

GE_GERICHTE A/3171/2019 vom 23. Juli 2020

GE Cour de justice, 2020-07-23, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3171_2019

FR: GE_GERICHTE A/3171/2019 du 23 juillet 2020

IT: GE_GERICHTE A/3171/2019 del 23 luglio 2020

Erwägungen

E. 5

ème Chambre En la cause Madame A_____, domiciliée à GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Eric MAUGUÉ recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le _____ 1970, divorcée, mère de trois enfants nés en 1999, 2003 et 2006, travaillait en qualité de comptable à plein temps. Le 29 octobre 2003, elle a été victime d'un accident non professionnel à Rheinfelden/AG. Alors qu'elle était au volant, sa voiture a dérapé à la sortie d'un virage, quitté la route et effectué un tonneau avant de revenir, sens dessus dessous, sur la chaussée et de s'y immobiliser. Les suites de cet accident ont été prises en charge par la SUVA, assureur-accidents de l'employeur. 2. Dans un rapport du 14 décembre 2003, le docteur B_____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, a indiqué que la mobilité de la colonne cervicale et thoracique était douloureuse et presque nulle dans tous les sens. S'y ajoutaient d'importantes douleurs à la pression (surtout des parties molles) dans la nuque et la ceinture scapulaire des deux côtés. Les constatations neurologiques ne révélaient rien de particulier, y compris pour les nerfs cervicaux. Aussi, ce médecin a posé le diagnostic de syndrome cervico-thoracique tendomyotique consécutif à un traumatisme crano-cérébral. La thérapie consistait dans le port d'une minerve, la prise de médicaments et des séances de physiothérapie. L'incapacité de travail était totale depuis le 29 octobre 2003, pour une durée indéterminée. 3. Le 26 janvier 2004, le docteur M. C_____, médecin d'arrondissement de la SUVA/Bâle, a indiqué que l'accident du 29 octobre 2003 avait entraîné un traumatisme crano-cervical, ainsi qu'une contusion de la colonne lombaire et thoracique. S'en était suivi un traitement conservateur (physio-thérapeutique et antalgique) qui n'avait pas permis à l'assurée de recouvrer sa capacité de travail qui était nulle depuis le jour de l'accident. Dans l'appréciation du cas, le Dr C_____ a indiqué qu'au vu du processus de guérison et de l'examen qu'il avait pratiqué le 26 janvier 2004, une tentative de reprise d'un travail de bureau lui paraissait exigible à 50 % dès le 19 février 2004, tout en précisant que si celle-ci se révélait infructueuse, une admission de l'assurée dans une clinique de réhabilitation serait inéluctable. 4. Le 28 janvier 2004, l'employeur a résilié le contrat de travail de l'assurée pour le 31 mars 2004. 5. Le 16 février 2004, une tentative de reprise de l'activité professionnelle à 50 % s'est soldée par un échec en raison de fortes douleurs apparues à cette occasion. 6. Le 9 juillet 2004, les médecins de la clinique de réhabilitation de Rheinfelden ont indiqué que l'assurée avait séjourné dans leur établissement du 4 mai au 1^{er} juin 2004. Elle présentait, outre des symptômes douloureux, une mobilité restreinte de la colonne cervicale dans toutes les amplitudes, des troubles de la concentration et des symptômes secondaires (sudation, nausées, résistance très limitée). Au terme du séjour de l'assurée, les mesures thérapeutiques qui lui avaient été proposées n'avaient permis d'atténuer ses douleurs que dans une mesure limitée. Sa

