

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2034/2013

ATAS/1185/2014

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Ordonnance d'expertise du 18 novembre 2014**

**2<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée à GENÈVE, représentée par ASSUAS      recourante  
Association suisse des assurés

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE      intimée  
GENEVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE

---

**Siégeant : Raphaël MARTIN, Président.**

---



### **EN FAIT**

1. Madame A\_\_\_\_\_ (ci-après l'assurée), née le \_\_\_\_\_ 1968 au Portugal, sans formation professionnelle, est arrivée en Suisse en 1980, où elle a travaillé comme employée de divers pressings, et notamment depuis le 1<sup>er</sup> février 2004 pour B\_\_\_\_\_ S.A. (ci-après l'employeur), en qualité de repasseuse à plein temps.
2. Le 2 mars 2012, l'assurée a été admise aux urgences de l'Hôpital universitaire de Genève (ci-après les HUG), en raison d'importantes douleurs abdominales et d'une asthénie. Elle a séjourné à l'hôpital jusqu'au 16 mars 2012, en raison d'une stéato-hépatite alcoolique, avec décompensation ascitique inaugurale. Les diagnostics secondaires étaient une cirrhose Child C d'origine éthylique (avec varices oesophagiennes de grade I, une gastropathie d'hypertension portale), un déficit en facteur vitamine K dépendant, une dépendance à l'alcool, une anémie macrocytaire normochrome d'origine mixte (inflammatoire et toxique sur l'alcool) et une bronchopneumonie basale droite. L'assurée avait présenté depuis deux mois des douleurs abdominales basses associées à des vomissements et une augmentation de son périmètre abdominal. L'assurée a accepté un sevrage d'alcool et a bénéficié d'un suivi spécialisé en milieu hospitalier. Les valeurs d'hémoglobine se sont progressivement améliorées suite à l'abstinence d'alcool, au traitement de la stéato-hépatite et de la bronchopneumonie (lettre de sortie du service de gastroentérologie et d'hépatologie des HUG du 16 mars 2012).
3. Le suivi a été assuré par le docteur C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en gastroentérologie auprès des HUG. L'évolution était globalement favorable avec disparition de l'ascite, mais avec deux épisodes fébriles en mars et avril 2012 (rapport du 2 mai 2012).
4. Par rapport du 30 août 2012, le docteur D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et médecin-traitant, a diagnostiqué une stéato-hépatite alcoolique avec décompensation ascitique. L'incapacité de travail était totale depuis le 2 mars 2012.
5. Le 3 octobre 2012, l'assurée a déposé une demande de prestations d'invalidité auprès de l'office de l'assurance-invalidité (ci-après l'OAI).
6. Par rapport du 8 octobre 2012, le Dr C\_\_\_\_\_ a diagnostiqué une maladie chronique du foie stade cirrhose. Malgré une amélioration progressive de la fatigue, de la dénutrition et de l'ictère, l'assurée présentait encore de la fatigue et une faiblesse musculaire. Le pronostic était réservé à moyen et à long terme. L'assurée était totalement incapable de travailler depuis le 3 mars 2012 jusqu'à une date à revoir avec le médecin-traitant. L'assurée était limitée par une fatigue physique même en cas d'efforts modérés, impliquant une diminution de rendement. Le

travail pouvait être repris à 30% au début, à adapter en fonction de la tolérance, et devait si possible, avoir lieu en position assise.

