

## **GE\_GERICHTE A/393/2012 vom 28. Juni 2012**

GE Cour de justice, 2012-06-28, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_393\\_2012](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_393_2012)

FR: GE\_GERICHTE A/393/2012 du 28 juin 2012

IT: GE\_GERICHTE A/393/2012 del 28 giugno 2012

### **Volltext**

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 02.07.2012  
A/393/2012

A/393/2012 ATAS/876/2012 du 02.07.2012 ( AI ) RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/393/2012 ATAS/876/2012 ORDONNANCE D'EXPERTISE DE LA COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales du 28 juin 2012 5ème Chambre En la cause Madame M\_\_\_\_\_, domiciliée à Onex, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître GABUS Pierre Recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue de Lyon 97; Case postale 425, 1211 Genève 13 Intimée EN FAIT : Madame M\_\_\_\_\_, née en 1963 et originaire du Portugal, est entrée en Suisse en 1980. Elle est mère de deux enfants nés en décembre 1991 et en mars 1997. Sans formation professionnelle, elle travaille comment agent de propreté et hygiène aux HÔPITAUX UNIVERSITAIRES DE GENEVE (HUG) depuis le 30 novembre 1992. Selon le rapport médical du 3 octobre 2000 du Dr A\_\_\_\_\_, cardiologue, l'intéressée présente des douleurs thoraciques. Le bilan cardiologique ne révèle cependant pas de problème cardiaque. Le 2 avril 2001, la Dresse B\_\_\_\_\_, rhumatologue, écrit au Dr C\_\_\_\_\_, médecin traitant, qu'elle a vu la patiente le 27 mars 2001 pour dorsalgies chroniques. Le traitement de physiothérapie avait bien amélioré la situation. Par la suite, elle a cependant mal supporté le traitement de rééducation posturale. Après entretien, il apparait que le problème principal soit dans une surcharge de travail familial et professionnel, avec un mari à la charge de l'assurance-invalidité qui ne peut guère la décharger. Dans son rapport du 20 avril 2002 à la Dresse B\_\_\_\_\_, le Dr C\_\_\_\_\_ relève que la patiente souffre de douleurs se chronicisant et touchant principalement la nuque, la région des trapèzes et le thorax. Plus récemment, elle présente une extension douloureuse à tout le rachis dorsal. Il y a une résistance à tous les traitements tentés (antalgiques, infiltrations, myorelaxants). Les antidépresseurs tricycliques à visées antalgiques sont inefficaces ou mal tolérés (sommolence). Le traitement d'acupuncture a également été sans effet. Selon ce médecin, il y a indéniablement un état anxio-dépressif latent multifactoriel, à savoir un travail d'aide-soignante impliquant le port de charges, une surcharge d'occupation à domicile avec les enfants, le ménage et un mari à la charge de l'assurance-invalidité pour un syndrome douloureux chronique difficile à gérer. La patiente a très peu d'espaces de loisir. Dans son rapport du 12 juin 2002, la Dresse B\_\_\_\_\_ confirme que la patiente présente un syndrome douloureux chronique diffus avec probablement un état dépressif sous-jacent dans un contexte de surcharge familiale et professionnelle. Une échographie des épaules met en évidence une petite rupture partielle intra-tendineuse du sus-épineux à droite. Ce médecin a conseillé à la patiente des traitements de Dafalgan, une physiothérapie et des cours d'aquagym. En janvier 2004, l'intéressée requiert des prestations de l'assurance-invalidité. Dans son rapport du 11 juillet 2004, le Dr C\_\_\_\_\_

diagnostique un syndrome douloureux chronique avec importante contracture, tension musculaire cervicale et dorsale, irradiant aux deux bras, ainsi qu'un état anxio-dépressif latent réactionnel depuis 2001. A titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, il mentionne une hypertension artérielle et une surcharge pondérale. La capacité de travail était de 50 % du 1<sup>er</sup> septembre au 9 novembre 2003, puis nulle jusqu'au 28 mars 2004. Dès cette date, elle est de 50 % pour une durée indéterminée. L'état s'aggrave. Le 1<sup>er</sup> mars 2006, l'assurée est examinée par les Dr D\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, et la Dresse E\_\_\_\_\_, psychiatre, médecins au Service médical régional pour la Suisse romande de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR). Dans leur rapport du 12 juin 2006, ces médecins ne retiennent aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail. Les diagnostics de syndrome douloureux généralisé sans substrat organique, de dorsalgies et cervicobrachialgies bilatérales dans le cadre de troubles statiques modérés et de discrets troubles dégénératifs du rachis avec séquelles de la maladie de Scheuermann, ainsi que d'obésité sont sans répercussion sur la capacité de travail. Partant, les médecins retiennent une capacité de travail totale dans l'activité actuelle et dans toute autre activité. Les mobilités cervicales et lombaires sont un peu diminuées, mais celles des articulations périphériques sont conservées. Il y a des douleurs à la palpation non seulement des divers points typiques de la fibromyalgie mais également de la masse musculaire des quatre membres (points de contrôle). Le diagnostic de fibromyalgie ne peut dès lors être retenu. En absence de véritable détresse, les médecins ne retiennent pas non plus le diagnostic de syndrome somatoforme persistant. Les troubles statiques, les troubles dégénératifs et les séquelles de la maladie de Scheuermann sont trop modérés pour conduire à une incapacité de travail. Du point de vue psychiatrique, il est relevé que la collaboration est, par moments, discutable. L'assurée ne présente pas de traits prémorbides de la personnalité ni une autre comorbidité psychiatrique. Il n'y a pas de perte d'intégration sociale et l'éventuel profit tiré de la maladie peut être situé dans un contexte d'un mari rentier à 100 % pour des douleurs chroniques et possiblement un choix personnel de bénéficier de plus de temps libre. Les traitements conformes aux règles sont décrits comme soulageant momentanément les douleurs. Par ailleurs, les douleurs alléguées sont décrites comme intenses aux caractéristiques vagues et il n'y a pas de demande de soins. Du status psychiatrique, il ressort notamment que la thymie est triste, mais que l'image de soi est bonne sans anhédonie, sentiment de culpabilité, d'idée suicidaire et de fatigabilité objectivable. Selon l'anamnèse, l'enfance était sans particularité et l'assurée s'entend bien avec toute la famille. Après un accident, son mari est au bénéfice d'une rente entière d'invalidité depuis 1983, en raison de dorsalgies. L'entente du couple est bonne. L'assurée doit parfois s'occuper de son mari lorsqu'il est pris de blocages douloureux du dos. La famille se rend annuellement en vacances au Portugal en avion. L'assurée travaille toujours à 50 % aux HUG (après-midi). Elle assume seule les tâches du ménage. Elle apprécie les programmes de télévision et aime lire des romans portugais. Elle se rend en ville pour faire du « lèche-vitrines », mais sort relativement peu. Elle est entourée de nombreux amis et d'une partie de sa famille en Suisse. Le couple se promène également en voiture. Le 18 juillet 2006, l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE (ci-après : OAI) informe l'assurée qu'il a l'intention de lui refuser le droit à une rente, sur la base de l'examen du SMR. Par décision du 14 novembre 2006, l'OAI confirme ce projet de décision. Cette décision est adressée à l'assurée et non pas au mandataire qui s'était constitué pour la défense de ses intérêts le 31 août 2006. Le 5 décembre 2006, le Dr C\_\_\_\_\_ demande une prolongation du délai de recours, estimant utile de procéder à