résistance n'avait que peu progressé. Dans l'optique d'un retour à la vie professionnelle, une psychothérapie ambulatoire était vivement recommandée. En l'état, sa capacité de travail demeurait nulle. 7. Dans un rapport du 15 mars 2005, le docteur D_____, spécialiste FMH en neurologie, a mentionné que le dossier ne permettait pas de retenir une lésion cérébrale traumatique (également appelée commotion cérébrale) même légère, un tel diagnostic supposant, selon les classifications internationales, une perte de connaissance de courte durée (moins de 15 minutes) ou à tout le moins des altérations qualitatives ou quantitatives de la conscience, ainsi qu'un trou de mémoire (amnésie rétro- ou antérograde et brève perte de connaissance) de moins de 24 heures. Ces critères n'étaient pas réalisés dans le cas d'espèce et les examens neurologiques étaient sans particularité. Selon le Dr D_____, les constatations neuropsychologiques faites par les médecins de la clinique de réhabilitation de Rheinfelden s'expliquaient plutôt par la symptomatologie douloureuse, ainsi que les troubles de l'adaptation, réaction mixte, anxieuse et dépressive (CIM-10 : F43.22) qui avaient été diagnostiqués dans cet établissement. 8. Par décision du 31 mars 2005, confirmée sur opposition le 10 novembre 2006, la SUVA/Bâle a fait savoir à l'assurée qu'au vu de l'appréciation du 15 mars 2005 du Dr D_____, l'accident du 29 octobre 2003 avait cessé de déployer ses effets. En effet, les plaintes actuelles étaient dépourvues de substrat organique au regard de cet événement et s'expliquaient pour des motifs psychiques dont l'assurance-accidents n'avait pas à répondre, compte tenu de la gravité tout au plus moyenne de l'accident. Aussi, la SUVA a mis un terme à ses prestations avec effet au 17 avril 2005. 9. Le 5 août 2004, l'assurée a déposé une demande de prestations d'assurance-invalidité auprès de l'office AI du canton de Bâle-Campagne, indiquant qu'elle souffrait de maux de tête depuis l'accident du 29 octobre 2003. 10. Par arrêt du 8 août 2007, le Tribunal cantonal de Bâle-Campagne, statuant sur le recours interjeté par l'assurée contre la décision sur opposition du 10 novembre 2006, a annulé cette dernière et condamné la SUVA à poursuivre le versement de ses prestations au-delà du 17 avril 2005. 11. Par arrêt 8C_803/2007 du 3 septembre 2008, le Tribunal fédéral a admis le recours interjeté par la SUVA contre l'arrêt du 8 août 2007 du Tribunal cantonal de Bâle-Campagne, faute de lien de causalité adéquat entre les plaintes subsistant après le 17 avril 2005 et l'accident du 29 octobre 2003. 12. Les 27 et 29 avril 2009, l'assurée s'est soumise à une expertise pluridisciplinaire à la demande de l'office AI du canton de Bâle-Campagne. Dans leur rapport du 15 mai 2009, les docteurs E_____, F_____ et G_____, respectivement spécialiste en médecine interne, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et spécialiste FMH en neurologie, travaillant au sein d'un centre d'expertises médicales (Ärztliches Begutachtungsinstitut GmbH - ABI, sis à Bâle) ont retracé l'anamnèse de l'assurée, recueilli ses plaintes et posé les diagnostics suivants au terme de leurs examens : en dehors de quelques affections sans effet sur la capacité de travail (phobies isolées [F40.2], troubles de l'adaptation, réaction dépressive légère en cas de conflits familiaux [F43.20], abus d'antalgiques [F19.1], exagération des plaintes et autolimitation), il n'y avait pas de diagnostic psychiatrique incapacitant. Sur le plan de la médecine interne générale, la maladie coeliaque [K90.0] et la rhinite allergique [J30.4] n'étaient pas incapacitantes non plus. D'un point de vue neurologique, l'entorse du rachis cervical [S13.4], la contusion de la colonne thoracique et lombaire [S23.3, S33.5] et les céphalées post-traumatiques [G44.4] avaient une répercussion sur la capacité de travail. Depuis le 29 octobre 2003, jour de l'accident, celle-ci était réduite à 80 % dans l'activité habituelle en raison du syndrome cervical et de la chronicité des céphalées post-traumatiques. En l'absence d'atteintes incapacitantes relevant du domaine de la médecine générale et de la psychiatrie, il y avait

lieu de considérer, d'un point de vue neurologique, que lesdites céphalées étaient à l'origine de la réduction de la capacité de travail à 80 %. Ainsi, dans l'activité habituelle d'aide comptable et dans toute activité adaptée (activité légère, comportant, par intermittence des tâches moyennement légères), le taux de capacité de travail/rendement était de 80 %. Toutefois, moyennant suivi d'une thérapie adéquate (physiothérapie avec exercices à domicile pour le syndrome cervical, complétés par un suivi neurologique pour les céphalées), ce taux pouvait être augmenté à 100 % au cours des mois à venir, dans l'activité habituelle comme dans une activité adaptée. 13. Par projet de décision du 14 avril 2010 (remplaçant un premier projet du 30 décembre 2009), confirmé par décision du 28 mai 2010, l'office AI du canton de Bâle-Campagne a fait savoir à l'assurée que les conditions d'octroi d'une rente d'invalidité n'étaient pas réalisées. Se fondant sur le rapport d'expertise pluridisciplinaire de l'ABI du 15 mai 2009, cet office a considéré qu'il était exigible que l'assurée exerce une activité à 80 %, qu'il s'agisse de l'activité habituelle ou d'une activité adaptée. En se référant à l'enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), soit au tableau TA1, secteur privé, ligne « total », une femme pouvait réaliser, en 2004, un revenu mensuel de CHF 4'870.- (soit CHF 58'440.- par année) dans une activité de niveau 3. Compte tenu de la durée de travail s'élevant à 41.7 heures par semaine en 2004, il en résultait un revenu annuel avec invalidité de CHF 60'924.-, respectivement CHF 48'739.- à un taux de 80 %. En comparant ce dernier montant au salaire de CHF 61'100.- que l'assurée aurait obtenu auprès de son employeur en 2004, la perte de gain se montait à CHF 12'361.- et le degré d'invalidité à 20 %. 14. Statuant sur le recours interjeté le 2 juillet 2010 contre la décision de l'office AI de Bâle-Campagne, le Tribunal cantonal de ce même canton a rejeté celui-ci par arrêt du 24 février 2011. Non contesté, cet arrêt est devenu définitif. 15. Le 1^{er} juillet 2011, l'assurée a transféré son domicile dans le canton de Genève. 16. En raison de ce changement, l'office AI du canton de Bâle-Campagne a transmis, le 5 juin 2013, le dossier AI de l'assurée à l'office AI du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé). 17. Le 11 juillet 2013, l'assurée a formé une demande auprès de l'OAI, ayant pour objet la prise en charge d'une perruque à titre de moyen auxiliaire. 18. Dans un rapport du 3 septembre 2013, le docteur H_____, spécialiste FMH en dermatologie, a indiqué que l'assurée souffrait d'une alopecie diffuse, de type androgénétique, nécessitant le port d'une perruque. 19. Par communication du 18 septembre 2013, l'OAI a informé l'assurée qu'il prenait en charge les perruques ou cheveux postiches pour un montant de CHF 1'500.- au maximum par année civile, réparations et soins compris. Par conséquent, il prenait en charge une participation aux coûts de CHF 1'500.- (TVA incluse) lors de l'achat de la perruque mentionnée dans la facture n° 0613AV établie par un fabricant spécialisé. Des communications similaires ont été adressées à l'assurée au cours des années suivantes à un an d'intervalle environ, en vue d'une prise en charge renouvelée du même type de moyen auxiliaire. 20. Le 20 avril 2015, l'assuré a formé une demande de prestations auprès de l'OAI, précisant qu'elle souffrait de rachialgies en raison de l'accident de la circulation survenu le 29 octobre 2003. Depuis lors, son incapacité de travail avait oscillé entre 50 et 100 %. 21. Le 22 avril 2015, l'OAI a fait savoir à l'assurée qu'il considérait son envoi du 20 avril 2015 comme une nouvelle demande, dans la mesure où le droit aux prestations sollicitées avait déjà fait l'objet d'une décision en décembre 2009 (recte : 28 mai 2010). Aussi, il incombait à cette dernière de faire parvenir tous les documents médicaux permettant de rendre plausible l'aggravation de son état de santé depuis la date de la dernière décision. 22. Le 12 mai 2015, l'OAI a reçu notamment : - un certificat du 6 septembre 2011 du Dr I_____, attestant que l'assurée présentait une incapacité de travail

