

## **GE\_GERICHTE A/301/2009 vom 6. Januar 2011**

GE Cour de justice, 2011-01-06, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_301\\_2009](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_301_2009)

FR: GE\_GERICHTE A/301/2009 du 6 janvier 2011

IT: GE\_GERICHTE A/301/2009 del 6 gennaio 2011

### **Erwägungen**

#### **E. 5**

ème Chambre En la cause Madame K\_\_\_\_\_, domiciliée à Châtelaine Recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, rue de Lyon 97, 1203 Genève Intimé EN FAIT Madame K\_\_\_\_\_, née en 1952, a notamment travaillé comme employée de commerce jusqu'en 1996. Après une période de chômage et quelques missions temporaires, elle a exploité un tea-room de 2003 à 2005. En 2006, elle a travaillé comme dame de buffet dans un établissement du Service social de la Ville de Genève. Selon le rapport du 14 août 2007 du Dr L\_\_\_\_\_, allergologue, l'intéressée présente une grande crise d'asthme en mai 2007, justifiant une hospitalisation pendant cinq jours. Il diagnostique une broncho-pneumopathie obstructive chronique et un asthme modéré. Le traitement médicamenteux permet d'améliorer quelque peu les fonctions pulmonaires. Néanmoins, la patiente reste modérément obstructive. Une composante allergique est présente sous forme d'une hypersensibilité au pollen de graminées-céréales. Son médecin traitant a en outre discuté avec elle l'importance d'une diminution, voire de l'arrêt complet du tabac. En novembre 2007, l'intéressée requiert des prestations de l'assurance-invalidité. Selon le rapport du 29 novembre 2007 de la Dresse M\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et psychosomatique, sa patiente présente un état dépressif récurrent depuis 1989, un asthme chronique depuis 1987 et une broncho-pneumopathie obstructive chronique depuis plusieurs années. Sa capacité de travail est nulle du 28 août 2006 au 1 er juillet 2007 et de 50% depuis cette date. L'état est stationnaire. La Dresse M\_\_\_\_\_ suit la patiente depuis 1987. Elle est connue pour un asthme et un eczéma depuis sa jeunesse. Une à deux fois par an, elle présente, à chaque infection des voies respiratoires supérieures banales, une crise d'asthme plus ou moins grave. En mai 2007, elle est hospitalisée pour une décompensation asthmatique. Un bilan montre un syndrome obstructif, partiellement réversible. Il faut aussi noter un tabagisme et une allergie aux graminées et céréales. Par ailleurs, la patiente a présenté de nombreux épisodes dépressifs, en 1989, 1991, 1996 et, depuis 1998 jusqu'à 2001, chaque année. Elle a été suivie par un centre de thérapie de crise en 2001, où le diagnostic d'état dépressif récurrent a été posé. A chaque fois que la patiente arrête le traitement antidépresseur, son état psychique se péjore. Depuis 1996, elle a subi des périodes de chômage et travaillé dans des missions temporaires dans des bureaux et dans la restauration. Dans cette dernière activité, elle a développé des douleurs musculo-tendineuses importantes, limitant sa capacité de travail. En 2003, elle reprend un tea-room, dans lequel elle met toutes ses économies et son deuxième pilier. Elle fait faillite et, lorsque la Dresse M\_\_\_\_\_ la revoit en juillet 2005, est profondément dépressive et angoissée. Elle est traitée par antidépresseurs et suit des entretiens réguliers. A cela s'ajoutent des problèmes familiaux. L'essai d'une activité professionnelle en 2006 dans un restaurant protégé est un échec. Enfin, cette praticienne note progressivement une péjoration de l'état pulmonaire et un état