7. Par rapport du 1<sup>er</sup> novembre 2012, le Dr D\_\_\_\_\_ a diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail, une stéato-hépatite alcoolique, une cirrhose alcoolique Child C et une anémie inflammatoire. Sans répercussions sur la capacité de travail, l'assurée présentait des varices oesophagiennes stade I. A l'anamnèse, le médecin a noté que l'assurée présentait une asthénie intense suite à l'hépatite. Il avait constaté une amélioration progressive de l'asthénie, de l'état général et une augmentation du poids. L'incapacité de travail était totale du 2 mars au 31 octobre 2012 car l'asthénie rendait l'activité de lingère impossible. L'assurée disposait dès le 1<sup>er</sup> novembre 2012 d'une capacité de travail de 50% dans son activité de pressing et dans toute autre activité adaptée, avec une baisse de rendement en raison d'une fatigue rapide à l'effort, quelle que soit l'activité exigée. Elle pouvait travailler quatre heures par jour, avec un rendement de 75%.
8. Dès le 1<sup>er</sup> novembre 2012, l'assurée a repris son activité professionnelle à 50%.
9. Dans le questionnaire daté du 8 novembre 2012, l'employeur a noté que le salaire de l'assurée était de CHF 3'800.- par mois (versé treize fois), pour une activité à plein temps en tant qu'employée de blanchisserie. L'assurée était souvent debout et l'endurance requise pour effectuer l'activité principale de repasseuse était grande.
10. Selon le rapport d'évaluation de l'OAI du 23 novembre 2012, l'assurée, qui avait repris son activité de 12h.45 à 17h.00, éprouvait de la fatigue. A 100%, le travail s'effectuait à raison de huit heures trente par jour. Elle présentait de surcroît des troubles du sommeil. Employée depuis huit ans pour ce pressing, elle n'avait jamais été absente pour raison de maladie, sauf une période d'incapacité de travail d'environ dix mois en 2001, en raison d'une dépression.
11. A la demande de l'assureur perte de gain maladie (AXA Winterthur assurances S.A.), l'assurée a été soumise à une expertise médicale, auprès du CEMed, effectuée par le docteur F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne générale et cardiologie. Selon son rapport du 1<sup>er</sup> février 2013, l'expert a diagnostiqué, sur la base d'un examen effectué le 14 janvier 2013, une stéato-hépatite alcoolique avec cirrhose hépatique, une hypertension portale (varices oesophagiennes), une décompensation ascitique inaugurale, une perturbation persistante des tests hépatiques, une dépendance alcoolique, actuellement en sevrage et un état dépressif actuellement compensé (ancien état dépressif en 2001). L'assurée travaillait à 50% depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2012, mais sortait épuisée de ses demi-journées. Elle bénéficiait d'un suivi psychiatrique régulier. Hormis l'asthénie, il n'y avait pas d'autre plainte. Sur le plan somatique, la récupération biologique depuis l'hospitalisation de mars 2012 était bonne, même si elle n'était pas complète

(persistance d'une augmentation des gamma-GT, de l'hypo-albumémie, mais normalisation du temps de Quick et disparition de l'ascite). Sur le plan psychique, l'assurée ne semblait pas présenter de symptômes dépressifs incapacitants et cette constatation semblait corroborée par l'avis du psychiatre-traitant car selon l'assurée, elle présentait un "petit état dépressif ne nécessitant pas de traitement médicamenteux." Lors de l'examen, l'expert n'était pas en possession des examens de laboratoire qui lui ont été communiqués par la suite par le médecin-traitant et qui ont permis d'assurer son analyse clinique. Ils avaient évoqué avec le Dr D\_\_\_\_\_ une éventuelle reprise complète de travail. Selon l'expert, l'état somatique (hépatique uniquement) ne devrait pas influencer la capacité de travail dans son activité habituelle, de sorte qu'une reprise d'activité à 75% était envisageable dès le 18 février 2013 et à 100% dès le 18 mars 2013. Enfin, l'assurée était convaincue de son incapacité à reprendre un travail à plus de 50%, mais objectivement, il n'y avait pas de raison.

12. Par avis du 28 mars 2013, le docteur K\_\_\_\_\_ du service médical régional AI (ci-après SMR) s'est rallié aux conclusions du Dr F\_\_\_\_\_, pleinement convaincantes. L'atteinte principale était une cirrhose; celles qui n'étaient pas du ressort de l'AI étaient les varices oesophagiennes, une décompensation ascitique, une dépendance alcoolique (actuellement en sevrage) et un état dépressif (en rémission actuelle). L'expert avait expliqué de façon précise que, comme confirmé par le psychiatre traitant, l'état dépressif n'était pas incapacitant et au niveau somatique la décompensation hépatique était guérie (normalisation des signes biologiques d'insuffisance hépatique et disparition de l'ascite). L'assurée était guérie au niveau hépatique et l'expert avait insisté sur la conviction de l'assurée, médicalement injustifiée, de ne pas pouvoir travailler à plus de 50%. Le SMR a par conséquent retenu une incapacité de travail de 100% du 2 mars au 31 octobre 2012, de 50% du 1<sup>er</sup> novembre 2012 au 17 février 2013, de 25% du 18 février au 17 mars 2013 et une pleine capacité de travail au-delà dans l'activité habituelle et dans toute activité adaptée.
13. Par projet du 15 avril 2013, confirmé par décision du 23 mai 2013, l'OAI a refusé à l'assurée toute rente d'invalidité et toute mesure professionnelle au motif que si l'incapacité de travail déterminante avait certes débuté le 2 mars 2012, toutefois à compter du 18 février 2013, la capacité de travail était de 75% et dès le 18 mars 2013, entière dans toute activité, sans baisse de rendement.
14. Par acte du 24 juin 2013, l'assurée, représentée par ASSUAS, a interjeté recours, concluant à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité. Les répercussions de la cirrhose sur son état de santé n'avaient pas été correctement appréciées. Elle présentait une importante asthénie, qui l'empêchait de travailler à plus de 50%. Au surplus, le rapport du CEMed ne tenait pas compte d'une tendinite ayant justifié une incapacité

de travail du 28 février au 30 mars 2013 et d'une hernie ombilicale ayant donné lieu à un arrêt de travail du 30 avril au 30 mai 2013.