une évaluation psychologique et rhumatologique. Le 11 décembre 2006, l'OAI lui fait savoir que le mandataire de l'assurée ne lui a pas apporté d'éléments permettant de revoir son projet de décision et qu'il ne lui appartient pas d'accorder un nouveau délai à l'assurée pour apporter de nouvelles informations, la procédure étant au stade du recours. L'OAI lui rappelle que l'assurée peut déposer directement son recours auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales (depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice). Par courrier du 9 décembre 2006 à l'OAI, l'assurée lui communique que sa santé s'empire, ce qui a été confirmé par son médecin traitant, qui doit faire des examens complémentaires. Elle demande dès lors également de lui accorder un délai plus long pour faire recours. Le 12 décembre 2006, l'OAI lui répond qu'elle ne peut pas lui accorder un délai supplémentaire pour demander une contre-expertise pluridisciplinaire. Toutefois, il était loisible à son mandataire de déposer un recours devant la juridiction compétente dans le délai légal. Dans un rapport du 26 mars 2007, la Dresse F\_\_\_\_\_ du Service de rhumatologie des HUG diagnostique un syndrome douloureux chronique diffus de type fibromyalgie. La symptomatologie douloureuse est de caractère mécanique et exacerbée par l'activité professionnelle. Il n'y a aucun argument pour un rhumatisme inflammatoire hormis une sensation d'œdème des doigts matinale. Dans l'anamnèse, ce médecin relève une prise pondérale régulière, de fréquentes oppressions thoraciques atypiques, des douleurs abdominales quotidiennes, de fréquentes céphalées associées à des vertiges et des paresthésies des extrémités. Il y a aussi des troubles du sommeil. La mobilisation de toutes les articulations est indolore, sans limitation fonctionnelle ni déformation. La palpation des 18 points sur 18 de fibromyalgie est douloureuse. Les douleurs de la patiente s'inscrivent dans le contexte d'un probable état dépressif caractérisé par des troubles du sommeil, une perte de l'élan vital, un sentiment de dévalorisation et une thymie triste. L'état dépressif semble actuellement s'aggraver malgré un suivi psychiatrique régulier et un traitement antidépresseurs depuis deux ans. Le 21 mai 2007, la Dresse G\_\_\_\_\_, psychiatre, certifie avoir avec l'assurée un traitement psychothérapeutique régulier une fois par semaine depuis le 14 décembre 2006. La patiente présente un état dépressif majeur sévère avec aboulie, fatigue, troubles du sommeil dans un contexte de douleurs somatiques. Par courrier du 18 juin 2008, le Dr C\_\_\_\_\_ demande à l'OAI de réévaluer la capacité de travail de sa patiente. Il relève qu'elle souffre de douleurs ostéoarticulaires très marquées, limitant sa capacité de travail à 50 % dans sa profession d'aide hospitalière. Néanmoins, elle tient à poursuivre son travail. Par ailleurs, la persistance de son état algique et les efforts continus générés par sa volonté de ne pas manquer son travail impliquent une sollicitation morale importante et engendrent une dysthymie marquée. Le 3 juin 2007, le Dr C\_\_\_\_\_ réitère sa demande de réévaluer la situation de sa patiente. Il relève que celle-ci dit vivre intensément un état anxio-dépressif à composante notamment réactionnelle. Cet état et les troubles somatiques deviennent interdépendants. Elle a vécu la décision de refus de l'assurance-invalidité comme une disqualification de sa crédibilité, ce qui est délétère à tous les niveaux de fonctionnement et engendre une crainte pour l'avenir. Néanmoins, elle continue à travailler à 50 %. A l'appui de sa demande de réévaluation, le Dr C\_\_\_\_\_ joint le certificat du 21 mai 2007 de la Dresse G\_\_\_\_\_ et de la Dresse F\_\_\_\_\_ des HUG. Par courrier du 30 juin 2008, l'OAI fait savoir au nouveau mandataire de l'assurée, en faisant référence à une demande de prestations du 23 juin 2008 qui ne figure pas dans le dossier, que l'assurée doit établir de manière plausible que l'invalidité ou l'impotence s'est modifiée de manière à influencer ses droits. Il lui impartit un délai pour faire parvenir les documents médicaux l'attestant. Par courrier du 22 juillet