d'au moins 50 % qui remontait au moins au début de l'année 2007 ; - un rapport du 1^{er} juillet 2014 du docteur J_____, radiologue à la Clinique générale Beaulieu, relative à un bilan radiologique de la colonne cervicale, effectué le 30 juin 2014, objectivant sur le plan statique, une aggravation de la courbure cervicale (cyphose cervicale centrée sur l'espace intersomatique C5-C6) et concluant à une anomalie statique et unco-discarthrose C5-C6, susceptibles de se répercuter sur les espaces foraminaux adjacents. S'y ajoutait une possible séquelle d'entorse cervicale C4-C5 avec un aspect compatible avec un arrachement osseux antérieur, un antélisthésis de C4 sur C5 et une angulation sagittale de moins de 10°, centrée au même niveau C4-C5 ; - un courrier du 10 décembre 2014 du docteur K_____, spécialiste FMH en médecine interne et maladies rhumatismales, transmettant à Maître Stefan HOFER, avocat bâlois de l'assurée, le rapport du 1^{er} juillet 2014 du Dr J_____ avec les commentaires suivants : la question des symptômes actuels en lien ou non avec l'ancien traumatisme restait délicate. En effet, la présence de lésions de type arthrose C5-C6 pouvait expliquer les douleurs actuelles, mais il convenait de noter que l'arthrose C5-C6 était déjà présente sur les radiographies réalisées à l'époque de l'accident, alors que l'assurée ne souffrait ni de cervicalgies, ni de céphalées, ni de tensions musculaires. Il était vraisemblable que l'entorse cervicale ait décompensé les problèmes d'arthrose comme cela se voyait souvent. Compte tenu de l'ensemble des éléments qui avaient été portés à sa connaissance et selon l'examen qu'il avait effectué, le Dr K_____ considérait que le lien de causalité entre les symptômes actuels et l'accident du 29 octobre 2003 était très probable ; - un courrier du 10 mars 2015 de la doctoresse L_____, spécialiste FMH en médecine interne et maladies rhumatismales, informant le Dr K_____ qu'elle avait vu et examiné l'assurée qui était lourdement handicapée par son ancien traumatisme cervical avec, depuis environ un an, des douleurs invalidantes à la charnière cervico-occipitale et une importante limitation fonctionnelle cervicale ; - un rapport du 11 mai 2015 du Dr K_____ à l'OAI, indiquant qu'il suivait l'assurée depuis 2011 pour des cervicalgies invalidantes en lien avec un accident de la circulation survenu le 29 octobre 2003. Comme il ressortait du courrier qu'il avait adressé à Me HOFER le 10 décembre 2014, le bilan radiologique faisait état de séquelles d'une entorse cervicale entraînant des cervico-rachialgies et céphalées de tension sévères, malgré l'ensemble des moyens thérapeutiques mis en oeuvre. Même si l'assurée mettait tout en oeuvre pour retrouver une activité professionnelle, elle n'était actuellement pas capable d'exercer une activité à 100 % en raison de ses symptômes cervico-brachiaux. Aussi, il apparaissait justifié que l'OAI entre en matière sur la demande de prestations du 20 avril 2015, la situation médicale étant « consolidée » après plus de dix ans. 23. Par avis du 11 janvier 2016, le service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a estimé qu'une modification de l'état de santé n'avait pas été rendue objectivement plausible. En effet, les céphalées de tension décrites par le Dr K_____ faisaient partie des diagnostics mentionnés dans l'expertise pluridisciplinaire du 15 mai 2009. À cet égard, les informations fournies récemment ne suffisaient pas à rendre plausible une modification de l'état antérieur. Quant aux douleurs nucales, elles n'étaient pas nouvelles. Il était en effet clairement écrit dans le volet neurologique de ladite expertise que l'assurée souffrait de douleurs nucales irradiant dans le dos, les oreilles, la tête et le cou. 24. Par projet de décision du 25 janvier 2016, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la demande de prestations du 20 avril 2015, motif pris que l'assurée n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la dernière décision. 25. Le 26 février 2016, l'OAI a reçu de nouveaux documents : - un compte rendu d'hospitalisation du 13 novembre 2015

