

## **GE\_GERICHTE A/899/2010 vom 25. Februar 2011**

GE Cour de justice, 2011-02-25, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_899\\_2010](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_899_2010)

FR: GE\_GERICHTE A/899/2010 du 25 février 2011

IT: GE\_GERICHTE A/899/2010 del 25 febbraio 2011

### **Volltext**

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 24.02.2011  
A/899/2010

A/899/2010 ATAS/200/2011 du 24.02.2011 ( AI ) En fait En droit RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/899/2010 ATAS/200/2011  
ORDONNANCE D'EXPERTISE DE LA COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales du 25 février 2011 8ème Chambre En la cause Madame S \_\_\_\_\_, domiciliée à Genève, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître LELLOUCH Michel  
Recourante contre OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, rue de Lyon 97, case postale 425, 1211 GENEVE 13 Intimé EN FAIT Madame S \_\_\_\_\_ (ci-après la recourante ou l'assurée), née en 1961, est d'origine turque et n'ayant jamais été scolarisée, elle ne sait ni lire ni écrire. Elle est analphabète aussi bien en turque qu'en français. Mariés, les époux S \_\_\_\_\_ n'ont pas eu d'enfant. Pour des raisons politiques, Monsieur S \_\_\_\_\_ a émigré en Suisse En 1989. Un an après, la recourante est venue le rejoindre en Suisse. Par la suite, les époux S \_\_\_\_\_ ont divorcé. A son arrivée en Suisse, la recourante a dû, pour la première fois, travailler. Après trois mois de travail et en raison d'une épilepsie, Monsieur S \_\_\_\_\_ a été contraint d'interrompre toute activité professionnelle. Il n'a pas eu droit à une rente de l'assurance-invalidité. Entre 1991 et 1997, la recourante a travaillé en tant que femme de chambre à mi-temps. Depuis 1991 environ, la recourante souffre de fortes douleurs abdominales. Entre 1996 et 1998, la recourante connaît plusieurs incapacités de travail. Depuis le 20 octobre 1997 au 16 décembre 1998, elle est en arrêt de travail complet en raison d'une symptomatologie douloureuse multifocale chronique. Le 13 novembre 1998, Madame S \_\_\_\_\_ a présenté une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OAI) Le 31 décembre 1998, l'employeur de la recourante a résilié son contrat de travail en raison d'une restructuration au sein du personnel. Dans le cadre de l'instruction du dossier, l'OAI a ordonné une expertise multidisciplinaire et à mandaté, à cet effet, le Centre d'observation médical de l'assurance invalidité (ci-après le COMAI). Le rapport d'expertise du 29 juin 2001, le COMAI fait notamment mention d'un rapport médical du 29 mars 2000, dans lequel le Dr A \_\_\_\_\_, rhumatologue FMH, relève « l'examen médical de Mme S \_\_\_\_\_ met en évidence tous les points pour une fibromyalgie avec en plus une sacro-iliaque gauche très douloureuse. » En outre, dans son rapport d'expertise, le COMAI retient les diagnostics, avec influence essentielle sur la capacité de travail, de syndrome somatoforme douloureux persistant sous formes de douleurs diffuses (appareil locomoteur et abdomen) et personnalité histrionique. Le COMAI relève en outre « Ainsi, notre appréciation globale, selon le modèle biopsychosocial, conclut à une capacité de travail de 50% dans le cadre de la profession habituelle de femme de chambre. En tenant compte du vécu douloureux chronique, nous estimons que toute activité lourde ou impliquant le soulèvement de charges lourdes doit être évitée. Un éventuel reclassement professionnel