2008, l'assurée fait valoir, par l'intermédiaire de son conseil, que son état de santé s'est sensiblement aggravé, en se référant au courrier du 18 juin 2008 du Dr C\_\_\_\_\_. Elle joint par ailleurs un nouveau certificat médical du 10 juillet 2008 de la Dresse G\_\_\_\_\_. Selon le certificat médical précité de cette psychiatre, l'assurée présente un trouble dépressif récurrent sévère avec syndrome somatique, qui a une influence indéniable sur sa capacité de travail. Dans un avis médical du 21 août 2008, le Dr H\_\_\_\_\_ du SMR estime qu'il n'y a pas d'éléments suffisants pour modifier les conclusions du rapport du 20 juin 2006 du SMR. Le 26 août 2008, l'OAI fait savoir à l'assurée qu'il a l'intention de refuser d'entrer en matière sur sa nouvelle demande. Par courrier du 1<sup>er</sup> septembre 2008, l'assurée s'oppose à ce projet, par l'intermédiaire de son conseil. Elle l'invite à procéder à l'instruction de sa nouvelle demande en faisant valoir qu'un épisode dépressif majeur peut constituer une comorbidité importante au trouble somatoforme douloureux, de sorte que celui-ci revêt un caractère invalidant. Par courrier du 3 septembre 2008, l'OAI fait savoir à l'assurée que son courrier n'apporte pas d'objection fondée. Une IRM du pied gauche réalisée le 9 septembre 2008 met en évidence une tuméfaction et un signal hyperintense hétérogène de l'aponévrose plantaire superficielle évoquant le diagnostic d'aponévrosite plantaire superficielle, et une tuméfaction ovalaire au niveau des espaces inter-capito-métatarsiens du deuxième et troisième évoquant le diagnostic de névrome de Morton. Par ailleurs, l'aspect remanié du ligament « en haie » peut être en relation avec une ancienne entorse de la sous-astragaliennne. Par courrier du 23 septembre 2008 à l'OAI, l'assurée fait valoir que les médecins du SMR n'ont diagnostiqué aucun trouble psychiatrique, alors que la Dresse G\_\_\_\_\_ constate maintenant un trouble dépressif récurrent sévère avec syndrome somatique. Elle invite dès lors l'OAI à instruire sa nouvelle requête d'octroi de prestations. Par décision du 6 octobre 2008, l'OAI confirme son projet de décision précité. Dans le cadre de la procédure de recours contre cette décision, l'OAI l'annule et accepte d'entrer en matière sur la demande, par décision du 4 décembre 2008. Partant, le Tribunal cantonal des assurances sociales constate (dès le 1<sup>er</sup> décembre 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice), par arrêt du 14 janvier 2009, que la cause est devenue sans objet, et la raye du rôle. Dans son rapport du 16 octobre 2008, la Dresse G\_\_\_\_\_ confirme son précédent diagnostic et relève ce qui suit : « L'état dépressif se manifeste chez [l'assurée] par une fatigue et une fatigabilité, un désintérêt pour les activités auparavant bien investies, une inhibition généralisée, des sentiments de perte de l'estime de soi, d'un manque de confiance, de perte d'espoir, prise qu'elle est dans les douleurs physiques et qui limitent les mouvements au quotidien. Cette situation qui dure entraîne des angoisses précises de ne pas ou de ne plus y arriver. [L'assurée] qui se décrit comme une femme auparavant dynamique, combative et active ne se reconnaît pas dans son état actuel, ce qui lui est douloureux. Elle présente également des troubles du sommeil sous forme de troubles de l'endormissement. Cet état a des répercussions sur la vie sociale qui se réduit de même que sur la capacité de travail qui est fortement diminuée, ce dont la patiente souffre beaucoup car elle aime son activité, source également de contacts avec d'autres. [L'assurée] bénéficie d'un traitement médicamenteux antidépresseurs prescrit par son médecin traitant. Le traitement qui se poursuit a permis de limiter la gravité de l'état dépressif et de le rendre moins uniformément sévère. » Le 20 octobre 2008, le Dr C\_\_\_\_\_ fait savoir à l'OAI que les douleurs ostéo-articulaires se péjorent constamment. Il devient de plus en plus évident que le problème dépressif prévaut pour moduler négativement les douleurs. Il y a un cercle vicieux entre dépression et douleurs. A cela s'ajoute une hypertension artérielle nécessitant un traitement continu et une surcharge