(« lettre de sortie »), relatif au séjour que l'assurée avait effectué du 9 au 13 novembre 2015 au sein du service de médecine interne et de réhabilitation des HUG, faisant état d'une augmentation des douleurs cervico-dorso-lombaires depuis un mois, sans facteur déclenchant clair ; - un rapport du 25 janvier 2016 dans lequel le Dr K_____, indiquait que les troubles mécaniques de la colonne cervicale, faisant suite à l'entorse cervicale du 29 octobre 2003, s'étaient aggravés au cours des dernières années en prenant la forme de blocages itératifs et de douleurs sévères invalidantes. Depuis l'accident du 29 octobre 2003, il n'y avait pas d'autres maladies ou états malades qui influençaient l'état de santé de l'assurée, hormis une discarthrose C5-C6, due à cet accident, qui s'était développée au fil des années ; - un rapport du 5 février 2016 dans lequel le docteur M_____, radiologue FMH auprès de la Clinique générale Beaulieu, mentionnait que l'IRM de la colonne cervicale pratiquée le 4 février 2016 permettait de conclure à des troubles de la statique cervicale avec discopathies C5-C6 et C6-C7, associées à des protrusions discales postérieures compatibles avec des séquelles d'entorse cervicale post-traumatique. 26. Par avis du 18 mars 2016, le SMR a estimé que l'admission aux HUG du 9 au 13 novembre 2015, dans le cadre de l'aggravation des cervicalgies chroniques post AVP [accident de la voie publique], le bilan IRM mettant en évidence des discopathies C4-C5 et C5-C6, qui n'étaient pas décrites en 2009, ainsi qu'une suspicion d'arrachement osseux C5, rendaient plausible l'aggravation de l'état de santé de l'assurée. 27. Dans un rapport du 13 juin 2016 à l'OAI, le Dr K_____ a indiqué que l'incapacité de travail de l'assurée, qui était totale depuis le début du suivi en 2011, était due à des cervicalgies sur troubles statiques et dégénératifs aggravés par les séquelles de l'accident du 29 octobre 2003. Les restrictions actuelles (pas d'activité uniquement en position assise/debout, en terrain irrégulier, en porte-à-faux, les bras au-dessus de la tête, en position accroupie, à genoux, sur une échelle/échafaudage, ou impliquant le soulèvement/port de charges de plus de 5 kg ou encore des montées d'escaliers) pouvaient être réduites par des mesures médicales et l'on pouvait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle, respectivement à une amélioration de la capacité de travail si l'assurée se soumettait à une opération. Le Dr K_____ a annexé notamment les documents suivants à son rapport : - un « avis de sortie » du 13 novembre 2015 des HUG, rappelant le motif d'hospitalisation du 9 au 13 novembre 2015 (cervico-dorso lombalgies chroniques en « acutisation » [NDR : aggravation]), posant le diagnostic principal de cervicalgies chroniques avec antélisthésis C4/C5, possible arrachement osseux C5 et discarthrose C5-C6 et les diagnostics secondaires de lombalgies chroniques avec inclinaison de 5 mm du bassin à gauche et d'anémie hypochrome microcytaire ; - un rapport du 24 mai 2016 de l'IMGE (Imagerie Moléculaire Genève), indiquant qu'une scintigraphie osseuse avec SPECT/CT, pratiquée le 23 mai 2016, permettait de conclure à une inversion de la lordose cervicale physiologique, ainsi qu'à une hyperfixation légère C5-C6 correspondant à des troubles dégénératifs sur discopathie ; - un courrier du 2 juin 2016 du docteur N_____, neurochirurgien, adressé au Dr K_____, indiquant que l'assurée souffrait de discopathies dégénératives précoces possiblement post-traumatiques sur les étages C5-C6 et C6-C7, couplées à un pseudo-spondylolisthésis C4-C5. L'inversion de la lordose cervicale, également constatée, impliquait des raideurs ainsi que des douleurs rachidiennes. Objectivement, l'examen neurologique était très rassurant, malgré un inconfort paravertébral cervical surtout à droite avec des possibles signes d'arnoldite. Pour le reste, il n'y avait pas de vrai déficit sensitivomoteur ni de syndrome déficitaire, à l'exception d'une discrète abolition du réflexe achilléen. Enfin, le Dr N_____ partageait tout à fait l'avis du