La recourante a produit diverses pièces comme suit :

Un courrier du Dr D\_\_\_\_\_ au médecin-conseil de l'assureur perte de gain du 12 février 2013, dans lequel il contestait les conclusions du Dr F\_\_\_\_\_. Si la symptomatologie présentée par la patiente, soit une asthénie intense, pouvait être mise en doute en raison de la subjectivité de ce symptôme, l'important syndrome inflammatoire avec une vitesse de sédimentation à 93 accompagnée d'une hyperprotéïnémie à 92 g/l sur élévation massive des immunoglobulines était un paramètre objectif témoignant de la sévérité de la cirrhose et il ne faisait pas de doute qu'une telle inflammation s'accompagnait systématiquement d'une asthénie intense. Le Dr D\_\_\_\_\_ a ajouté que les conclusions du Dr F\_\_\_\_\_ étaient d'autant plus étonnantes que lors d'un entretien téléphonique avec lui, ils avaient pu partager ces réflexions et le Dr F\_\_\_\_\_ semblait se rallier à l'avis que ces paramètres biologiques, transmis par pli postal, étaient un argument indéniable soutenant la symptomatologie présentée par la patiente. Le Dr D\_\_\_\_\_ a expliqué qu'en outre il n'avait jamais évoqué une reprise du travail à plus de 50%, contrairement à ce qui était écrit dans le rapport d'expertise.

Un certificat médical du 16 avril 2013 du Dr D\_\_\_\_\_ indiquant que l'arrêt de travail dès le 28 février 2013 à 100% était majoritairement lié à une tendinite du biceps droit et non pas à l'affection hépatique.

Une lettre de sortie du 3 mai 2013 du service de chirurgie viscérale attestant d'une hospitalisation du 30 avril au 3 mai 2013, en raison d'une hernie ombilicale et une incapacité de travail totale du 30 avril au 15 mai 2013.

15. Par réponse du 23 juillet 2013, l'intimé a conclu au rejet du recours pour les motifs indiqués dans sa décision. L'expertise du Dr F\_\_\_\_\_ était probante. Au surplus, selon l'avis joint du SMR du 11 juillet 2013, la tendinite et la hernie ombilicale n'avaient pas entraîné d'incapacité de travail durable.
16. Par écriture du 3 septembre 2013, la recourante a persisté dans son recours en se référant notamment à un courrier du Dr D\_\_\_\_\_ du 22 juillet 2013 à l'assureur perte de gain maladie. La capacité de travail de la recourante risquait d'être durablement réduite à 50% dans toute activité en raison d'une cirrhose et, au-delà, sa patiente présentait une fatigue excessive. Les paramètres objectifs attestant de cette situation étaient une élévation de la vitesse de sédimentation associée à une élévation des protéines sériques. Il précisait que ce point avait été discuté avec le Dr F\_\_\_\_\_.
17. A la demande de la chambre de céans, le Dr D\_\_\_\_\_ a complété ainsi ses indications par pli du 23 septembre 2013: la recourante avait présenté une

incapacité de travail à 100% limitée du 28 février au 17 mars 2013 en raison d'une tendinite du biceps droit et du 30 avril au 30 mai 2013 en raison de l'opération d'une hernie ombilicale. Elle travaillait à nouveau à 50% depuis le 1<sup>er</sup> juin 2013. Il a joint les résultats de laboratoire qu'il avait transmis au Dr F\_\_\_\_\_.

18. Les résultats des tests sanguins ont été soumis par la chambre de céans au Dr C\_\_\_\_\_ qui a répondu le 27 septembre 2013 aux questions posées: les tests sanguins n'indiquaient pas une aggravation mais plutôt une amélioration de l'insuffisance hépatique. Les dosages de la vitesse de sédimentation et des protéines n'avaient pas été effectués. Les résultats permettaient de déterminer le degré de gravité de la cirrhose et témoignaient d'une amélioration de la fonction hépatique par rapport à mars 2012 mais ne permettaient pas de se prononcer sur la capacité de travail et n'étaient pas des indicateurs de l'asthénie. Il ne pouvait pas se prononcer sur la capacité de travail de l'assurée sur la base de ces tests.
19. Le 1<sup>er</sup> novembre 2013, la recourante a rappelé qu'elle souffrait notamment d'une maladie chronique du foie, stade cirrhose, et qu'il n'existait pas de traitement permettant la guérison car les lésions étaient irréversibles. Contrairement à ce qu'avancait le Dr C\_\_\_\_\_, les tests de la vitesse de sédimentation avaient été effectués et ceux-ci restaient toujours anormalement élevés. Les tests de sédimentation mesuraient indirectement l'étendue d'une inflammation dans le corps humain. Ces résultats confirmaient un état inflammatoire toujours présent, associé à une asthénie intense. Au surplus, le Dr C\_\_\_\_\_ n'écartait pas de façon irréfutable le lien entre l'asthénie et la symptomatologie présentée par la recourante.
20. Le 5 novembre 2013, l'intimé a persisté en se fondant sur un avis du SMR du même jour, selon lequel les tests montraient une amélioration de la fonction hépatique. Par ailleurs, le Dr D\_\_\_\_\_ n'expliquait pas pour quelle raison une capacité de travail entière dans une activité adaptée n'était pas possible.
21. Le Dr C\_\_\_\_\_ a été à nouveau interrogé par la chambre de céans qui lui a transmis les résultats des tests sanguins suivants :