n'est pas judicieux à notre avis dans ce contexte de trouble somatoforme douloureux associé à un trouble de la personnalité chez une patiente analphabète, sans aucune scolarité. » Par décision du 3 juin 2002, l'OAI octroie à la recourante un droit à une rente basée sur un degré d'invalidité de 50%, à partir du 1<sup>er</sup> octobre 1998. Arguant d'une dégradation de son état de santé depuis l'expertise, la recourante sollicite la révision du degré de sa rente d'invalidité à l'OAI. Par décision du 4 août 2004, l'OAI a refusé d'augmenter la rente d'invalidité de la recourante. Considérant les différents diagnostics et constatations du médecin traitant qui estime que la recourante est atteinte d'une invalidité durable d'au moins 70%, cette dernière s'oppose à la décision du 4 août 2004 Admettant l'opposition interjetée le 15 septembre 2004, l'OAI annule, en date du 19 octobre 2004, la décision du 4 août 2004 et renvoie la cause pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Dans un certificat médical du 21 septembre 2004, le Dr B \_\_\_\_\_, médecine interne FMH et médecin traitant de la recourante, avait conclu que le taux d'incapacité, résultant notamment de douleurs abdominales non spécifiques depuis 1992, aggravées depuis 1998, de fibromyalgies depuis 2000 et de troubles de l'adaptation, était d'au moins 70%. Dans le cadre de cette instruction complémentaire, l'OAI mandate, le 2 décembre 2004, le COMAI pour une nouvelle expertise. Dans leur rapport du 8 novembre 2005, les experts retiennent comme diagnostics : - Diagnostics avec influence essentielle sur la capacité de travail : Syndrome douloureux somatoforme persistant s'exprimant sous la forme de douleurs diffuses F 45.4. Trouble de la personnalité avec traits histrioniques et traits immatures F 61.0 - Diagnostics sans influence essentielle sa capacité de travail : Stérilité primaire sur obstruction tubaire bilatérale post-tuberculose pelvienne diagnostiquée en 1992 A18.1 Status post multiples explorations au niveau intestinal et gynécologique depuis 1991 Q43.8X-003 Dolichocôlon Q43.8X-003 Hypercholestérolémie E78.5 Obésité E66 Hypoacousie de perception à prédominance droite Les experts relèvent, dans leur rapport, une fatigue importante, durant toute la journée, associée à un manque d'endurance et d'énergie, des troubles de sommeil, un humeur triste, des troubles de la concentration et de la mémoire. Pas de notion des idées suicidaires. Dans le cadre de cette expertise et plus précisément la consultation de psychiatrie, le Dr C \_\_\_\_\_, psychiatre FMH, observe « Le status psychiatrique est tout à fait superposable à celui de 2001, à savoir une absence de signes de la lignée psychotique ou dépressive. Par contre, persistent le contact par moment trop proche ou familial, un discours prolixe et par moment logorrhéique, une tendance aux digressions et à des difficultés de synthèse ainsi qu'une certaine immaturité dans les expressions de l'affect. » Les experts concluent leur rapport à un capacité résiduelle stable de 50%, en relevant « Globalement, en tenant compte des aspects rhumatologiques, neurologiques et psychiatriques discutés plus haut, nous n'avons pas d'argument objectifs parlant en faveur d'une aggravation de l'état de santé de l'assurée depuis juin 2001. Nous n'avons pas d'élément évoquant une exagération consciente de ses symptômes ou une quelconque simulation et une capacité de travail diminuée de l'ordre de 50% dans une activité adaptée nous paraît toujours une estimation adéquate de sa situation. Cette appréciation est concordante avec celle de l'expertise multidisciplinaire du COMAI de juin 2001. » En date du 9 octobre 2006, l'OAI a rejeté la demande d'augmentation de la rente de la recourante, tout en maintenant son droit à une demi-rente sur la base d'un degré d'invalidité de 50%, au motif qu'à l'issue de l'instruction complémentaire, aucun élément nouveau ne permettait de constater une quelconque aggravation ayant des répercussions sur la capacité de travail résiduelle de 50%. Répondant à une demande du 14 octobre 2009 et suite à un examen du degré d'invalidité de la recourante, l'OAI a adressé, le 6 janvier 2010,

