

GE_GERICHTE A/3209/2016 vom 31. Januar 2013

GE Cour de justice, 2013-01-31, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3209_2016

FR: GE_GERICHTE A/3209/2016 du 31 janvier 2013

IT: GE_GERICHTE A/3209/2016 del 31 gennaio 2013

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 23.05.2017
A/3209/2016

A/3209/2016 ATAS/408/2017 du 23.05.2017 (AI) rÉpublique et CANTON de genÈve
POUVOIR JUDICIAIRE A/3209/2016 ATAS/408/2017 COUR DE JUSTICE Chambre des
assurances sociales Ordonnance d'expertise du 23 mai 2017 4 ème Chambre En la cause
Madame A_____, domiciliée c/o Monsieur B_____, à GENÈVE, représentée par
APAS-Association pour la permanence de défense des patients et des assurés recourante
contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue
des Gares 12, GENÈVE intimé Attendu en fait que Madame A_____ (ci-après l'assurée ou
la recourante), née le _____ 1969, a déposé une première demande de prestations auprès
de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OAI) le 16 janvier 2012 pour une
lombosciatalgie sur hernie discale gauche L5-S1 et une scoliose ; Que par décision du 31
janvier 2013, l'OAI a refusé d'octroyer une rente à l'assurée, motif pris que son degré
d'invalidité était inférieur à 40%, selon la méthode mixte ; Qu'en 2014, l'état de santé de
l'assurée s'est péjoré et qu'elle a été en incapacité de travail depuis le 27 octobre 2014 ;
Que l'assureur perte de gain Swica a versé des indemnités journalières perte de gain sur la
base d'un taux d'incapacité de travail de 50% ; Que par courrier du 2 mars 2015, Swica a
communiqué à l'OAI une nouvelle demande de prestations d'invalidité signée par l'assurée
le 22 février 2015 ; Qu'une IRM de la colonne lombaire du 29 décembre 2014 a révélé une
récidive d'une volumineuse hernie discale postérolatérale gauche L5-S1, en conflit avec
l'émergence de la racine S1, opérée le 15 février 2015 par le docteur C_____, médecin
adjoint agrégé des Hôpitaux universitaire de Genève (ci-après HUG) ; Que l'assurée est en
incapacité de travail à 100% depuis le 13 février 2015 ; Que lors de la consultation
spécialisée du 1 er avril 2015, le Dr C_____ a relevé que les douleurs irradiant dans le
membre inférieur gauche avaient totalement cessé et que la patiente notait la persistance
d'une douleur au niveau de la fesse et surtout au niveau de la face latérale de la hanche
gauche ; Que d'un point de vue neurochirurgical, l'évolution post-opératoire était
satisfaisante ; Que l'examen clinique laissait fortement suspecter une atteinte péri-hanche
sous forme d'une bursite ou d'un arrachement du moyen fessier, de sorte que le Dr
C_____ avait organisé une IRM de la hanche ainsi qu'une consultation spécialisée auprès
du service d'orthopédie ; Qu'une reprise professionnelle n'était pas encore possible, qu'il
n'y avait pas de contre-indications neurochirurgicales à une reprise professionnelle à
distance de son travail de caissière, sous réserve d'une adaptation de son environnement de
travail ; qu'en revanche, le port de charges lourdes était à éviter, ainsi que la station assise
prolongée au vu de l'inconfort provoqué ; Que dans un rapport du 5 mai 2015, la doctoresse
D_____, médecin traitant, a diagnostiqué, avec effet sur la capacité de travail, une récidive
herniaire L5-S1 gauche opérée le 13 février 2015 et, sans effet sur la capacité de travail, des
lombosciatalgies gauches, une hypercholestérolémie, un tabagisme chronique, un trouble