pondérale résistante, une épicondylite et des douleurs plantaires sur névrome de Morton. Selon le rapport du 11 avril 2009 du Dr I \_\_\_\_\_ du Service des urgences des HUG, l'assurée a fait appel à une ambulance le 10 avril 2009. Elle était en train de préparer le repas, lorsqu'elle a senti la tête tourner, puis a eu un sentiment d'oppression thoracique avec dyspnée et paresthésies dans les deux mains. A l'arrivée des ambulanciers, elle présente une tachypnée importante avec tétanie des mains. A l'examen clinique, une anxiété importante avec larmes aux yeux est constatée. Le diagnostic retenu est un trouble panique. Dans son rapport du 17 mai 2009, le Dr C \_\_\_\_\_ certifie que l'état de santé de sa patiente s'est aggravé et qu'elle présente une importante dysthymie anxio-dépressive avec problème somatique marqué, en plus d'une épicondylite à gauche durable et de douleurs à la marche. L'état de santé s'est modifié progressivement, mais notablement les 6 à 8 derniers mois. Actuellement, elle est en arrêt de travail depuis le 7 mai 2009 pour l'épicondylite et le problème du morton du pied droit jusqu'au 25 mai 2009. A cela s'ajoute des douleurs thoraciques récemment investiguées. Le Dr C \_\_\_\_\_ estime que cette patiente courageuse est réellement et objectivement invalide en raison d'une problématique médicale complexe multifactorielle. Le 24 septembre 2009, l'assurée est soumise à une expertise bidisciplinaire rhumatologique et psychiatrique par les Dr J \_\_\_\_\_, rhumatologue et interniste, et la Dresse K \_\_\_\_\_, psychiatre. Dans leur rapport du 3 décembre 2009, les experts retiennent le diagnostic, avec répercussion sur la capacité de travail, d'épisode dépressif moyen sans syndrome somatique, présent depuis fin 2006. Les diagnostics suivants n'ont pas de répercussion sur celle-ci : fibromyalgie présente depuis 2001, obésité morbide et hypertension artérielle essentielle. La capacité de travail est limitée à 50 % pour des raisons psychiques. Les limitations à ce niveau sont une anhédonie, la difficulté de se projeter dans le futur, la fatigabilité, la diminution des ressources psychiques, un certain retrait social et l'abaissement de la thymie. Sur le plan somatique, il est notamment relevé que l'assurée travaille toujours à 50 % comme nettoyeuse, se déplace sans problème et bouge lentement, mais sans difficulté. Du point de vue rhumatologique, la capacité de travail est entière, en tenant compte d'une baisse de rendement de 30 % liée à l'obésité morbide. Sur le plan psychiatrique, l'assurée présente une humeur dépressive à l'examen clinique, ainsi qu'une perte de l'intérêt ou du plaisir des activités habituellement agréables, une diminution du thymus vital et de la confiance en soi, un sentiment de culpabilité et des troubles du sommeil. Au vu du taux sérique bas et non thérapeutique de l'antidépresseur, ce médicament devrait être augmenté et son taux sérique contrôlé quinze jours plus tard. Cela peut traduire soit un métabolisme rapide, soit une compliance partielle. L'expert psychiatre ne retient pas le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant, la plainte essentielle de l'assurée n'étant pas du registre algique mais du registre dépressif. De l'anamnèse, il ressort notamment que son époux a subi un accident professionnel en 1991. L'assurée fait son ménage, aidée un peu par sa fille et, pour le repas, par son époux. Elle ne sort presque plus. Dans son avis médical du 12 avril 2010, le Dr H \_\_\_\_\_ du SMR estime que la baisse de rendement de 30 % en lien avec l'obésité ne peut être retenue, cette affection n'ayant pas une répercussion durable sur la capacité de travail. Quant à l'affection psychiatrique, elle doit pouvoir s'améliorer par l'application d'un traitement psychotrope suffisant. A la demande de l'OAI, le Dr C \_\_\_\_\_ invite la patiente à augmenter le dosage du médicament antidépresseur. Le 5 décembre 2010, le Dr C \_\_\_\_\_ informe l'OAI que, malgré que le fait que la patiente prend régulièrement le médicament, son taux sérique reste inférieur à la norme. Elle avait pris en 2008 un autre antidépresseur, puis a changé de médicament courant 2009, sans que l'état clinique se soit