	22.05.12	29.08.12	25.09.12	25.10.12	21.11.12	21.02.13	01.07.13	04.10.13
Sédimentation	120	112	120	120	20	75	25	60
Protéines	--	100	86	90	92	86	88	88

22. Le Dr C\_\_\_\_\_ a répondu le 9 décembre 2013 aux questions posées. Les tests montraient une amélioration des valeurs hépatiques, bien que celles-ci ne soient pas strictement normales le 4 octobre 2013. L'asthénie était un symptôme très difficilement chiffrable et les paramètres biologiques ne reflétaient pas nécessairement l'intensité de ce symptôme. A l'heure actuelle, aucun paramètre

biologique ne permettait de chiffrer l'asthénie en présence d'une maladie chronique du foie compensée et il n'y avait pas d'examen scientifiquement reconnu permettant de déterminer la capacité de travail dans une telle situation.

23. Le 28 janvier 2014, la chambre de céans a entendu le Dr D\_\_\_\_\_. Il suivait la recourante depuis le 23 mars 2012, à sa sortie des HUG. Il fondait la fatigue de la recourante sur plusieurs éléments. D'une part, un élément subjectif, c'est-à-dire ses dires. Toutefois, il la connaissait depuis deux ans et il pouvait donc juger qu'il n'y avait pas d'exagération de sa part, qu'elle faisait tout pour maintenir son activité professionnelle et qu'elle n'était pas une personne qui souhaitait profiter de l'AI. D'autre part, la fatigue pouvait s'expliquer par des paramètres objectifs, tels que la fièvre, etc. Ces paramètres-là faisaient défaut en cas de cirrhose. Finalement, les examens sanguins étaient des paramètres clairs. La vitesse de sédimentation était la mesure d'une inflammation. Chez la recourante, cette vitesse de sédimentation était allée jusqu'à 120 et était de tout temps restée à des valeurs pathologiques. Dans son cas, ce paramètre, ainsi que celui de la protéine, étaient clairement des indicateurs d'une maladie hépatique. Lorsque la vitesse était de plus de 100, il s'agissait d'un état gravement pathologique et on recherchait généralement un cancer, ou une maladie inflammatoire sévère, et cela correspondait à un état grippal grave. En-dessous, il s'agissait tout de même d'une mesure d'un mécanisme de défense du corps, qui impliquait logiquement de la fatigue. Ensuite, il était difficile de juger du pourcentage de capacité de travail résiduelle, en présence d'une fatigue, liée à la vitesse de sédimentation, la résistance personnelle variant d'une personne à l'autre. Cela étant, en tant que telle, une cirrhose impliquait de la fatigue qui avait un effet sur la capacité de travail. La dernière mesure faite en janvier 2014 était de 60 et la protéine de 84. Lorsque le foie est atteint, il ne fait plus son travail de filtre correctement, de sorte que les bactéries créent une inflammation, ce qui explique l'augmentation des anticorps et l'élévation de la vitesse de sédimentation. Il avait recherché d'autres pathologies, en vain. C'était donc la cirrhose qui était à l'origine de l'élévation de ces valeurs. Il n'y avait pas de contre-indication formelle entre la cirrhose à ce stade-là et la prise de somnifères ou d'antidépresseurs. En tous les cas, ces médicaments n'avaient pas d'incidence sur la vitesse de sédimentation et les protéines. Il a expliqué que la cirrhose provoquait des troubles du sommeil. Le suivi psychiatrique et la médication donnée pour les troubles du sommeil avaient surtout pour but de régler ce problème et d'améliorer la qualité de vie de la recourante, qui n'était pas contente d'être contrainte de limiter son travail à 50 %. Elle aimait son travail et souhaitait pouvoir travailler à 100 %. Il lui semblait que l'état dépressif n'était pas assez sévère pour avoir des répercussions sur la capacité de travail de la recourante. Les médicaments prescrits n'impliquaient pas de la fatigue, ils avaient plutôt pour but d'améliorer l'état de l'assurée.