anxieux et un eczéma dysidrosique plantaire ; que s'agissant de la capacité de travail, elle renvoyait à l'avis du chirurgien orthopédique ; Que dans un rapport du 22 juin 2015, la doctoresse E_____, médecin traitant, a diagnostiqué un syndrome douloureux chronique réfractaire aux traitements conservateurs et aux trois interventions chirurgicales, dans le contexte d'une récurrence herniaire L5-S1 gauche ; que l'assurée présentait de nombreuses limitations fonctionnelles et que l'incapacité de travail était de 100% depuis le 13 juin 2015 ; Que dans un rapport du 12 septembre 2015, la doctoresse F_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique et des lombalgies dans le contexte d'une hernie discale L5-S1, opérée ; que l'assurée était au bénéfice d'un suivi psychothérapeutique et médicamenteux, qu'elle présentait un trouble de la concentration, des difficultés à prendre des décisions, de la fatigue, un manque d'énergie et d'élan surtout le matin ; que l'incapacité de travail était de 100% dès le 13 juin 2015 ; Qu'en date du 6 octobre 2015, Swica a communiqué à l'OAI un rapport d'expertise établi, à sa demande, par la clinique Corela en date du 21 septembre 2015 ; Que les docteurs G_____ et H_____, experts auprès de la clinique Corela, ont considéré en substance que sur le plan somatique aucun diagnostic incapacitant ne pouvait être retenu et que la hernie discale L5-S1 devait être considérée en status post, de sorte qu'il n'y avait pas de limitation somatique significative pour l'emploi de caissière ; que sur le plan psychiatrique, il n'y avait pas de diagnostic incapacitant au jour de l'évaluation ; que par conséquent, au jour de l'expertise, il n'y avait aucune incapacité de travail tant sur plan somatique que psychiatrique ; Que par avis médical du 18 avril 2016, le docteur I_____, médecin SMR, relève qu'au vu du rapport d'expertise Corela, on ne pouvait suivre les experts quant à leurs conclusions ; qu'en effet, bien que les atteintes lombaires soient limitées, les limitations fonctionnelles qu'elles entraînent justifient une incapacité de travail totale pour l'ancienne activité ; que l'intervention chirurgicale d'octobre 2015 n'a pas entraîné d'incapacité de travail durable et qu'il faut par conséquent considérer que la capacité de travail est nulle pour l'ancienne activité de caissière depuis février 2015, mais pleine dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles d'épargne du dos ; Que par décision du 23 août 2016, l'OAI a refusé l'octroi de mesures professionnelles et de rente d'invalidité à l'assurée, motif pris que son degré d'invalidité total, de 5%, était insuffisant pour ouvrir droit à une rente d'invalidité ; qu'il a en effet considéré qu'elle présentait une incapacité de travail totale dans son activité habituelle et une capacité de travail entière dans une activité adaptée, en février 2016 ; Que l'assurée, représentée par son mandataire, a interjeté recours en date du 22 septembre 2016, concluant à la mise en œuvre d'une expertise médicale bidisciplinaire et, sur le fond, à l'annulation de la décision de l'OAI ; Que dans son écriture complémentaire du 30 novembre 2016, la recourante fait grief à l'intimé de n'avoir pas instruit le dossier et d'avoir fondé sa décision sur un examen médical du dossier par le SMR et un rapport d'expertise de la clinique Corela qui ne revêtent aucune valeur probante ; Que la recourante relève que l'intimé s'écarte des conclusions fondées sur cette expertise ainsi que sur celles des médecins l'ayant traitée ; qu'elle conteste également l'application de la méthode mixte, rappelant que la Cour européenne des droits de l'homme l'a jugée discriminatoire ; qu'elle invoque enfin que sa situation n'a cessé de s'empirer, notamment d'un point de vue psychique, et qu'une incapacité de travail totale doit être retenue ; Que dans sa réponse du 17 janvier 2017, l'intimé conclut au rejet du recours ; Que dans son écriture du 8 février 2017, la recourante relève que la position de l'intimé est aberrante dès lors qu'il affirme avoir suivi les conclusions de l'expert mais, contrairement à ce dernier,

avoir retenu une incapacité de travail différente ; que l'avis du SMR du 22 décembre 2016 ne tient pas compte des rapports médicaux produits ; que la recourante se réfère aux rapports médicaux du docteur J_____, de Monsieur K_____ et du docteur L_____, aux termes desquels elle présente actuellement des douleurs de la face latérale de la hanche et de la région fessière, une cervico-brachialgie droite et des limitations fonctionnelles bien plus importantes en raison de la recrudescence des douleurs ; qu'au surplus le psychiatre a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent d'épisode actuel sévère sans syndrome psychotique, des troubles anxieux, une personnalité dépendante et un trouble mental dû à une affection physique ; Que dans sa duplique du 16 février 2017, l'intimé a persisté à conclure au rejet du recours ; Que lors de l'audience de comparution personnelle des parties du 29 mars 2017, l'intimé a déclaré que le SMR n'a pas suivi les conclusions finales de l'expertise Corela quant à la capacité de travail dans l'activité habituelle ; Que l'assurée a déclaré quant à elle que ses problèmes de dos ont commencé en Italie, avant son arrivée en Suisse ; qu'elle avait en effet été opérée en 2005 et que pendant six ans elle allait bien parce qu'elle ne travaillait pas ; qu'elle a commencé à travailler à la M_____ et qu'elle a subi deux opérations en trois ans ; qu'actuellement elle avait deux hernies cervicales et que ses problèmes du dos ont réapparu en Suisse en 2012 ; qu'elle a persisté dans ses conclusions tendant à la mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire ; Qu'à la demande de la chambre de céans, la policlinique médicale universitaire, par courrier du 4 avril 2017, a déclaré pouvoir accepter le mandat d'expertise ; que la docteure N_____, médecin responsable, a indiqué que cette dernière devrait comporter les disciplines de médecine interne, orthopédie, psychiatrie et neurologie et qu'elle a communiqué les noms des médecins qui se chargeraient de l'expertise ; Qu'en date du 6 avril 2017, la chambre de céans a communiqué aux parties le courrier de la PMU et leur a imparti un délai pour faire part d'éventuels motifs de récusation à l'encontre des experts ; Que le 21 avril 2017, l'intimé relève qu'il n'est pas en mesure de se prononcer sur la légitimité de la mise en œuvre d'une expertise, raison pour laquelle il s'opposait à une telle mesure dans la mesure où l'expertise bidisciplinaire figurant au dossier et l'analyse approfondie de la part du SMR sont probantes ; que pour le surplus il n'avait pas de motif de récusation à l'encontre des experts pressentis ; Qu'en date du 4 mai 2017, la chambre de céans a communiqué aux parties le dispositif de l'ordonnance d'expertise et leur a imparti un délai pour se prononcer sur les questions ; Que le 16 mai 2017, la recourante a communiqué à la chambre de céans des questions complémentaires à poser aux experts ; Que l'intimé a fait savoir, le 18 mai 2017, qu'il n'avait pas de question complémentaires à poser aux experts ; Attendu en droit qu'à partir du 1^{er} janvier 2011, la chambre des assurances sociales est compétente en la matière (art.134 de la loi sur l'organisation judiciaire; LOJ - E 2 05) ; Que la loi sur la partie générale des assurances sociales (LPGA), entrée en vigueur le 1^{er} 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 œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances

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 ; arrêt du Tribunal fédéral 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, la chambre de céans n'est pas en mesure de statuer définitivement sur le droit aux prestations de la recourante, dès lors que la situation médicale n'est pas claire quant aux atteintes à la santé et leurs répercussions sur la capacité de travail ; Que l'intimé se fonde sur une expertise de la clinique Corela mise en oeuvre par l'assureur perte de gain et datant de plus d'une année avant la décision querellée ; qu'au demeurant, le SMR admet qu'il ne peut suivre les conclusions des experts quant à la capacité de travail de la recourante dans l'activité habituelle, ce qui conduit déjà à douter fortement de la valeur probante de l'expertise ; Qu'enfin, les avis médicaux figurant au dossier contredisent les conclusions des experts de la clinique Corela, aussi bien du point de vue des diagnostics, des limitations fonctionnelles et de la capacité de travail ; Que dans ces conditions, il convient d'ordonner une expertise, laquelle sera confiée aux docteurs N_____, O_____, P_____ et Q_____ de la PMU à Lausanne ; Que pour le surplus, la chambre de céans complétera l'ordonnance par les questions complémentaires de la recourante, dans la mesure de leur pertinence. *** PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant préparatoirement 1. Ordonne une expertise pluridisciplinaire (médecine interne, orthopédie, psychiatrie et neurologie) de Madame A_____.

2. Commet à ces fins la Polyclinique médicale universitaire (PMU), à Lausanne, soit les docteurs N_____, médecine interne, O_____, orthopédie, P_____, psychiatrie et Q_____, neurologie.

3. Dit que la mission d'expertise est la suivante :

a) prendre connaissance du dossier de la cause ;

b) si nécessaire, prendre tous renseignements et/ou requérir tous rapports médicaux auprès des médecins ayant traité l'assurée ;

c) examiner et entendre l'assurée, après s'être entouré de tous les éléments utiles, au besoin d'avis d'autres spécialistes ;

d) si nécessaire, ordonner d'autres examens.

4. Charge les experts d'établir un rapport détaillé et de répondre aux questions suivantes :

1. Anamnèse détaillée (familiale, personnelle, professionnelle et médicale).

2. Plaintes et données subjectives de l'assurée.

3. Status clinique et constatations objectives.

4. Diagnostic(s) selon la classification internationale.

5. Précisez quels critères de classification sont remplis et de quelle manière (notamment l'étiologie et la pathogénèse).

5. Depuis quand les différentes atteintes à la santé sont-elles présentes ?

6. Les plaintes sont-elles objectivées ?

7. L'assurée présente-t-elle des limitations fonctionnelles ? si oui, lesquelles ?

8. Y a-t-il exagération des symptômes ou constellation semblable (discordance substantielle entre les douleurs décrites et le comportement observé ou l'anamnèse, allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, absence de demande de soins médicaux, plaintes très démonstratives laissant insensible l'expert, allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) ?