Dr K_____ pour dire qu'à terme, au vu de l'échec des options conservatrices, un traitement chirurgical pouvait être une option défendable. Cependant, il n'y avait pas lieu de précipiter une telle intervention, l'examen neurologique étant rassurant, l'inconfort fluctuant et l'assurée pas tout à fait décidée à franchir le pas. 28. Dans un rapport du 22 décembre 2016, le Dr O_____, neurologue, a adressé au Dr K_____ un compte rendu de la consultation qu'il avait donnée à l'assurée le 20 décembre 2016. L'examen clinique neurologique était à considérer comme normal, même si l'on notait une tendance aux pieds creux, des douleurs à la palpation de l'angulaire de l'omoplate des deux côtés et à l'émergence des deux nerfs d'Arnold. On se trouvait aujourd'hui à treize ans de l'événement traumatique en cause. Celui-ci pouvait être considéré tout de même de gravité moyenne à importante au vu de sa description. Avec une évolution clinique ordinaire, on aurait dû s'attendre à une diminution, voire à une disparition, de la plupart des symptômes dans l'année consécutive à l'accident, même si on savait que des symptômes résiduels mineurs pouvaient subsister parfois pendant plusieurs années. Il n'était cependant pas exclu que d'autres facteurs personnels liés à l'histoire de l'assurée, à l'émigration ou à des éléments que le Dr O_____ ne connaissait pas, jouaient un rôle délétère dans l'évolution actuelle. Un état de stress post-traumatique treize ans après l'événement en cause n'était pas habituel vu l'absence de lésions établies. Aussi, le Dr O_____ avait plutôt l'impression qu'il s'agissait d'un syndrome douloureux chronique lié en partie aux suites de cet accident et probablement à d'autres facteurs de vie, ainsi qu'à des facteurs dégénératifs décrits sur les éléments radiologiques. 29. Par courrier du 9 mai 2017 à l'OAI, le Dr K_____ a complété son rapport du 13 juin 2016 dans le contexte des cervicalgies post-traumatiques qu'il y évoquait. Depuis lors, des céphalées s'étaient développées, accompagnées de vertiges qui avaient été évalués par le Dr O_____ le 22 décembre 2016. De plus, une prise en charge psychiatrique avait été mise en place auprès de la doctoresse P_____, psychiatre, en raison d'un état dépressif sévère réactionnel. Ces symptômes de plus en plus sévères avaient empêché l'assurée de mener à bien sa réadaptation en raison de troubles mnésiques et de la concentration. Dans ces circonstances, le Dr K_____ ne voyait pas l'assurée reprendre une activité à 50 %. 30. Dans un rapport du 18 mai 2017 à l'OAI, le Dr O_____, qui s'était chargé du suivi de l'assurée du 20 décembre 2016 au 8 mai 2017, a indiqué que le syndrome douloureux chronique constituait la cause de l'incapacité de travail de 50 % au cours de cette période. De son point de vue, les discopathies cervicales avec spondylolisthésis C4-C5 étaient sans effet sur la capacité de travail. 31. Dans un rapport du 12 septembre 2017, la Dresse P_____ a indiqué que tous les renseignements détaillés avaient déjà été largement donnés dans des rapports précédents établis par les différents médecins qui avaient examiné et/ou traité l'assurée. 32. Par avis du 20 décembre 2017, le SMR a proposé la mise en oeuvre d'une expertise bidisciplinaire rhumato-psychiatrique avec consilium entre les deux spécialités. 33. Le 21 mars 2018, l'assurée, agissant par la voix de son conseil, a fait savoir à l'OAI qu'elle entendait être associée à la désignation des experts. 34. S'en sont suivis plusieurs échanges entre l'OAI et l'assurée, au cours desquels l'assurée a fait part de son désaccord au sujet de divers experts proposés par l'OAI, sans que ses contrepropositions ne recueillent l'assentiment de l'OAI ou des experts proposés. 35. Le 18 octobre 2018, l'assurée a fait savoir qu'elle acceptait que l'expertise soit réalisée par les doctresses Q_____ et R_____, respectivement rhumatologue et psychiatre auprès du Bureau d'expertises médicales-Vevey (BEM-Vevey), dont les noms avaient été proposés par l'OAI. 36. Le 10 décembre 2018, les expertes ont rendu leur rapport sur la base d'examen somatique et psychiatrique pratiqués le 6 novembre 2018, d'une synthèse du