24. La recourante a également été entendue par la chambre de céans. Elle travaillait toujours à 50 % et était très fatiguée après une demi-journée de travail. Généralement, elle travaillait l'après-midi, mais elle avait parfois dû échanger son horaire avec celui du matin et cela ne changeait rien à son état de fatigue. Elle avait repris à 50 % en octobre 2012, sans transition par un travail à 30 %. Elle prenait des antidouleurs pour la tendinite qu'elle avait eue à l'épaule il y a un an, ainsi que des antidépresseurs, servant également de somnifères (Trittico). Elle avait commencé ce traitement d'antidépresseurs après le début de sa maladie en mars 2012. Au début de la maladie, elle avait beaucoup maigri, elle ne tenait plus sur ses jambes et elle était très fatiguée. Elle était moins fatiguée maintenant, mais trop pour travailler à plein temps. Du point de vue psychiatrique, elle avait été suivie par les HUG, mais le psychiatre changeait chaque année, de sorte qu'elle avait trouvé un psychiatre privé, la doctoresse E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, qu'elle voyait deux fois par mois. Suite à la tendinite de l'épaule droite, elle avait mal de temps en temps et elle prenait des anti-inflammatoires, lorsqu'elle avait mal. Elle assumait toutes les activités d'un pressing : réception, utilisation des machines à laver, repassage. Elle repassait debout, car il n'était pas envisageable de repasser en position assise. Le repassage correspondait aux trois quarts de son activité. Elle prenait du Trittico depuis octobre 2013, date du début du suivi par la Dresse E\_\_\_\_\_. Avant cela, les HUG lui avaient prescrit un somnifère, à partir de début 2013, car auparavant, cela n'était pas compatible avec l'état de son foie. Enfin, elle a rappelé qu'elle travaillait dans des pressings depuis l'âge de 17-18 ans, qu'elle avait toujours travaillé à 100% et n'avait jamais été absente pour cause de maladie, sauf lors d'une dépression en 2001 et en raison de ses grossesses.
25. Le 4 février 2014, l'intimé a maintenu sa position en se référant à l'avis du SMR du 30 janvier 2014 relevant que l'avis du médecin-traitant se fondait surtout sur les dires de sa patiente et des tests pathologiques. Il s'agissait donc d'une explication surtout subjective. En cas d'amélioration de l'état de santé, soit une cirrhose non décompensée, la fatigue ne pouvait pas entraîner une incapacité de travail durable, tout au plus une diminution de rendement de 10%-20%. La capacité de travail déterminée par l'expertise était convaincante.
26. Le 3 mars 2014, la recourante a persisté dans ses conclusions. Elle présentait toujours une grave asthénie liée à sa cirrhose, qui l'empêchait de travailler à plus de 50%. Son travail nécessitait une grande résistance physique, ce qui était mal toléré par la recourante en raison de sa fatigue, son état d'épuisement constant et ses troubles du sommeil. Il s'agissait d'une sensation subjective, mais les résultats des tests sanguins confirmaient l'état inflammatoire qui expliquait cette fatigue, sans compter la limitation de la tendinite à l'épaule droite pour effectuer sa tâche principale de repassage. La recourante était suivie du point de vue psychiatrique

depuis mars 2012, pour des troubles du sommeil et une dépression nerveuse, de sorte qu'une nouvelle évaluation s'imposait. Elle sollicitait un délai supplémentaire pour produire un certificat médical correspondant à son état de santé psychiatrique.