9. Dans l'affirmative, considérez-vous que cela suffise à exclure une atteinte à la santé significative ?

!endif]>![if> 10. Les limitations du niveau d'activité sont-elles uniformes dans tous les domaines (professionnel mais aussi personnel) ? Quel est le niveau d'activité sociale et comment a-t-il évolué depuis la survenance de l'atteinte à la santé ? !endif]>![if> 11. Dire quelle a été l'évolution de l'état de santé de l'assurée : s'est-il amélioré, aggravé ou est-t-il demeuré stationnaire ? En cas de changement, depuis quand l'amélioration ou la péjoration a-t-elle eu lieu ? !endif]>![if> 12. Quels ont été les traitements entrepris et avec quel succès (évolution et résultats des thérapies) ? !endif]>![if> 13. L'assurée a-t-elle fait preuve de résistance à l'égard des traitements proposés ? La compliance est-elle bonne ? !endif]>![if> 14. Dans quelle mesure les traitements ont-ils été mis à profit ou négligés ? !endif]>![if> 15. Mentionner, pour chaque diagnostic posé, les limitations fonctionnelles qu'il entraîne, !endif]>![if> a) dans l'activité habituelle !endif]>![if> b) dans une activité adaptée. !endif]>![if> 16. Mentionner globalement les conséquences des divers diagnostics retenus sur la capacité de travail de l'assurée, en pourcent, !endif]>![if> a) dans l'activité habituelle !endif]>![if> b) dans une activité adaptée. !endif]>![if> 17. Dater la survenance de l'incapacité de travail durable, le cas échéant, indiquer l'évolution de son taux et décrire son évolution. !endif]>![if> 18. Évaluer l'exigibilité, en pourcent, d'une activité lucrative adaptée, indiquer depuis quand une telle activité est exigible et quel est le domaine d'activité adapté. !endif]>![if> 19. Dire s'il y a une diminution de rendement et la chiffrer. !endif]>![if> 20. Évaluer la possibilité d'améliorer la capacité de travail par des mesures médicales. Indiquer quelles seraient les propositions thérapeutiques et leur influence sur la capacité de travail. !endif]>![if> 5. S'agissant plus particulièrement des troubles psychiques, charge l'expert psychiatre de répondre également aux questions suivantes : !endif]>![if> a) Les troubles psychiques diagnostiqués ont-ils valeur de maladie en tant que telle selon le DSM ou la CIM-10 ? Quel est le degré de gravité de chacun des troubles diagnostiqués (faible, moyen, grave) ? b) Les troubles psychiques constatés nécessitent-ils une prise en charge spécialisée ? c) Existe-t-il un trouble de la personnalité ou, une altération des capacités inhérentes à la personnalité ? Quelles sont ses répercussions fonctionnelles (conscience de soi et de l'autre, appréhension de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité, motivation, notamment) sur la capacité à gérer le quotidien, à travailler et/ou en termes d'adaptation ? Motiver votre position. d) De quelles ressources mobilisables l'assurée dispose-t-elle ? e) Quel est le contexte social ? L'assurée peut-elle compter sur le soutien de ses proches ? f) Pour le cas où il y aurait refus ou mauvaise acceptation d'une thérapie recommandée et accessible : cette attitude doit-elle être attribuée à une incapacité de l'assurée à reconnaître sa maladie ? g) Dans l'ensemble, le comportement de l'expertisée vous semble-t-il cohérent ? Pourquoi ? Veuillez expliquer. h) En cas de trouble psychique invalidant, veuillez décrire les empêchements de la recourante dans ses tâches liées : i. à la conduite du ménage (planification, organisation, répartition du travail, contrôle), !endif]>![if> ii. à l'alimentation (préparation, cuisson, service, travaux de nettoyage de la cuisine, provisions), !endif]>![if> iii. à l'entretien du logement (épousseter, passer l'aspirateur, entretenir les sols, nettoyer les vitres, faire les lits), !endif]>![if> iv. aux emplettes et aux courses diverses (poste, assurances, services officiels), !endif]>![if> v. à la lessive et à l'entretien des vêtements (laver, suspendre, ramasser, repasser, raccommoder, nettoyer les chaussures), !endif]>![if> vi. divers (soins infirmiers, entretien des plantes et du jardin, garde des animaux domestiques, confection de vêtements, activité d'utilité publique, formation complémentaire, création artistique). !endif]>![if> i) Veuillez indiquer la date et

le taux d'empêchement dans chacune des activités en question énumérées ci-dessus sous lettre h). 6. 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. 7. Commenter et discuter les avis médicaux du SMR, des experts s'étant déjà prononcés et des médecins traitants. 8. Si les experts s'écartent des conclusions du SMR, des experts de la clinique CORELA et des médecins traitants sur la question des diagnostics, des limitations fonctionnelles et de la capacité de travail de l'assurée, dire pourquoi. Veuillez motiver votre réponse. 8. Formuler un pronostic global. 9. Toute remarque utile et proposition des experts. 10. Invite les experts à déposer à leur meilleure convenance un rapport en trois exemplaires à la chambre de céans. 11. Réserve le sort des frais et le fond. La greffière Isabelle CASTILLO La présidente Juliana BALDÉ 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.