenu est mixte, soit 50 % dans la sphère professionnelle et 50 % dans la sphère ménagère. L'enquêtrice précise que l'assurée n'assume plus les repas de midi, son fils allant à la canine, qu'elle prépare des repas simples le soir. Elle bénéficie d'une aide ménagère de la FSASD deux heures par semaine, ne fait la lessive qu'une fois par mois, ne participe plus aux réunions de parents. Son fils a arrêté la piscine et l'athlétisme car elle ne peut plus l'y conduire. L'empêchement dans la sphère ménagère est de 35,6 %. Selon l'examen clinique psychiatrique effectué le 30 janvier 2009 par la Dresse E\_\_\_\_\_, psychiatre du SMR, les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail sont un trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline, décompensé, F. 60.31 et syndrome douloureux somatoforme persistant F45.4. Les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail sont des difficultés liées à de possibles sévices sexuels infligés à un enfant par une personne étrangère à son entourage immédiat Z61.5. Le médecin retient comme limitations fonctionnelles une fragilité psychologique, des difficultés relationnelles, des difficultés à gérer le stress, de l'instabilité, l'augmentation de la fatigabilité, l'amplification des douleurs chroniques, l'effondrement des ressources d'adaptation aux changements. Elle retient une incapacité de travail de 70 % depuis octobre 2007, date de l'aggravation de son état. Sur le plan psychiatrique, la capacité de travail exigible, dans

l'activité habituelle et dans une activité adaptée, est de 30 %. Par rapport du 23 février 2009, le SMR retient que le début de l'incapacité de travail durable date du 14 août 2006, puis que l'évolution de l'incapacité de travail a été de 100 % d'août 2006 à août 2007, de 50 % en septembre 2007 et de 70 % depuis octobre 2007. La capacité de travail exigible est de 30 % dans une activité habituelle et adaptée. Les limitations fonctionnelles sont le port de charges, les mouvements répétitifs et au-dessus de l'horizontale pour l'épaule, la position statique prolongée, la position du rachis en porte-à-faux, les difficultés relationnelles à gérer le stress, la fragilité psychologique. Par projet de décision du 5 novembre 2009, l'OAI prévoit de refuser la rente d'invalidité. Il retient un empêchement de 40 % sur une activité lucrative de 50 %, soit une invalidité de 20 %, ainsi qu'un empêchement de 36 % sur les travaux habituels de 50 %, soit un degré d'invalidité de 18 %. Au total, le degré d'invalidité est de 38 % et dès lors qu'il est inférieur à 40 %, il ne donne pas droit à une rente d'invalidité. Compte tenu de la capacité de travail résiduelle de 30 %, des mesures de placement du service de réadaptation, en vue d'un soutien dans la recherche d'emploi, seront accordées à l'assurée. Par courrier du 26 novembre 2009, l'assurée s'est opposée au projet de décision. Elle a par ailleurs réclamé son dossier complet en format papier. Par courrier du 3 décembre 2009, l'OAI a transmis à la Dresse A\_\_\_\_\_ le CD Rom du dossier de l'assurée. Par courrier du 4 décembre 2009, la Dresse A\_\_\_\_\_ a notamment contesté la capacité de l'assurée de reprendre le travail trois mois après l'opération de mars 2007. Elle a relevé que l'évaluation de l'invalidité à 38 %, soit juste en dessous du seuil permettant l'octroi d'une rente partielle impliquait que l'on ne reconnaisse pas les douleurs chroniques de l'assurée et qu'on ne lui donne pas la possibilité de se reconstruire pour retrouver un travail à temps partiel. Par décision du 14 décembre 2009, l'OAI a confirmé son projet et refusé la rente d'invalidité. Il a considéré que la capacité de travail de l'assurée était considérablement restreinte depuis le mois d'août 2006. A l'issue du délai de carence d'un an, dès le mois de septembre 2006, l'état de santé de l'assurée s'était amélioré et elle retrouvait une capacité de travail de 30 % dans la part d'activité professionnelle dans une activité adaptée respectant les limitations physiques fonctionnelles. Il a repris la pondération de l'activité lucrative et des travaux habituels et a conclu à un degré d'invalidité de 38 %, ne donnant droit à aucune rente. L'assurée a été convoquée par l'OAI pour le 26 janvier 2010, afin d'examiner les capacités et compétences pour la recherche d'une activité