dépressif chronique. Sur le questionnaire pour l'employeur, reçu à l'Office cantonal de l'assurance-invalidité, aujourd'hui Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI) le 15 mai 2008, le Service social de la Ville de Genève indique que l'assurée a travaillé du 12 mai au 17 novembre 2006 au Club Social Rive gauche, mais n'a jamais pu être présente à 100% du fait qu'elle était souvent malade. Finalement, elle a cessé de venir, de sorte qu'il n'y a pas eu de résiliation formelle du contrat. Le 13 juin 2008, l'assurée indique dans le questionnaire servant à déterminer le statut de l'assurée qu'elle aurait travaillé à 100 % sans atteinte à la santé. Par courrier du 1<sup>er</sup> juillet 2008, la Dresse M \_\_\_\_\_ communique à l'OAI, que sa patiente a été suivie à plusieurs reprises par des institutions psychiatriques. Ces dernières années, c'est cette praticienne qui a assuré le suivi physique et psychologique de l'assurée. Au dernier contrôle, après changement d'antidépresseur, son état dépressif s'est légèrement amélioré. Au niveau physique, elle est limitée par l'asthme et une broncho-pneumopathie obstructive chronique, ainsi que des douleurs musculo-tendineuses, dans le cadre d'une activité de service dans un restaurant. Au niveau psychique, elle reste fatigable et extrêmement fragile aux aléas de la vie. Dans son rapport du 12 septembre 2008, le Dr L \_\_\_\_\_ atteste que l'assurée souffre d'un asthme chronique à composante allergique depuis l'enfance qui est exacerbé depuis 2007. A titre de symptômes, il mentionne une dyspnée handicapante à l'effort. La symptomatologie est aggravée par l'environnement et les irritants respiratoires. A cela s'ajoute une fatigue importante liée à ses problèmes respiratoires. Le pronostic est pour l'instant réservé. La capacité de travail est nulle depuis le 27 mai 2007. La maladie ne permet aucune réadaptation professionnelle pour l'instant. Le 13 novembre 2008, le Dr N \_\_\_\_\_, de l'Hôpital de la Tour, donne un avis médical spécialisé pneumologique. Il retient le diagnostic de broncho-pneumopathie obstructive chronique. Le syndrome obstructif ne semble pas être réversible, ce qui laisse penser que la composante obstructive n'est pas liée à l'asthme. L'affection pulmonaire ne constitue pas, à elle seule, un motif d'invalidité, mais nécessite quelques précautions dans le choix d'une activité professionnelle. Tout effort physique et le port de charges sont à proscrire. La déambulation doit s'effectuer à plat et sur des distances limitées. L'environnement doit être exempt des allergènes et assurer une neutralité thermique. Le travail à l'extérieur est également proscriit. La morbidité-risque d'absentéisme est élevée. Selon l'avis médical du 19 novembre 2008 du Dr N \_\_\_\_\_ du Service médical régional AI pour la Suisse romande (ci-après: SMR), la capacité de travail de l'assurée est de 100 %, d'un point de vue pneumologique, dans une activité plutôt sédentaire sans exposition aux allergènes. Au niveau psychologique, ce médecin note qu'il n'y a pas de suivi spécialisé et que la description clinique est plutôt évocatrice d'une dysthymie. Cela étant, le Dr N \_\_\_\_\_ estime qu'il n'y a pas non plus d'incapacité de travail au niveau psychique. Le 20 novembre 2008, l'OAI communique à l'assurée un projet de décision de refus de prestations. Par courrier du 15 décembre 2008, la Dresse M \_\_\_\_\_ indique à l'OAI qu'il faut également tenir compte de l'état dépressif récurrent depuis 1989, qui handicape sa patiente. L'état de celle-ci s'est aggravé au cours du printemps 2008, de sorte qu'elle a dû reprendre le traitement antidépresseur. Depuis avril 2008, elle est en arrêt de travail pour son problème dépressif. Par décision du 5 janvier 2009, l'OAI confirme son projet de décision. Le 30 janvier 2009, l'assurée interjette recours contre cette décision, en concluant implicitement à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité. Elle fait valoir qu'elle est totalement incapable de travailler, comme cela est certifié par son médecin traitant. Par courrier du 9 février 2009, la recourante demande l'audition de la Dresse M \_\_\_\_\_ ou la mise en œuvre d'un examen par un psychiatre.