27. Le 7 mars 2014, la recourante a introduit auprès de la chambre de céans une demande en paiement d'indemnités journalières contre l'assureur perte de gain maladie (procédure A/711/2014).
28. Le 11 juin 2014, la chambre de céans a ordonné l'apport de la procédure A/711/2014. Il en résulte notamment que par avis du 17 janvier 2014, le docteur J\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne générale et médecin conseil de l'assureur perte de gain maladie, a expliqué que le fait qu'une vitesse de sédimentation soit élevée ou non n'avait aucun impact sur la capacité de travail et que dans le cas d'une cirrhose, la vitesse de sédimentation était systématiquement élevée. Le point de savoir si une cirrhose déterminait une incapacité de travail n'était pas liée à des mesures de laboratoire mais plutôt à une appréciation globale tenant compte de l'examen clinique, biologique et permettant de conclure sur la question de savoir si une cirrhose était compensée ou non. En l'occurrence, la cirrhose de la recourante étant compensée, il n'y avait dès lors, morphologiquement, pas de raison de considérer qu'il persistait une incapacité de travail.
29. Par écriture du 17 juin 2014, la recourante a persisté dans ses conclusions et a transmis un rapport établi le 5 juin 2014 par la Dresse E\_\_\_\_\_. Ce médecin a expliqué ne pas adhérer entièrement à l'expertise du 1<sup>er</sup> février 2013 en raison des conclusions psychiatriques qui ne traduisaient que partiellement les troubles dont souffrait la patiente qu'elle suivait depuis décembre 2013. Sur le plan clinique, la recourante présentait en début de traitement des troubles du sommeil associés à un trouble anxieux diffus pour lesquels un traitement antidépresseur de Trittico avait été initié au mois de mars 2014. La réponse à ce traitement s'était révélée globalement favorable sauf sur le plan de l'asthénie. Ce symptôme résistant, en plus des origines somatiques possibles, était à inclure dans le parcours de vie plus globale de la patiente, chez qui le diagnostic retenu était une réaction à un facteur de stress important et des troubles de l'adaptation, avec une prédominance à l'asthénie (F43.28). Le médecin rappelait que la recourante avait traversé des situations de vie traumatiques et stressantes en lien au contexte familial conflictuel et violent qu'elle affrontait lors de son premier divorce. Par la suite, elle avait dû faire face à la naissance de son troisième enfant qu'elle a élevé seule, alors qu'il souffrait et souffre encore de troubles du comportement sévères. Ces difficultés de vie avaient mené la patiente à développer une dépendance à l'alcool dont elle était sevrée à ce jour. Sur le plan psychique, le fonctionnement global de la patiente reflétait un bon niveau d'autonomie et de stabilité. Toutefois, en situation de

surmenage, son comportement pourrait se désorganiser et entraîner à son tour un risque de rechute alcoolique.

30. Le 21 juillet 2014, l'intimé a également persisté dans ses conclusions. Le rapport de la Dresse E\_\_\_\_\_ n'apportait pas d'éléments susceptibles de modifier l'appréciation du cas, il était incohérent et aucun status clinique n'y figurait. En outre, le suivi psychiatrique avait débuté en décembre 2013, soit postérieurement à la décision litigieuse.
31. En date du 31 octobre 2014, la chambre de céans a informé les parties de la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, leur a communiqué le nom des experts ainsi que les questions qu'elle entendait leur poser, en leur octroyant un délai au 12 novembre 2014 pour faire valoir une éventuelle cause de récusation et se déterminer sur les questions posées.
32. L'assurée n'a pas pris position, tandis que l'OAI, par une écriture du 12 novembre 2014, a estimé que les conditions de mise en place d'une expertise judiciaire n'étaient pas réalisées, mais indiquant subsidiairement n'avoir pas de motifs de récusation à faire valoir à l'encontre des experts pressentis ni de questions complémentaires à leur faire poser.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20).  
Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.
2. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56ss LPGA).
3. L'objet du litige consiste à déterminer si la recourante présente une atteinte à la santé ouvrant droit à des prestations de l'assurance-invalidité.
4. Selon les art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Aux termes de l'art. 7 al. 1 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les

mesures de réadaptation exigibles. L'al. 2 de cette disposition, entré en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2008, précise que seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable.

Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

5. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGa. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. A cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294 consid. 4c, ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références).

6. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).
7. Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en

procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et qu'enfin, les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3).

8. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).
9. S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces

médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

10. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, ils doivent mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I.751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3).
11. En l'espèce, l'intimé a nié le droit de la recourante à des prestations d'invalidité, considérant, sur la base des conclusions du Dr F\_\_\_\_\_ et du SMR, que l'état de santé de la recourante lui permet d'exercer pleinement son activité habituelle, ce que conteste la recourante en se référant à l'avis du Dr D\_\_\_\_\_ et de la Dresse E\_\_\_\_\_.

Le Dr F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne générale et cardiologie, a, dans son rapport du 1<sup>er</sup> février 2013, diagnostiqué une stéato-hépatite alcoolique avec cirrhose hépatique, une hypertension portale (varices oesophagiennes), une décompensation ascitique inaugurale, une perturbation persistante des tests hépatiques, une dépendance alcoolique, actuellement en sevrage et un état dépressif actuellement compensé (ancien état dépressif en 2001). Selon l'expert, l'état somatique (hépatique uniquement) ne devrait pas influencer la capacité de travail de la recourante dans son activité habituelle, de sorte qu'une reprise d'activité à 75% était envisageable dès le 18 février 2013 et à 100% dès le 18 mars 2013.

A la lecture des pièces versées à la procédure et suite à l'instruction de la présente cause, la chambre de céans est d'avis que les conclusions du Dr F\_\_\_\_\_ ne peuvent, en l'état, être confirmées, et ce pour les motifs qui suivent.