amélioré. Il en va de même avec le dernier médicament. De ce fait, le Dr C \_\_\_\_\_ estime que le traitement antidépresseur médicamenteux n'influence pas significativement les troubles dépressifs. Dans son rapport du 11 janvier 2011, la Dresse G \_\_\_\_\_ atteste que l'état est resté stationnaire et que la capacité de travail de la patiente est de 50 %. La compliance est optimale et le traitement est bien investi. Il y a également une bonne concordance entre les plaintes et l'examen clinique. Par courrier du 15 février 2011, l'assurée invite l'OAI à se prononcer sur le droit à une rente et à lui accorder au minimum un trois-quarts de rente. Selon la note d'entretien du 21 février 2011 entre le Dr L \_\_\_\_\_ du SMR et le Dr C \_\_\_\_\_, il n'y a pas de doute, selon ce dernier médecin, sur la compliance de l'assurée. L'augmentation du dosage de l'antidépresseur n'a pas été suivie d'amélioration des taux sanguins. Selon un spécialiste en psychopharmacologie, il s'agit d'un problème de métabolisme rapide. En raison d'effets secondaires, le dosage du médicament a dû être réduit. Le Dr C \_\_\_\_\_ n'envisage pas de changer de médicament, les traitements antérieurs n'ayant pas eu plus d'effet que le traitement actuel. Dans un rapport du 20 février 2011, le Dr C \_\_\_\_\_ atteste que l'état est stationnaire. Ses limitations sont les suivantes : importantes douleurs du rachis, notamment cervical et dans les épaules lors des efforts, avec signes de tendinopathies contractuelles musculaires, associées à des douleurs thoraciques itératives. Il y a aussi des récurrences d'épicondylites et des paresthésies des mains, très probablement secondaires à une récurrence de tunnel carpien, et une persistance de douleurs intenses du pied gauche exacerbées à la marche, secondairement à un nodule de Morton. L'assurée souffre d'un état dépressif réactionnel durable en raison des atteintes somatiques et de l'inquiétude notable au sujet de son mari qui est malade. L'augmentation de la dose du traitement antidépresseur n'a pas changé la thymie ni normalisé le test sanguin, mais a eu de nombreux effets secondaires tels qu'une exacerbation de l'asthénie et des nausées. La compliance a toujours été bonne. L'hypothèse la plus probable est celle d'une patiente « fast metabolizer », soit qui métabolise le médicament plus rapidement que la norme, selon le pharmacologue du laboratoire. Une erreur technique a été écartée et il se peut également qu'il n'y ait simplement pas d'explication à cet état de fait. La surcharge pondérale est aussi un élément déterminant et aggravant les troubles ostéo-articulaires, notamment l'atteinte du pied gauche. La patiente souffre en outre de gonalgies occasionnelles, mais pas très gênantes. Diverses approches ont été discutées pour le problème de poids, mais il est difficile à résoudre tant que le cercle vicieux de la dépression est présent. Il pourrait être certainement amoindri par une reconnaissance officielle des troubles et d'une incapacité de travail de 50 %. Par ailleurs, la patiente peut bénéficier actuellement d'aucune protection en cas de perte de gain, ce qui l'empêche d'investiguer et de traiter la récurrence de tunnel carpien et de se faire opérer au pied gauche. Le 20 mai 2011, l'assurée est soumise à une seconde expertise psychiatrique par la Dresse K \_\_\_\_\_. Dans son rapport du 28 mai 2011, l'experte ne retient sur le plan psychique aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail. Les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme et d'épisode dépressif léger sans syndrome somatique, dès l'été 2010, sont sans répercussion sur la capacité de travail. Celle-ci est par conséquent totale. A l'examen clinique, l'assurée présente toutefois une humeur dépressive, une perte de l'intérêt et du plaisir dans des activités habituellement agréables, une réduction de l'énergie vitale et une difficulté à se projeter dans l'avenir. Par rapport à l'examen effectué en septembre 2009, l'experte ne constate plus de diminution de la confiance en soi, ni de sentiment de culpabilité. En 2009, les éléments dépressifs étaient au premier plan, alors que lors du nouvel examen, ils sont relatifs à des douleurs diffuses.

L'évocation de douleurs diffuses et persistantes associées à un état de détresse émotionnelle et à des conflits psychosociaux amènent l'experte à retenir le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant, lequel n'est cependant pas accompagné d'une comorbidité psychiatrique d'acuité intense. La sociabilité est conservée avec la famille proche et les collègues professionnels. L'expertisée se rend annuellement en avion dans son pays d'origine pour les vacances et dit se sentir mieux dans son pays. Chaque dimanche, elle se rend avec ses enfants à la messe. Par ailleurs, selon l'experte, l'assurée était nettement plus tonique qu'en septembre 2009 et montre une certaine revendication à l'encontre de l'assurance-invalidité. Au vu de l'évolution et des plaintes, l'experte estime en outre qu'il y a un état psychique cristallisé. Les divers traitements ont permis de passer d'un épisode dépressif moyen à épisode dépressif léger. Le fonctionnement au quotidien lui fait dire que l'assurée dispose de certaines ressources lui permettant de surmonter les algies. Elle estime ainsi que « Le syndrome douloureux somatoforme persistant et l'épisode dépressif léger n'entraînent pas de limitation et ne sont par conséquent pas incapacitants ». Son pronostic est toutefois sombre quant à la reprise d'une activité professionnelle à 100 %, pour les raisons extra-médicales. Le 30 juin 2011, l'assurée demande à l'OAI, par l'intermédiaire de son mandataire, de lui faire parvenir le rapport d'expertise, tout en précisant que la consultation n'a pas duré plus de 40 minutes. A la demande de l'OAI, Dresse K \_\_\_\_\_ complète son expertise le 9 août 2011. Elle précise que l'épisode dépressif moyen, sans syndrome somatique, constaté en septembre 2009, doit être assimilé à un état psychique accompagnant la fibromyalgie et non pas à une comorbidité psychiatrique grave. L'assurée ne souffre pas d'un autre trouble psychique. Il n'y a pas de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie. L'état psychique n'est pas cristallisé, puisque l'épisode dépressif moyen a évolué vers un épisode dépressif léger sans syndrome somatique. Il n'y a donc pas d'échec des traitements. Par ailleurs, le taux sérique de Duloxétine était en septembre 2009 de 3,88 ng/ml et en mai 2011 de 15 ng/ml avec la même dose de Duloxétine, ce qui traduit une meilleure compliance et peut expliquer l'amélioration de la thymie. L'experte explique par ailleurs pourquoi elle a retenu en mai 2011 seulement un épisode dépressif léger sans syndrome somatique. Elle situe cette amélioration à juillet 2010, l'assurée indiquant s'être rendue en vacances auprès de sa famille au Portugal, ce qui lui a été bénéfique. Elle s'intéresse en outre à ce qui se passe dans le monde (téléjournal) et lit plusieurs fois par semaine le journal « 20 Minutes ». Ces éléments n'étaient pas signalés en septembre 2009. Le 31 août 2011, la Dresse G \_\_\_\_\_ adresse à l'OAI quelques commentaires concernant l'expertise psychiatrique. Elle relève qu'elle a diagnostiqué depuis 2008 un trouble dépressif récurrent sévère et, depuis août 2010, des fluctuations de l'intensité de l'état dépressif. Ces diagnostics correspondent aux symptômes relevés par l'experte, à savoir dépression, tristesse, découragement, perte de l'intérêt ou du plaisir à des activités habituellement agréables, absence de libido, diminution de l'énergie vitale avec ponctuellement des idées noires et idées passives de mort, anxiété avec un seuil anxiogène en partie abaissé, une vision négative des perspectives d'avenir, des troubles du sommeil et une sociabilité réduite. L'experte a également mis en avant un appauvrissement affectif, une pauvre capacité de mentalisation, des mécanismes de défense de l'ordre du clivage, du déni et de la répression. La Dresse G \_\_\_\_\_ constate par ailleurs un ralentissement psychomoteur en début de traitement, la diminution très marquée de la libido, un manque de réactivité émotionnelle à des événements habituellement agréables, une diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi par moments. L'anxiété avec un seuil anxiogène en partie abaissé