dossier et d'une évaluation consensuelle tenant compte de l'anamnèse et des plaintes de l'assurée. Au plan somatique, celle-ci présentait principalement une cervicarthrose sans radiculopathie ni myélopathie. Il s'agissait là d'une atteinte dégénérative fréquente dans la population, que l'assurée présentait déjà sous une forme modérée en 2003. Depuis les clichés de 2005, ceux de 2014, complétés par des IRM, ne permettaient pas d'admettre l'évolution d'une discarthrose érosive, congestive ou compressive. Les lésions observées ne menaçaient pas les structures adjacentes. La musculature adjacente n'était pas atrophique, ce qui attestait d'une mobilisation active régulière, en dépit des altérations discales. L'assurée présentait également une spondylarthrose étagée dorso-lombaire, connue également à un stade modéré en 2003 ; celle-ci était sans répercussions neurologiques compressives et ne donnait lieu ni à un syndrome lombaire ni à des dysfonctions segmentaires dorsales. En définitive, l'évolution des deux diagnostics précités - qui déterminaient les limitations fonctionnelles depuis 2003 - avait été stable au cours des quinze années écoulées. En conséquence, la Dresse Q_____ n'avait pas d'argument probant pour attester d'une aggravation significative de l'état de santé de l'assurée depuis l'expertise de l'ABI du 15 mai 2009 sur laquelle se fondait la décision du 28 mai 2010 de l'office AI du canton de Bâle-Campagne. Quant aux limitations fonctionnelles évoquées en 2003, elles restaient d'actualité ; l'assurée ne devait porter ni charges supérieures à 5 kg de manière répétitive, ni charges supérieures à 8 kg de manière occasionnelle. Dans une activité légère, principalement sédentaire, mais permettant des changements de position - critères auxquels répondait son ancienne activité d'aide-comptable -, la capacité de travail était totale, mais avec une diminution de rendement de 20 % « inhérente aux épisodes plus aigus ». Pour le reste, ni l'alopecie androgénique - qui était stable - ni la coeliakie n'avaient de répercussion sur la capacité de travail. Les antécédents (status post accident de la voie publique le 29 octobre 2003 avec distorsion cervicale de degré I, contusions dorso-lombaires et dermabrasions cutanées, périarthrite scapulo-humérale droite [PSH ; en 2012] actuellement calme, appendicectomie à l'âge de 24 ans, trois césariennes), n'impliquaient pas de limitations fonctionnelles supplémentaires. Au plan psychique, il n'y avait pas de diagnostic ayant une incidence sur les capacités fonctionnelles. Des traits histrioniques et narcissiques étaient présents, mais leur intensité était insuffisante pour retenir un trouble de la personnalité. Évaluant les ressources et « facteurs de surcharge », les expertes ont noté, au plan somatique, que l'assurée gardait un excellent état général, restait vive et démontrait une gestuelle harmonieuse de son appareil locomoteur. En dépit de l'état douloureux annoncé, elle avait gardé un relief musculaire bien dessiné qui attestait d'une condition physique bien maintenue et lui permettait de se promener sans limitation. L'assurée faisait également des exercices de tonification et de stretching qui avaient contribué à diminuer puis à stopper la consommation d'antalgiques, ce qui reflétait la présence de ressources disponibles. Au plan psychique, l'intensité des plaintes (aux dires de l'assurée, la douleur rendait impossible toute activité professionnelle à plus de 40 %), mise en regard avec ce qui était objectivé (absence de signe d'inconfort pendant deux heures, pas de limitation dans les mouvements et les déplacements, bon fonctionnement dans le quotidien, loisirs bien maintenus et vacances annuelles au Kosovo) témoignait de ressources résiduelles qui permettaient d'envisager une activité professionnelle à plein temps, sans diminution de rendement. Se livrant au « contrôle de la cohérence », les expertes ont estimé, au plan somatique, que le haut niveau d'impotence fonctionnel « qui ne [cessait] de s'aggraver », décrit par l'assurée, n'entraînait pas de limitation uniforme dans tous les domaines de la vie. Malgré une capacité de travail que l'assurée évaluait à 30-40 % au maximum, celle-ci n'en décrivait pas moins des journées

de « mère de famille [...] active ». Même si elle affirmait recevoir un peu d'aide de la part de sa soeur pour passer l'aspirateur ou repasser le linge au besoin, elle gérait très bien le reste du ménage, la préparation des repas et les lessives. Elle pouvait amener ses enfants à leurs activités parascolaires, ce qui lui permettait d'en « profite[r] pour marcher ». Quinze ans après l'accident du 29 octobre 2003, il n'y avait pas d'argument clinique ou radiologique pour soutenir que la situation s'était notablement aggravée. Il existait un hiatus, déjà relevé par les médecins de l'ABI et le neurologue traitant actuel, entre les plaintes et les constatations, de sorte qu'un diagnostic de syndrome somatoforme douloureux avait été avancé pour ces raisons. Au plan psychique, les pertes de fonctionnalité dont se plaignait l'assurée n'étaient ni cohérentes ni plausibles. Elle gérait seule un ménage avec trois adolescents, s'occupait des courses, des repas, d'une partie du ménage et amenait ses enfants à leurs activités extra-scolaires. Elle marchait quotidiennement, lisait volontiers et traduisait des textes de français en albanais, allemand et anglais, ceci dans le but d'améliorer la maîtrise de ces langues. Une fois par année, elle se rendait au Kosovo avec ses enfants, ses soeurs et leurs familles respectives pour y passer des vacances et rendre visite à la parenté restée au pays. La fatigue, les algies et les troubles de la concentration, évoqués par l'assurée, n'avaient pas pu être objectivés le jour de l'expertise. En synthèse, les expertes ont estimé de manière consensuelle que sur le plan psychique, l'assurée disposait d'une capacité de travail entière dans toute activité correspondant à ses compétences, sans diminution de rendement. Depuis la dernière décision de l'office AI du 28 mai 2010, la situation sur le plan somatique et psychique ne s'était guère modifiée et ne pouvait justifier une incapacité de travail de longue durée. Dans la dernière activité exercée (aide-comptable), qui était adaptée, la capacité de travail exigible était de 100 %. En revanche, si l'assurée était amenée à travailler en permanence devant un écran d'ordinateur, il en résulterait une diminution de rendement de 20 % - par rapport à une personne ne souffrant pas d'atteintes dégénératives rachidiennes -, qui serait motivée par des changements de position plus fréquents et des périodes de repos plus longues. 37. Par avis du 19 décembre 2018, le SMR a estimé au vu du rapport d'expertise du