Il apparaît en effet que la recourante souffre notamment de troubles du sommeil provoqués par la cirrhose (Dr D\_\_\_\_\_, procès-verbal d'audition du 28 janvier 2014). A cet égard, la recourante a expliqué par-devant la chambre de céans que les médecins des HUG lui avaient prescrit un somnifère seulement à partir du début 2013, car auparavant, ce traitement n'était pas compatible avec l'état de son foie (procès-verbal d'audition des parties du 28 janvier 2014). Or, force est de constater que ces troubles du sommeil n'ont pas été pris en considération dans l'appréciation

émise par l'expert, alors qu'ils existaient déjà au moment où il a effectué son examen, soit le 14 janvier 2013. Par ailleurs, avant de rendre ses conclusions, le Dr F\_\_\_\_\_ s'est entretenu au téléphone avec le Dr D\_\_\_\_\_ (rapport d'expertise du 1<sup>er</sup> février 2013, p. 7). Le Dr D\_\_\_\_\_ a expliqué qu'au cours de cet entretien, il avait indiqué à l'expert que les résultats révélaiement un important syndrome inflammatoire, témoignant de la sévérité de la cirrhose et attestant de l'asthénie intense présentée par la recourante (courrier du Dr D\_\_\_\_\_ du 12 février 2013 au médecin conseil de l'assureur perte de gain maladie). Or, force est de constater que l'expert ne fait aucune mention de l'avis du médecin traitant, ni des raisons pour lesquelles il s'en écarte. Qui plus est, sur le plan psychiatrique, on relèvera que l'on ne saurait se fonder, comme l'ont fait l'intimé et le SMR, sur l'appréciation du Dr F\_\_\_\_\_ pour retenir que la recourante présente un état dépressif compensé, et partant, sans répercussion sur sa capacité de travail, alors que ce domaine ne relève pas de sa spécialisation. Par ailleurs, le Dr C\_\_\_\_\_ a noté qu'en raison de la cirrhose présentée par la recourante, celle-ci devait, si possible, exercer une activité en position assise (rapport du 8 octobre 2012). Or, la chambre de céans relèvera que l'activité habituelle de la recourante, soit employée de blanchisserie/repassseuse, s'effectue principalement debout comme l'a confirmé l'employeur (questionnaire du 8 novembre 2012). A cela s'ajoute le fait qu'il apparaît que la recourante, qui a souffert d'une tendinite à l'épaule droite dès le 28 février 2013, présente encore des douleurs à l'épaule pour lesquelles elle prend des anti-inflammatoires (procès-verbal d'audition des parties du 28 janvier 2014). Or, aucune pièce au dossier ne permet de déterminer les éventuelles répercussions de cette atteinte sur l'exercice de l'activité de repasseuse. En outre, sur le plan psychiatrique, quand bien même la Dresse E\_\_\_\_\_ suit effectivement la recourante seulement depuis décembre 2013, soit postérieurement à la décision litigieuse, il n'en demeure pas moins qu'elle fait état dans son rapport de l'existence de troubles du sommeil et de l'asthénie constatés préalablement par le Dr D\_\_\_\_\_ et que l'asthénie pourrait s'expliquer par le diagnostic de réaction à un facteur de stress important et des troubles de l'adaptation, avec une prédominance à l'asthénie (F43.28). Cela étant, on ne saurait toutefois se fonder sur le seul avis de la Dresse E\_\_\_\_\_ pour retenir ce trouble psychique, dont l'appréciation succincte, émise en qualité de psychiatre traitant, doit être abordée avec précaution.

Compte tenu de ce qui précède, force est de constater que les pièces versées à la procédure, ne permettent pas, sans autre instruction, de déterminer les atteintes à la santé dont souffre la recourante, leurs éventuelles limitations fonctionnelles et répercussions qu'elles entraînent sur sa capacité de travail.

Par conséquent, une expertise gastroentérologique, psychiatrique et rhumatologique sera ordonnée, laquelle sera confiée au docteur G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en

gastroentérologie, à la doctoresse H\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et à la doctoresse I\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie.