est en lien avec l'oppression thoracique. La dépression se manifeste en l'occurrence par beaucoup de symptômes négatifs, soit des effacements sournois de fonctionnements antérieurs. Certes, l'assurée a du plaisir d'aller au Portugal, mais elle garde là-bas le même rythme, comme l'experte l'a également relevé. Quant à la fréquentation de l'église, elle est rare depuis plus d'une année. Il semble s'agir de l'aggravation d'une dépression latente, masquée, évoluant à bas bruit, mais préexistant probablement, selon les éléments d'anamnèse. Quant à la différence de son évaluation avec celle de l'experte, elle semble tenir au « besoin d'étayage extérieur nécessaire » à l'assurée. Par ailleurs, la plainte centrale de celle-ci ne semble pas être la douleur physique. Passé la première minute d'entretien, celle-ci n'est plus vraiment une préoccupation dans la relation. Elle pourrait correspondre à une entrée en matière avec un médecin. La Dresse G \_\_\_\_\_ maintient ainsi que sa patiente souffre d'une affection psychiatrique impliquant une atteinte durablement incapacitante. Par courrier du 7 septembre 2011, l'assurée, par l'intermédiaire de son mandataire, met en cause la valeur probante de l'expertise psychiatrique, lui reprochant la courte durée de l'entretien. Celui-ci a par ailleurs débuté à 9 heures et non pas à 8 heures 25 comme cela est indiqué sur une formule pré-imprimée. Durant ce bref entretien, il était impossible de procéder à une étude circonstanciée du cas et de prendre connaissance de l'anamnèse complète. Le rapport d'expertise comporte en outre de nombreuses erreurs et omissions. En premier lieu, l'assurée relève que son taux d'activité aux HUG est de 100 %, mais qu'elle ne travaille qu'à 50 % du fait de son incapacité de travail dûment constatée. Elle n'a jamais assisté aux matchs de football de son fils ni à ses entraînements, comme relevé dans l'expertise. Elle est certes catholique, mais n'est plus pratiquante depuis de nombreuses années, de sorte qu'il est totalement erroné d'indiquer qu'elle se rend à la messe chaque dimanche. Le traitement médicamenteux prescrit est également mal rapporté dans l'expertise. L'assurée conteste aussi avoir indiqué que son moral, sur une échelle de 0 à 10, serait entre 4 et 5. Elle doit faire souvent face à des attaques de panique, alors que cela est expressément nié dans le rapport d'expertise. Elle n'a jamais non plus indiqué que l'intensité de ses douleurs serait de 2 à 3 sur une échelle de 10. Celles-ci sont bien plus importantes, entre 5 et 7. Elle ne s'est en outre pas présentée à l'avance à l'expertise. On ignore sur quoi se base l'experte lorsqu'elle prétend que l'assurée ne présenterait plus de diminution de confiance en soi ni de sentiment de culpabilité. Cela étant, l'assurée invite l'OAI à lui reconnaître une incapacité de travail. Dans son avis médical du 18 octobre 2011, le SMR relève que le syndrome douloureux généralisé sans substrat organique a débuté de nombreuses années avant l'apparition de tout élément dépressif et qu'il n'y a aucun antécédent psychiatrique. Le médecin traitant lui-même a précisé qu'il s'agissait d'un état anxio-dépressif réactionnel. Cela est également objectivé dans le cadre de l'expertise. Quant à la psychiatre traitante, elle n'a pas mentionné dans son rapport le descriptif objectif clinique, après application du traitement adéquat exigible. Elle n'a pas non plus indiqué le syndrome douloureux généralisé sans substrat organique, ni le traitement adéquat réduisant le dommage de l'affection, ni les éléments permettant d'apprécier les critères de sévérité de la jurisprudence en vigueur. Le médecin du SMR conclut que l'assurée ne présente aucune affection qui justifie une incapacité de travail durable. Le 15 novembre 2011, l'OAI informe l'assurée qu'il a l'intention de lui refuser les prestations d'invalidité. Le 7 décembre 2011, l'assurée s'oppose à ce projet, par l'intermédiaire de son mandataire. Elle reproche au médecin du SMR d'avoir omis d'expliquer en quoi l'avis circonstancié de la Dresse G \_\_\_\_\_ ne peut pas être retenu. L'assurée conclut dès lors à ce qu'une incapacité de gain d'au moins 50 % soit constatée. Par décision du 6 janvier 2012, l'OAI