E. 5.1

Indiquer les limitations fonctionnelles en relation avec chaque diagnostic.

E. 5.1.1

Dates d'apparition

E. 5.2

Les plaintes sont-elles objectivées ? 6. Cohérence 6.1 Est-ce que le tableau clinique est cohérent, compte tenu du ou des diagnostic(s) retenu(s) ou y a-t-il des atypies ? 6.2 Est-ce que ce qui est connu de l'évolution, en particulier depuis le 28 mai 2010, correspond à ce qui est attendu pour le ou les diagnostic(s) retenu(s) ? 6.3 Est-ce qu'il y a des discordances entre les plaintes et le comportement de la personne expertisée, entre les limitations alléguées et ce qui est connu de ses activités et de sa vie quotidienne ? 6.4 Est-ce que la personne expertisée s'est engagée ou s'engage dans les traitements qui sont raisonnablement exigibles et possiblement efficaces dans son cas ou n'a-t-elle que peu ou pas de demande de soins ? 7. Personnalité (concerne l'expert psychiatre uniquement) 7.1 Est-ce que la personne expertisée présente un trouble de la personnalité selon les critères diagnostiques des ouvrages de référence ? Si oui, lequel ? 7.2 Est-ce que la personne expertisée présente des traits de personnalité pathologiques et, si oui, lesquels ? Le cas échéant, quelle est

l'influence de ce trouble de la personnalité ou de ces traits de personnalité pathologiques sur les limitations éventuelles et sur l'évolution des troubles de la personne expertisée ? 7.3 La personne expertisée se montre-t-elle authentique ou y a-t-il des signes d'exagération des symptômes ou de simulation ? 8. Ressources (concerne l'expert psychiatre uniquement) 8.1 Quelles sont les ressources résiduelles de la personne expertisée sur les plans : a) psychique b) mental c) social d) familial 9. Capacité de travail 9.1 La personne expertisée est-elle capable d'exercer son ancienne activité d'aide-comptable ? 9.1.1 Si non, ou seulement partiellement, pourquoi ? Quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ? 9.1.2 Depuis quelle date sa capacité de travail est-elle réduite/nulle ? 9.1.3 Veuillez préciser si dans l'ancienne activité d'aide-comptable, le taux d'incapacité de travail et/ou le rendement se sont modifiés depuis le 28 mai 2010, date de la dernière décision de l'office AI de Bâle-Campagne entrée en force et dans quelle mesure, en précisant sur quels éléments se fonde votre réponse. 9.2 La personne expertisée est-elle capable d'exercer une activité lucrative adaptée à ses limitations fonctionnelles ? 9.2.1 Si non ou dans une mesure restreinte, pour quels motifs ? Quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ? 9.2.2 Si oui, quelle activité lucrative ? À quel taux ? Depuis quelle date ? 9.2.3 Veuillez préciser si le taux d'exigibilité de l'exercice d'une activité adaptée et/ou le rendement dans une telle activité se sont modifiés depuis le 28 mai 2010, date de la dernière décision de l'office AI de Bâle-Campagne entrée en force et dans quelle mesure, en précisant sur quels éléments se fonde votre réponse. 9.3 Des mesures médicales sont-elles nécessaires préalablement à la reprise d'une activité lucrative ? Si oui lesquelles ? 10. Traitement

E. 10

décembre 2018 que depuis la dernière décision du 14 avril 2010 (recte : 28 mai 2010), il n'y avait aucun élément médical objectif en faveur d'une aggravation de l'état de santé de l'assurée, que ce soit sur le plan somatique ou psychiatrique. Les atteintes à la santé incapacitantes consistaient en une cervicarthrose modérée et une spondylarthrose étagée dorso-lombaire modérée. Au vu de ces éléments, la capacité de travail de l'assurée restait entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de son rachis (pas de port de charges supérieures à 5 kg de manière répétitive, ni de charges supérieures à 8 kg de manière occasionnelle, pas de porte-à-faux du tronc et alternance des positions). Étant donné que son ancienne activité d'aide-comptable tenait compte de ces limitations, la capacité de travail y était totale, sans baisse de rendement. En revanche, dans le cas d'une activité administrative impliquant en permanence du travail à l'ordinateur et sans autre activité, il était possible de reconnaître une baisse de rendement de 20 % pour permettre des périodes de repos plus fréquentes et des changements de position. 38. Dans un rapport du 12 février 2019, consécutif à une consultation donnée le même jour à l'assurée, le Dr O _____ a indiqué que le tableau clinique s'était nettement aggravé depuis 2010, cette aggravation étant surtout marquée par l'apparition d'un syndrome douloureux chronique quotidien « qui [avait] même fait le désespoir de certains médecins qui avaient introduit de la morphine pendant plusieurs semaines, [laquelle ne soulageait que quelques heures durant et avait] entraîné un syndrome morphinique dépendant » avec des difficultés de sevrage à la clé. La symptomatologie clinique neurologique était caractérisée par une asthénie extrême et des douleurs quotidiennes. L'assurée était actuellement sous traitement de Trittico, médicament qui serait prochainement porté à 150 mg, mais qui n'avait pas révélé d'efficacité particulière jusqu'à présent. En conclusion, il y avait une aggravation clinique liée à un changement de diagnostic dans le cadre d'un syndrome douloureux chronique.