Concernant ses problèmes respiratoires, elle souhaite que l'intimé soit invité à dire dans quel domaine elle est capable de travailler, au vu de ses déficits importants et ses nombreuses allergies. Dans sa réponse du 11 mars 2009, l'intimé conclut au rejet du recours en faisant valoir avoir tenu compte de l'ensemble des documents médicaux du dossier et que l'assurée n'a apporté aucun élément susceptible de modifier sa position. Par écriture du 27 mars 2009, l'assurée persiste dans ses conclusions. Elle annexe un rapport du 18 mars 2009 de la Dresse M\_\_\_\_\_. Dans l'anamnèse, celle-ci relève notamment que la recourante, née en Suisse allemande, avait un père alcoolique. A 19 ans, elle est devenue mère d'un fils. Le père de l'enfant a alors affirmé qu'elle avait eu des relations sexuelles avec plusieurs personnes. A la même époque, elle perd sa mère et ainsi son seul soutien, notamment vis-à-vis de son père qui la battait. Son fils a été par la suite adopté par une tante. La recourante prend des nouvelles de l'enfant, mais ne retourne plus le voir. Elle est également mère d'un petit garçon, mais a rompu avec le père de celui-ci en raison de sa violence. En 1989, elle présente un épisode dépressif lié à une rupture sentimentale. Le traitement médicamenteux et les entretiens réguliers ont un bon effet. En 1998, elle rechute sur difficultés affectives et problèmes professionnels. Après la fin du droit aux indemnités de chômage, elle travaille dans un centre social. En 1999, elle reprend le travail, mais est renvoyée en raison de difficultés relationnelles. Elle se plaint de douleurs à la ceinture scapulaire et développe un psoriasis pustuleux. Etant de plus en plus anxieuse et déprimée, elle reprend un traitement antidépresseur. Elle est démoralisée de lutter en permanence et n'arrive plus à faire les démarches nécessaires. A cela s'ajoutent de fréquentes crises d'asthme. Fin 2000, elle va mieux. En 2001, elle présente un nouvel épisode dépressif. Elle est alors suivie au Centre de thérapie brève (ci-après: CTB) qui diagnostique un trouble dépressif récurrent. Son état s'améliore ensuite progressivement, mais elle rechute lorsque le traitement antidépresseur est arrêté. Elle le reprend ensuite jusqu'à fin 2002, puis à nouveau en 2003, en raison d'une relation affective où elle est violentée. Elle exploite ensuite un tea-room où elle investit son deuxième pilier. Elle travaille énormément, mais l'affaire n'est pas rentable. Lors de la revente, elle perd beaucoup d'argent. En 2005, la Dresse M\_\_\_\_\_ revoit la patiente. Elle a de gros problèmes financiers, ne peut pas aller au chômage, risque l'expulsion de son appartement et reçoit une aide sociale. Son fils est également au chômage et coresponsable des dettes. Elle reprend alors un traitement antidépresseur. A cette époque, elle apprend que son fils a été abusé dans son enfance par le fils de sa gardienne. Son fils va très mal au plan psychique et lui parle de sa consommation de drogue. En 2006, la recourante essaie de reprendre une activité professionnelle au Square-Hugo. Cet essai se solde par un échec, la recourante étant angoissée. Son asthme décompense et elle se retrouve plusieurs fois hospitalisée. Après une amélioration de son état, elle rechute à nouveau dans un état dépressif anxieux en avril 2008 et suit un traitement antidépresseur depuis lors. Par écriture du 28 avril 2009, l'intimé persiste dans ses conclusions. Il fait remarquer que, dans son rapport médical du 1<sup>er</sup> juillet 2008, la Dresse M\_\_\_\_\_ constatait une amélioration de l'état psychique de sa patiente. Le 26 mai 2009, la recourante transmet au Tribunal de céans un rapport du 18 mai 2009 du Dr O\_\_\_\_\_, psychiatre. Il relève que la recourante a souffert depuis 1989 de plusieurs épisodes dépressifs d'intensité et de durée variables, qui ont toujours nécessité un traitement. Depuis avril 2008, elle présente à nouveau d'un état dépressif qui entraîne une incapacité de travail totale. Cet état se manifeste par les troubles suivants : humeur triste, perte d'intérêt, anxiété diffuse et permanente, fatigabilité, troubles du sommeil, perte d'estime de soi, vision négative d'elle-même. Par moments, il y a des pensées suicidaires. Au syndrome dépressif