confirme le projet de décision précité. Par acte posté le 5 février 2012, l'assurée recourt contre cette décision, par l'intermédiaire de son conseil, en concluant à son annulation et à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité dès le 26 juin 2008 sous suite de dépens. Elle répète que l'expertise psychiatrique de 2011 n'a pas de valeur probante. En 2009, les experts avaient relevé un épisode dépressif moyen sans syndrome somatique engendrant une incapacité de travail de 50 %. Par ailleurs, le trouble dépressif doit être considéré comme une comorbidité importante, de sorte qu'il y a lieu de reconnaître un trouble somatoforme douloureux à caractère invalidant. Dans sa détermination du 6 mars 2012, l'OAI conclut au rejet du recours. Il estime que les expertises mises en œuvre remplissent toutes les conditions pour leur reconnaître une pleine valeur probante. La durée de l'examen clinique ne saurait remettre en question la valeur du travail de l'expert dont le rôle consiste notamment à se faire une idée sur l'état de santé d'un assuré dans un délai relativement bref. Par ailleurs, le syndrome douloureux somatoforme persistant ne remplit en l'espèce pas les critères jurisprudentiels pour lui reconnaître un caractère invalidant. Il n'y a notamment pas une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée suffisamment importante pour admettre qu'un effort de volonté en vue de surmonter la douleur et de réintégrer un processus de travail n'est pas exigible. S'agissant des troubles dépressifs, ils ne constituent en principe pas une comorbidité psychiatrique grave et durable à un trouble somatoforme douloureux, dans la mesure où ils ne sont en général qu'une manifestation réactive ne devant pas faire l'objet d'un diagnostic séparé. En l'occurrence, les éléments concordants au dossier font apparaître que le trouble dépressif est apparu après le syndrome douloureux chronique. A cela s'ajoute que la recourante ne subit pas de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie. Elle ne présente pas d'affections corporelles chroniques. S'agissant de l'épisode dépressif, les traitements n'ont pas tous échoué, dès lors qu'il y a une évolution positive entre septembre 2009 et juillet 2010. Au vu du fonctionnement quotidien de la recourante, relevé par l'experte, cette dernière dispose aussi de certaines ressources lui permettant de surmonter les algies. Entendue à titre de témoin le 16 mai 2012, la Doctoresse G\_\_\_\_\_ déclare ce qui suit : « Je suis Mme M\_\_\_\_\_ depuis fin 2006 et la vois une fois par semaine depuis 2007. Concernant l'expertise psychiatrique, je m'étonne que l'experte n'ait pas jugé utile de prendre des renseignements au sujet de ma patiente auprès de moi. Par ailleurs, je confirme mon rapport du 31 août 2011 concernant mes commentaires au sujet de cette expertise. Je suis Mme M\_\_\_\_\_ pour la psychothérapie et le Dr C\_\_\_\_\_ s'occupe du traitement médicamenteux. Quant aux causes de l'état dépressif, je relève une sensibilité à la séparation importante et, à titre de circonstances adverses de la vie, la fermeture de l'hôtel où elle travaillait après son arrivée en Suisse. Il s'agissait de son premier emploi et la perte de celui-ci a représenté un petit choc. Il y a aussi l'accident de son mari qui a modifié la vie de couple et engendré un surcroît de travail, dans la mesure où son mari ne peut pas beaucoup l'aider. Or, Mme M\_\_\_\_\_ aime le ménage bien fait. Ses enfants semblent toutefois se débrouiller bien. Je suppose que Mme M\_\_\_\_\_ a dû souffrir déjà précédemment d'états dépressifs qui sont passés inaperçus. Par ailleurs, le Dr C\_\_\_\_\_ lui a prescrit rapidement en 2001 des antidépresseurs. Je relève par ailleurs que Mme M\_\_\_\_\_ a essayé plusieurs antidépresseurs différents, également à des dosages différents. Suite à l'expertise, le dosage de Cymbalta a été augmenté à 90 mg, ce qui a eu pour conséquence une augmentation des effets secondaires. Je relève par ailleurs que les valeurs du médicament au laboratoire avaient été mal interprétées par l'experte, car le dosage se situait à un taux thérapeutique. En raison des effets secondaires, le médicament a été baissé à 30 mg. Aujourd'hui, Mme

M\_\_\_\_\_ prend 60 mg, ce qui correspond à un trouble dépressif majeur. Je souligne également que ce ne sont pas les douleurs qui sont au premier plan, dans nos séances de psychothérapie, mais les troubles dépressifs. Je ne comprends pas comment la Dresse K\_\_\_\_\_ a pu arriver, dans sa seconde expertise, à la conclusion que Mme M\_\_\_\_\_ ne souffrait que d'un trouble dépressif d'intensité légère. Je partage ses constatations cliniques. Cependant, celles-ci correspondent à mon avis aux critères d'un épisode dépressif d'une intensité au moins moyenne. Je n'ai pas non plus compris en quoi l'état psychique de Mme M\_\_\_\_\_ aurait changé entre la première et la seconde expertise. Certes, l'experte relève une absence de culpabilité et de perte d'estime de soi, ainsi qu'une attitude revendicatrice à l'égard de l'AI. Cependant, cela me paraît insuffisant pour conclure à une dépression d'intensité légère. Depuis 2009, je ne constate aucune amélioration significative. Certes, il y a des fluctuations de l'état dépressif, mais elles restent dans une fourchette d'une intensité moyenne. Il n'y a pas un jour où Mme M\_\_\_\_\_ va bien. Par ailleurs, après son travail, elle est physiquement et psychologiquement épuisée. Quant aux causes de la dépression, j'ajouterai que Mme M\_\_\_\_\_ est très exigeante avec elle-même sur le plan du travail, de la famille et du ménage. Le fait d'être diminuée, notamment en raison de son épuisement, augmente l'état dépressif et ses sentiments de culpabilité. » 52. Quant à la recourante, elle fait la déclaration suivante lors de son audition à la même date : « En 1991, mon mari s'est blessé au dos, en tombant dans les escaliers. Par la suite, il a été par moments passablement handicapé, de sorte que j'ai dû l'aider s'habiller et pour marcher, tout en travaillant à plein temps avec un enfant, puis deux enfants, à charge. Mon mari n'arrive pas beaucoup à m'aider, car il ne peut se baisser que difficilement et doit faire très attention à ses mouvements. Déjà avant 2000, j'étais par moments triste depuis l'accident de mon mari. L'état dépressif s'est ensuite de plus en plus aggravé ». 53. Le 30 mai 2012, la Cour de céans informe les parties qu'elle a l'intention de mettre en œuvre une expertise psychiatrique et de la confier au Docteur N\_\_\_\_\_. Elle leur communique également la liste de questions. 54. Sur la base de l'avis du 11 juin 2012 du SMR, l'intimé ne forme d'objection ni au choix de l'expert ni à sa mission, par écritures du 14 juin 2012. 55. Par écritures du 20 juin 2012, la recourante accepte le choix de l'expert et requiert une précision de la mission de celui-ci. EN DROIT 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). 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. 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 ; ATFA non publié I 751/03 du 19 mars 2004, consid. 3.3) ; Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; ATF non publié 8C\_760/2011 du 26 janvier 2012, consid. 3). Les coûts de l'expertise peuvent être mis à la charge de l'assureur social (ATF 137 V 210 consid. 4.4.2). En l'occurrence, il convient notamment de déterminer si le trouble dépressif est réactionnel au syndrome douloureux somatoforme persistant ou s'il s'agit d'une atteinte indépendante.