professionnelle adaptée. Par décision du 20 janvier 2010, la Caisse de prévoyance du personnel des établissements publics médicaux du canton de Genève a retenu, sur la base de la décision de l'OAI, et en application de ses statuts, une invalidité à 40 % dès le 1<sup>er</sup> janvier 2010. Par recours du 27 janvier 2010, l'assurée a conclu à la constatation de la nullité de la décision du 14 décembre 2009 et au renvoi du dossier à l'OAI, compte tenu du fait que le dossier intégral, version papier, n'avait jamais été remis à l'assurée. Par courrier du 25 février 2010, l'OAI a conclu au rejet du recours et a précisé que l'envoi du dossier intégral sous forme de CD-Rom n'avait donné lieu à aucun problème particulier de lecture pour le médecin et l'assurée, puisque le médecin se réfère à ces pièces dans son courrier du 4 décembre 2009. Ainsi, le droit d'être entendu n'a pas été violé. En tous les cas, un éventuel vice de forme peut être corrigé lors de la procédure de recours devant le Tribunal. Lors de l'audience de comparution personnelle de parties du 30 mars 2010, le conseil de la recourante a indiqué: "Je confirme que ma cliente conclut à la nullité de la décision. L'OAI a adressé à la Dresse A\_\_\_\_\_, le 18 décembre 2009, une partie du dossier seulement, que je dépose ce jour devant le Tribunal. Les documents ont été envoyés après la décision du 14 décembre 2009. A titre subsidiaire, et si par impossible le Tribunal ne déclarait pas

nulle la décision malgré la violation grave du droit d'être entendu, ma cliente conclut, préalablement, à ce que le Tribunal ordonne une expertise bi-disciplinaire rhumatologique et psychiatrique et, principalement, à l'octroi d'une rente entière avec effet au 1<sup>er</sup> août 2007. L'expertise rhumatologique au dossier AI est un peu incertaine, de sorte que la Dresse A\_\_\_\_\_ a dû contester et expliciter de nombreux points. Pour ce motif, et selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, il faut ordonner une expertise, en raison du doute soulevé par le médecin traitant". L'OAI a déclaré: "Le 3 décembre 2009, le CD-Rom a été envoyé à la Dresse A\_\_\_\_\_, soit avant la décision du 14 décembre 2009, le projet datant du 5 novembre 2009, de sorte que le délai pour faire des observations n'était pas échu. Le taux de 40 % retenu d'incapacité, dans le cadre des 50 % du statut mixte, est le résultat de la comparaison des revenus avec et sans invalidité. Le taux retenu de l'enquête ménagère de 35,6 % est élevé par rapport à la moyenne habituelle. S'agissant du point « alimentation », malgré le fait que l'assurée n'assume plus les repas de midi, son fils allant à la cantine, l'enquêtrice n'a pas retenu une incapacité à 50 %. Je pense qu'elle a décidé que les repas étaient simplement simplifiés. A notre sens, le dossier est complet, mais nous ne nous opposons pas à ce que le Tribunal ordonne une telle expertise". 21. Le Tribunal de céans a informé les parties par courrier du 6 avril 2010 de son intention de mettre en œuvre une expertise et leur a communiqué les questions qu'il avait l'intention de poser aux experts, tout en leur impartissant un délai au 19 avril 2010 pour compléter celles-ci ; Attendu en droit que le Tribunal de céans est compétent en la matière (art.56 V de la loi sur l'organisation judiciaire - LOJ) ; Que la loi sur la partie générale des assurances sociales (LPGA), entrée en vigueur le 1er 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 la question préalable à l'examen d'éventuelles prestations de l'AI à résoudre est de savoir quels sont les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail de l'assurée, quelles sont les limitations dues aux affections retenues, que ce soit au niveau professionnel ou ménager et quelle est la capacité de travail résiduelle de l'assurée; Que l'autorité administrative doit constater d'office les faits déterminants, c'est-à-dire toutes les circonstances dont dépend l'application des règles de droit (ATF1 117 V 261 consid. 3 p. 263 ; T. LOCHER Grundriss des Sozialversicherungsrecht, Bern 2003, t.1, p. 443) ; Qu'ainsi l'administration est tenue d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure, et qu'en particulier elle doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il paraît nécessaire de clarifier des aspects médicaux (ATF 117 V 282 consid. 