s'ajoutent des symptômes phobiques (peur du contact avec autrui et agoraphobie marquée) entraînant repli et isolement. Il pose le diagnostic de trouble dépressif récurrent et souligne que cette atteinte peut entraîner des difficultés importantes à mener à bien les activités professionnelles, sociales ou ménagères. Ce trouble persiste malgré les traitements. Par courriers du 16 novembre 2010, le Tribunal de céans informe les parties qu'il a l'intention de mettre en œuvre une expertise psychiatrique et de la confier au Dr P\_\_\_\_\_, psychiatre. Il leur communique la liste des questions. Par courrier du 28 novembre 2010, la recourante accepte le choix de l'expert, ainsi que sa mission. Sur la base de l'avis médical du 29 novembre 2010 de la Dresse Q\_\_\_\_\_ du SMR, l'intimé fait savoir au Tribunal de céans, par écriture du 6 décembre 2010, qu'il n'a pas de motif de récusation ni de questions complémentaires à ajouter à la mission d'expertise. EN DROIT Jusqu'au 31 décembre 2010, le Tribunal cantonal des assurances sociales était compétent en la matière (art. 56 V de la loi sur l'organisation judiciaire du 22 novembre 1941, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010; LOJ - RS E 2 05); Dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011, cette compétence revient à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend les procédures pendantes devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 9 octobre 2009). 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 œuvre 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'occurrence, les médecins traitants de la recourante ont attesté un état anxio-dépressif depuis avril 2008 engendrant une incapacité totale de travailler, en dépit d'un traitement antidépresseur. Aucun médecin ayant examiné la recourante n'a émis un avis contraire. Aussi, l'intimé ne pouvait-il faire totalement abstraction de cette atteinte et aurait dû vérifier par un examen médical du SMR ou un expert extérieur la réalité de cette affection, ainsi que son incidence sur la capacité de travail. Il appert ainsi que l'instruction du dossier est lacunaire. Cela étant, il convient d'évaluer l'état psychique de la recourante par un expert judiciaire. Les parties n'ayant fait valoir aucun motif de récusation à l'encontre du Dr P\_\_\_\_\_, la mission d'expertise sera confiée à ce dernier. \*\*\* PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant préparatoirement Ordonne une expertise judiciaire médicale. La confie au Dr P\_\_\_\_\_. Dit que la mission de ce médecin sera la suivante : Prendre connaissance du dossier médical de Madame K\_\_\_\_\_. Examiner personnellement l'expertisée. Prendre tous renseignements utiles, notamment auprès des médecins ayant eu connaissance du cas de l'expertisée, en particulier des médecins traitants. S'adjoindre tout spécialiste requis au titre de consultant. Établir un rapport écrit et répondre notamment aux questions suivantes : Quels diagnostics posez-vous sur le plan psychiatrique? Quelles limitations engendrent les atteintes psychiatriques constatées ? Quelle est la capacité de travail de Madame K\_\_\_\_\_, sur le plan psychiatrique, dans une activité adaptée à ses problèmes physiques ? Depuis quand sa capacité de travail est-elle réduite et comment a-t-elle évolué ? Le traitement médical est-il adéquat ? Dans la négative, que proposeriez-vous ? Quel est votre pronostic ? Invite le Dr P\_\_\_\_\_ à déposer le plus rapidement possible un rapport en trois exemplaires à la Chambre de céans. Réserve le fond. La greffière Maryse BRIAND La Présidente Maya CRAMER 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.