La Dresse G\_\_\_\_\_ estime que la seconde hypothèse est réalisée. Cela semble également avoir été l'avis de l'experte psychiatre dans son rapport du 3 décembre 2009, dans lequel elle a posé le diagnostic d'épisode dépressif moyen sans syndrome somatique et écarté celui de troubles somatoformes douloureux persistants, la plainte essentielle de la recourante étant du registre dépressif et non pas du registre algique. Toutefois, dans sa seconde expertise, elle semble avoir changé d'avis, de sorte que cette expertise paraît en contradiction avec la première. Partant, seule une valeur probante limitée peut être accordée à ces expertises. Par ailleurs, il y a un doute sur l'intensité de l'épisode dépressif de la recourante, notamment au moment de l'expertise complémentaire par la Doctoresse K\_\_\_\_\_ en mai 2011. Selon la Doctoresse G\_\_\_\_\_, l'état dépressif ne s'est pas amélioré. Ce médecin estime également que l'examen clinique de l'experte fait ressortir tous les critères pour un trouble dépressif d'intensité au moins moyenne. Cela étant, il s'avère nécessaire de mettre en œuvre une expertise judiciaire psychiatrique. Celle-ci sera confiée au Docteur N\_\_\_\_\_, psychiatre à Genève. Quant à la demande de modification des questions de la recourante, celle-ci fait valoir, concernant la question 6, que la Doctoresse K\_\_\_\_\_ a apprécié de façon divergente le même état de santé, lors de l'expertise de septembre 2009 et mai 2011. Toutefois, pour l'établir, il faut exclure que l'état de santé s'est amélioré pendant ce laps de temps. Cela étant, la Cour de céans estime que la question n° 6 est toujours justifiée. En ce qui concerne la question 7, celle-ci sera reformulée. Par contre, il ne paraît pas nécessaire à la Cour de céans que l'expert judiciaire se réfère expressément à l'appréciation des autres médecins. \*\*\* PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant préparatoirement Ordonne une expertise judiciaire médicale. La confie au Dr N\_\_\_\_\_. Dit que la mission de ce médecin sera la suivante : Prendre connaissance du dossier médical de l'expertisée. 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. Etablir un rapport écrit et répondre notamment aux questions suivantes : Quels sont vos diagnostics sur le plan psychiatrique dans une classification internationale reconnue ? Si vous deviez avoir retenu un trouble somatoforme douloureux persistant, l'éventuel trouble dépressif diagnostiqué est-il réactionnel au trouble somatoforme douloureux persistant ou constitue-t-il une comorbidité indépendante ? Sur quels éléments vous basez-vous le cas échéant pour considérer que le trouble dépressif n'est pas lié au trouble somatoforme douloureux. Quelles limitations fonctionnelles engendrent les atteintes psychiatriques dans l'exercice d'une activité professionnelle ? Quelle est la capacité de travail de Madame M\_\_\_\_\_ sur le plan psychiatrique dans son activité professionnelle ? Comment a évolué son état de santé et sa capacité de travail sur le plan psychiatrique depuis l'expertise de la Doctoresse K\_\_\_\_\_ du 3 décembre 2009 ? Constatez-vous une amélioration de l'état psychique de Madame M\_\_\_\_\_ depuis l'expertise du 3 décembre 2009 de la Doctoresse K\_\_\_\_\_ ? Dans l'affirmative, depuis quelle date une amélioration de l'état de santé peut-elle être admise ? Les constatations cliniques de la Doctoresse K\_\_\_\_\_ dans son rapport du 28 mai 2011, permettent-elles de déduire que Madame M\_\_\_\_\_ n'était affectée que d'un trouble dépressif léger, sur la base des critères retenus dans une classification internationale reconnue, ou ses constatations pourraient-elles également être compatibles avec un état dépressif moyen ? Quel est le fonctionnement quotidien de l'expertisée ? Quelle est la compliance ? Quel est votre pronostic ? Comment à ces fins le Docteur N\_\_\_\_\_ ; Invite l'expert à déposer à sa meilleure convenance un rapport en

trois exemplaires à la Cour de céans ; Réserve le fond ; La greffière Diana ZIERI 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.