39. Le 26 février 2019, la Dresse P_____ a apporté un complément d'information au rapport du 12 février 2019 du Dr O_____. Elle voyait très régulièrement l'assurée depuis 2015 et confirmait que le tableau clinique de l'assurée s'était aggravé au cours de ces dernières années. Le syndrome douloureux chronique était très difficile à traiter, comme le soulignait le Dr O_____. En outre, ce syndrome avait d'importantes répercussions sur l'état psychique, avec un sentiment de détresse, d'impuissance et de découragement, une peur de l'avenir et une grande souffrance morale. Il était « évident » que sa capacité de travail n'était pas entière. 40. Le 11 mars 2019, le Dr K_____ a indiqué avoir pris connaissance du rapport d'expertise du 10 décembre 2018, de l'avis SMR du 19 décembre 2018 et des rapports des 12 et 26 février 2019 des Drs O_____ et P_____. Après avoir noté que les experts ne retenaient pas d'aggravation objective de l'état de santé depuis 2010, tant sur le plan somatique que psychiatrique, le Dr K_____ a indiqué qu'il avait constaté, pour sa part, qu'un syndrome douloureux en partie invalidant s'était installé progressivement au fil des ans. Selon lui, il ne faisait pas de doute que l'assurée avait tout mis en oeuvre pour tenter de retrouver une activité qui fût adaptée à ses compétences. Cependant, les cervicalgies fluctuantes et les symptômes liés au syndrome somatoforme douloureux l'empêchaient véritablement de fonctionner normalement, contrairement à l'avis des experts qui banalisaient ses limitations fonctionnelles. La Dresse P_____ avait bien décrit sa détresse morale qui était préoccupante pour sa santé psychique. Aussi, le Dr K_____ considérait que la décision de l'OAI était « abrupte, sans nuance et véritablement sujette à caution ». Comme il l'avait déjà indiqué par le passé, il était évident que la capacité de travail de l'assurée n'était pas entière. 41. Par pli du 14 mars 2019 à l'OAI, l'assurée a soutenu que le rapport d'expertise du 10 décembre 2018 comportait un nombre conséquent d'erreurs d'ordre factuel dans la manière dont ses propos avaient été retranscrits. De manière générale, elle ne se reconnaissait aucunement dans une description selon laquelle elle présenterait un excellent état général apparent, serait vive, sans démontrer de signes extérieurs de souffrance. Aussi, les nombreuses inexactitudes de ce rapport empêchaient d'en reconnaître la valeur probante et impliquaient la mise en oeuvre d'une nouvelle expertise. 42. Par avis du 28 mars 2019, le SMR a indiqué que le complément d'information du 26 février 2019 de la Dresse P_____ n'avait aucun élément clinique objectif à même de justifier une incapacité de travail totale. Quant au rapport du

E. 10.1

Examen du traitement suivi par la personne expertisée et analyse de son adéquation.

E. 10.2

Propositions thérapeutiques et analyse de leurs effets sur la capacité de travail de la personne expertisée.

E. 10.3

Quelle est la compliance de la personne expertisée au traitement médical et médicamenteux ? Confirmer la compliance médicamenteuse avec un dosage sanguin. 11. Appréciation d'avis médicaux du dossier 11.1 Êtes-vous d'accord avec le rapport d'expertise bi-disciplinaire du BEM-Vevey du 10 décembre 2018 ? En particulier avec les diagnostics posés et l'estimation d'une capacité de travail totale dans l'activité d'aide-comptable comme dans toute activité adaptée ? Si non pourquoi ? 11.2 Êtes-vous d'accord avec les avis des médecins traitants (Drs S_____, T_____, P_____, K_____ et O_____) ? En particulier avec les diagnostics posés, les limitations fonctionnelles constatées et

l'estimation d'une capacité de travail diminuée voire nulle ? Si non, pourquoi ?

E. 12

Quel est le pronostic ?

E. 13

Des mesures de réadaptation professionnelles sont-elles envisageables ?

E. 14

Faire toutes autres observations ou suggestions utiles. E. Invite les experts à faire une appréciation consensuelle du cas s'agissant de toutes les problématiques ayant des interférences entre elles, notamment l'appréciation de la capacité de travail résiduelle. II. Réserve le sort des frais jusqu'à droit jugé au fond. La greffière Diana ZIERI Le président Philippe KNUPFER 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.