une communication constatant que le degré d'invalidité n'avait pas changé au point d'influencer son droit à la rente et qu'elle continuait de bénéficier de la même rente dur un taux d'invalidité de 50%. Le 3 février 2010, la recourante a fait opposition au projet de décision de l'OAI en invoquant le fait que « le rapport médical du Dr. D \_\_\_\_\_ du 17 décembre 2009 estime que Mme S \_\_\_\_\_ n'a aucune capacité de travail en qualité de nettoyeuse et que sa capacité de travail en qualité d'aide cuisinière n'est que de 30%. Dès lors, il confirme le degré d'invalidité de 70% qu'il avait émis par son rapport de 2004. En outre, son rapport indique qu'il y a eu des changements dans les diagnostics. De plus, il ressort du rapport médical du Dr. E \_\_\_\_\_ du 23 décembre 2009 que Mme S \_\_\_\_\_ n'a aucune capacité de travail, en précisant que la symptomatologie douloureuse chronique associée aux troubles dépressifs récurrents rend le pronostic mauvais en ce qui concerne une reprise de travail. » Par décision du 8 février 2010, l'OAI a confirmé les termes de son projet de décision dans le sens du maintien d'une demi-rente sur la base d'un taux d'invalidité de 50%. En date du 15 mars 2010, Madame S \_\_\_\_\_ a recouru contre la décision du 8 février 2010 en concluant à la recevabilité du recours, préalablement à l'ordonnance d'une expertise médicale complémentaire afin d'évaluer les conséquences de l'atteinte à la santé de la recourante sur sa capacité de travail. La recourante concluait en outre à l'annulation de la décision de l'OAI, au constat qu'elle avait un taux d'invalidité d'au moins 70% et qu'elle avait droit à une rente totale d'assurance-invalidité. A l'occasion d'autres rapports médicaux, le Dr B \_\_\_\_\_ relève que l'état de santé de la recourante est resté stationnaire depuis 2004 et que le taux d'incapacité d'au moins 70% est resté inchangé. Dans son rapport du 17 décembre 2009, le Dr. B \_\_\_\_\_ souligne que « l'évolution de Mme S \_\_\_\_\_ tend vers la chronicité de ses problèmes, elle continue d'avoir des douleurs comme elle les a décrites depuis longtemps et il n'y a jamais eu un moment d'accalmie durable. » A l'occasion d'un rapport du 23 décembre 2009, la Dresse E \_\_\_\_\_, médecin, cheffe de clinique au service de psychiatrie adulte, relève que la recourante souffre de « trouble dépressif récurrent, épisode actuel de degré moyen, avec symptômes somatiques F33.11. » Ce même médecin relève « En 2006, la patiente fait un tentamen médicamenteux, suite auquel une prise en soins aux HUG est organisée au Centre de Thérapie Brève. (...) La symptomatologie anxiodépressive est fluctuante, marquée principalement par des épisodes d'humeur dépressive, anhédonie, apathie, douleurs somatiques intenses et handicapantes, celles-ci étant souvent au premier plan, malgré la prise régulière de son traitement. » La Dresse E \_\_\_\_\_ décrit en outre l'état de la recourante en ces termes « La patiente est fatiguée, triste, découragée, avec le sentiment d'être rejetée par sa famille depuis son divorce. Elle a des angoisses, des troubles du sommeil. Ses symptômes douloureux s'accroissent en fonction de facteurs de stress. A noter que les épisodes dépressifs durent plusieurs mois, malgré la prise régulière du traitement antidépresseur, et entre ces épisodes, ce sont toujours les douleurs qui l'handicapent. » La Dresse E \_\_\_\_\_ souligne encore le fait que « Malgré l'importance du trouble dépressif récurrent, cette patiente se rappelle avec plaisir la période où elle travaillait, car elle avait une identité. Malheureusement, la symptomatologie douloureuse chronique associée au trouble dépressif récurrent rend le pronostic mauvais en ce qui concerne une reprise de travail. » Entendu en audience d'enquêtes, le 2 septembre 2010, la Dresse E \_\_\_\_\_ qui suit la recourante depuis le mois d'octobre 2008 et effectue des séances de psychothérapie à raison d'une fois par mois, indique « Au niveau des diagnostics, je relève que l'état de santé de Mme S \_\_\_\_\_ s'est aggravé puisque le trouble dépressif récurrent est actuellement de degré moyen à sévère depuis le décès de son fiancé en juin 2010. On me soumet (...)