4a, p. 283 ; RAMA 1985 p. 240 consid.4 ; LOCHER loc. cit.) ; Que de son côté le juge qui considère que les faits ne sont pas suffisamment élucidés peut renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction ou procéder lui-même à une telle instruction complémentaire (RAMA 1993 p. 136) ; Qu'en matière d'AI la première solution est en principe préférée, à moins que les parties ne soient d'accord avec la seconde, comme en l'espèce (ATFA I 431/02 du 8 novembre 2002) ; Qu'il convient d'ordonner une telle expertise, laquelle sera confiée aux Dresses F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, à Genève, et G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie à Genève. Qu'en application de l'art. 39 de la loi sur la procédure administrative (LPA), un délai de 10 jours a été accordé aux parties pour éventuelle récusation des experts ; Que par plis des 15 et 19 avril 2010, les parties n'ont pas fait valoir de motif de récusation, ni proposé des questions supplémentaires. \*\*\* PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant préparatoirement Ordonne une expertise

bidisciplinaire psychiatrique et rhumatologique, les experts ayant pour mission d'examiner et d'entendre Madame P \_\_\_\_\_, après s'être entouré de tous les éléments utiles et après avoir pris connaissance du dossier de l'OCAI, ainsi que du dossier de la présente procédure en s'entourant d'avis de tiers au besoin ; Charge les experts de répondre aux questions suivantes : Anamnèse. Données subjectives de la personne. Constatations objectives. Diagnostic(s) ou diagnostics différentiels selon la classification internationale pour les troubles psychiques. Mentionner, pour chaque diagnostic et globalement, les limitations fonctionnelles de l'assurée. Mentionner pour chaque diagnostic posé et globalement les conséquences sur la capacité de travail de l'assuré, en %. Mentionner pour chaque diagnostic et globalement les conséquences sur la capacité ménagère de l'assurée, en % d'empêchement d'accomplir les divers travaux ménagers. Dater la survenance de l'incapacité de travail durable, le cas échéant. Indiquer dans quelle mesure, en terme de taux d'activité, une activité lucrative adaptée est raisonnablement exigible de l'assurée, et dans ce cas dans quel domaine. Préciser l'évolution de la capacité de travail, dans une activité adaptée, et de la capacité ménagère depuis août 2006, en %. Évaluer les chances de succès d'une réadaptation professionnelle. Dire si la capacité de travail et ménagère peuvent être améliorées par des mesures médicales. Si les experts s'écartent de l'avis des Drs D \_\_\_\_\_, d'une part et E \_\_\_\_\_, d'autre part, s'agissant des diagnostics et de leur répercussion sur la capacité de travail résiduelle de l'assurée, dire pourquoi. Examiner et discuter les divergences d'avis médical entre le Dr D \_\_\_\_\_ et la Dresse A \_\_\_\_\_. Pronostic. Questions complémentaires en cas de trouble somatoforme douloureux : a) Y-a-t-il présence manifeste d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importantes ? b) Sinon, y-a-t-il une ou des affection(s) corporelle(s) chronique(s) ou un processus maladie s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable ? c) Une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie ? d) Un état psychique cristallisé (sans évolution possible au plan thérapeutique). e) Échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art et de mesures de réhabilitation, cela en dépit de la motivation et des efforts de la personne ? f) Enfin, y-a-t-il divergence entre les douleurs décrites et le comportement observé, allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, des plaintes très démonstratives qui laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact ? g) La recourante dispose-t-elle encore de ressources psychiques, en d'autres termes est-il exigible d'elle qu'elle reprenne une activité lucrative au-delà de 50 % même au prix d'importants efforts ? Toute remarque utile et proposition des experts. Commet à ces fins les Dresses F \_\_\_\_\_ et G \_\_\_\_\_. Invite les experts à déposer à leur meilleure convenance un rapport en trois exemplaires au Tribunal de céans ; Réserve le fond . La greffière Florence SCHMUTZ La Présidente Sabina MASCOTTO 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.