l'avis médical du SMR du 7 avril 2010, mais je précise que je ne retiens pas le trouble de la personnalité. Ce n'est pas suffisamment marqué pour être considéré comme un trouble de la personnalité ; je considère qu'il s'agit de traits de personnalité.(...) Je confirme qu'à mon sens l'incapacité de travail de Mme S \_\_\_\_\_ s'élève à 100% conformément à la mention formulée dans le rapport du 23 décembre 2009. Cette appréciation tient également compte des douleurs physiques subies par Mme S \_\_\_\_\_. (...) Je confirme également que, à mon sens, l'incapacité de travail de Mme S \_\_\_\_\_ a toujours été à 100%. »

Entendu lors de cette même audience, la recourante maintient la demande d'une expertise médicale que l'OAI estime, pour sa part, inopportune en contestant le fait qu'il y ait eu aggravation de l'état de santé de la recourante. Ordonnant une expertise médicale, la Cour de céans a soumis aux parties la désignation de l'expert et la mission d'expertise, avec un délai de 10 jours pour se déterminer. L'OAI a informé la Chambre des assurances sociales, par courrier du 31 janvier 2011, qu'il n'avait aucun motif de récusation contre les deux experts et n'avait aucune question complémentaire à ajouter si ce n'est que les experts devront se prononcer sur l'évolution objective de l'état de santé de l'expertise COMAI de PMU Lausanne de juin 2005 et sur le fait qu'en cas de trouble somatoforme douloureux ou trouble apparenté, les experts devront se prononcer en tenant compte des critères de la jurisprudence. Pour sa part, la recourante qui n'a pas d'observation à faire sur le nom des experts désignés dans le projet de mission d'expertise, ni sur les questions à leur poser. EN DROIT Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). La compétence du tribunal de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 à 60 LPGA). Est litigieuse la question de savoir si les troubles présentés par la recourante aussi bien somatiques que psychiatriques constituent une invalidité au sens de l'AI engendrant une incapacité totale de gain. Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). L'invalidité (art. 8 LPGA) peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. (art. 4 al. 1 LAI). En l'occurrence, les avis sont divergents au sujet de la question de l'invalidité de Madame S \_\_\_\_\_. Selon la jurisprudence et la doctrine, l'autorité administrative ou le juge ne doit considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (Kummer, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4 ème édition Berne 1984, p. 136 ; Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2 ème édition, p. 278 ch. 5). Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5 let. b 125 V 195 consid. ch. 2 et les références). Aussi, n'existe-t-il pas en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5 let. a). En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la

jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b et les références). Meine souligne que l'expertise doit être fondée sur une documentation complète et des diagnostics précis, être concluante grâce à une discussion convaincante de la causalité, et apporter des réponses exhaustives et sans équivoque aux questions posées (Meine, L'expertise médicale en Suisse : satisfait-elle aux exigences de qualité actuelles ? in RSA 1999 p. 37 ss). Dans le même sens, Bühler expose qu'une expertise doit être complète quant aux faits retenus, à ses conclusions et aux réponses aux questions posées. Elle doit être compréhensible, concluante et ne pas trancher des points de droit (Bühler, Erwartungen des Richters an den Sachverständigen, in PJA 1999 p. 567 ss). En l'espèce, le Tribunal constate que les doutes émis par la recourante au sujet de la valeur probante des expertises du 3 juillet 2001 et 8 novembre 2005 sur lesquelles se base notamment l'OAI sont justifiées. En effet, les expertises mentionnées ci-dessus concluent à une capacité résiduelle de 50% alors que, selon la Dresse E \_\_\_\_\_, l'incapacité de travail de la recourante est de 100% en raison de trouble dépressif récurrent, épisode actuel de degré moyen, avec symptômes somatiques et que selon le Dr. B \_\_\_\_\_ l'incapacité de travail est totale en qualité de nettoyeuse et que la capacité de travail n'est que de 30% en qualité d'aide cuisinière. Par conséquent, vu la jurisprudence susmentionnée vu le doute résultant des avis médicaux divergents, il y a lieu d'ordonner une expertise pluridisciplinaire de la recourante. En application des articles 38 et suivants de la loi sur la procédure administrative (LPA), un délai de 15 jours a été accordé aux parties pour indiquer les questions particulières qu'elles souhaitent voir figurer dans la mission d'expertise, ainsi que pour se déterminer sur le nom des experts, à savoir la Dresse F \_\_\_\_\_, spécialiste FMH médecine interne et rhumatologie et la Dresse G \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, comme expert. Aussi bien la recourante que l'OAI ont approuvé la désignation des experts. A la demande du SMR, transmise par l'OAI, la Chambre des assurances sociales a rajouté la question suivante à la mission d'expertise : quelle est l'évolution objective de l'état de santé de la recourante depuis juin 2005. Pour sa part, la recourante n'a pas souhaité poser des questions complémentaires. \*\*\* PAR CES MOTIFS LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme 1. Déclare le recours recevable. Préparatoirement 2. Ordonne une expertise pluridisciplinaire (rhumatologie et psychiatrie) de Madame S \_\_\_\_\_. 3. La confie à la Dresse F \_\_\_\_\_, spécialiste FMH médecine interne et rhumatologie, et à la Dresse G \_\_\_\_\_, spécialiste FMH psychiatrie et psychothérapie. Dit que sa mission sera la suivante : Prendre connaissance de l'intégralité du dossier médical de Madame S \_\_\_\_\_. Prendre, si nécessaire, tous renseignements auprès des médecins ayant traité Madame S \_\_\_\_\_. Examiner Madame S \_\_\_\_\_. d) cela fait, établir un rapport détaillé et répondre aux questions suivantes : 1. Anamnèse. 2. Données subjectives de la personne (description des plaintes). 3. Constatations objectives. 4. Diagnostic(s) avec influence sur la capacité de travail. 5. Appréciation du cas. 6. Réponse aux questions spécifiques suivantes : a. Les troubles physiques et psychiques diagnostiqués constituent-ils des atteintes invalidantes ? b. Quelles sont les limitations dues à l'atteinte à la santé ? c. Quelle est l'évolution objective de l'état de santé de la recourante depuis le mois

de juin 2005 d. Existe-t-il une capacité résiduelle de travail ? e. Dans l'affirmative quel est le degré de la capacité résiduelle en % dans l'activité lucrative exercée ? f. La capacité de travail peut-elle être cas échéant améliorée par des mesures médicales ? g. La capacité de travail peut-elle être améliorée par des mesures d'ordre professionnel ? h. Votre pronostic.

7. Remarques et commentaires de l'expert. 8. Invite les experts à déposer leur rapport, en deux exemplaires, au greffe de la Cour de céans dans les meilleurs délais. 9. Réserve le fond. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre la présente ordonnance dans un délai de 10 jours dès sa notification par pli recommandé adressé au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE, en trois exemplaires. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire doit : a) indiquer exactement quelle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée; b) exposer pour quels motifs il estime pouvoir demander cette autre décision; c) porter sa signature ou celle de son représentant. Si le mémoire ne contient pas les trois éléments énumérés sous lettres a) b) et c) ci-dessus, le Tribunal fédéral des assurances ne pourra pas entrer en matière sur le recours qu'il devra déclarer irrecevable . Le mémoire de recours mentionnera encore les moyens de preuve, qui seront joints, ainsi que la décision attaquée et l'enveloppe dans laquelle elle a été expédiée au recourant (art. 132, 106 et 108 OJ). La greffière Irène PONCET Le Président Georges ZUFFEREY 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.