**PAR CES MOTIFS,  
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

**Statuant préparatoirement**

1. Ordonne une expertise gastroentérologique, psychiatrique et rhumatologique.
2. La confie au docteur G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en gastroentérologie, à la doctoresse H\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et à la doctoresse I\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie.
3. Charge les experts d'examiner et d'entendre Madame A\_\_\_\_\_, après s'être entourés de tous les éléments utiles et après avoir pris connaissance du dossier de l'intimé, ainsi que du dossier de la présente procédure, et de s'entourer d'avis de tiers au besoin.
4. Charge les experts d'établir un rapport détaillé et de répondre aux questions suivantes :

**D'un point de vue gastroentérologique:**

1. Anamnèse.
2. Données subjectives de la personne.
3. Constatations objectives.
4. Diagnostic(s).
5. Depuis quelle date sont-ils présents chez la recourante et comment ont-ils évolué?
6. Quelles sont les limitations fonctionnelles dues à chaque diagnostic?
7. Mentionner, pour chaque diagnostic posé, ses conséquences sur la capacité de travail de la recourante dans son activité habituelle, en pourcent. Le taux a-t-il évolué? Si oui, comment et quand (mois et année)? Y-a-t-il une diminution de rendement? La recourante présente-t-elle des limitations physiques dans cette activité? Si oui, lesquelles et pourquoi?
8. Dater la survenance de l'incapacité de travail durable, le cas échéant.
9. Une activité lucrative adaptée est-elle raisonnablement exigible de la part de la recourante? Si non, pourquoi et depuis quand (mois et année)? Si oui, à quel taux et depuis quand (mois et année)? Le taux a-t-il évolué? Si oui, comment et quand (mois et année)? Y-a-t-il une diminution de rendement? Donner une description des activités

adaptées, en exposant les motifs qui conduisent à retenir les limitations fonctionnelles.

10. La recourante suit-elle un traitement adéquat et s'y conforme-t-elle?
11. L'état de santé de la recourante est-il stabilisé? Si oui, depuis quand (mois et année)?
12. Tous les traitements ont-ils été tentés? Si non, dire lesquels pourraient avoir une influence positive sur la capacité de travail de la recourante.
13. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables? Si non, pourquoi?
14. Pronostic.
15. Etes-vous d'accord avec l'appréciation émise par le Dr F\_\_\_\_\_ dans son rapport du 1<sup>er</sup> février 2013? Si non, pourquoi?
16. Etes-vous d'accord avec l'appréciation émise par le Dr D\_\_\_\_\_ dans ses rapports des 1<sup>er</sup> novembre 2012 et lors de son audition le 28 janvier 2014? Si non, pourquoi?
17. Etes-vous d'accord avec l'appréciation émise par le Dr J\_\_\_\_\_ dans son rapport du 17 janvier 2014? Si non, pourquoi?
18. Au vu du dossier, vos réponses aux questions susmentionnées sont-elles identiques à celles que vous auriez fournies à la date de la décision rendue par l'intimé le 23 mai 2013? Si non, pourquoi et quelles sont les réponses qui varient?
19. Faire toutes autres observations ou suggestions utiles.

#### D'un point de vue psychiatrique

1. Anamnèse.
2. Données subjectives de la personne.
3. Constatations objectives.
4. Diagnostic(s).
5. Depuis quelle date sont-ils présents chez la recourante et comment ont-ils évolué?
6. Quel est le degré de gravité de chacun de ceux-ci, le cas échéant (faible, moyen, grave) ?

7. Ces troubles psychiques ont-ils valeur de maladie en tant que telle selon le DSM IV ou la CIM-10 ?
8. Quelles sont les limitations fonctionnelles dues à chaque diagnostic?
9. Mentionner, pour chaque diagnostic posé, ses conséquences sur la capacité de travail de la recourante dans son activité habituelle, en pourcent. Le taux a-t-il évolué? Si oui, comment et quand (mois et année)? Y-a-t-il une diminution de rendement? La recourante présente-t-elle des limitations psychiques dans cette activité? Si oui, lesquelles et pourquoi?
10. Dater la survenance de l'incapacité de travail durable, le cas échéant.
11. Une activité lucrative adaptée est-elle raisonnablement exigible de la part de la recourante? Si non, pourquoi et depuis quand (mois et année)? Si oui, à quel taux et depuis quand (mois et année)? Le taux a-t-il évolué? Si oui, comment et quand (mois et année)? Y-a-t-il une diminution de rendement? Donner une description des activités adaptées, en exposant les motifs qui conduisent à retenir les limitations.
12. La recourante suit-elle un traitement adéquat et s'y conforme-t-elle?
13. Tous les traitements ont-ils été tentés? Si non, dire lesquels pourraient avoir une influence positive sur la capacité de travail de la recourante.
14. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables? Si non, pourquoi?
15. Pronostic.
16. Etes-vous d'accord avec l'appréciation émise par la Dresse E\_\_\_\_\_ dans son rapport du 5 juin 2014? Si non, pourquoi?
17. Au vu du dossier, vos réponses aux questions susmentionnées sont-elles identiques à celles que vous auriez fournies à la date de la décision rendue par l'intimé le 23 mai 2013? Si non, pourquoi et quelles sont les réponses qui varient?
18. Faire toutes autres observations ou suggestions utiles.

D'un point de vue rhumatologique

1. Anamnèse.
2. Données subjectives de la personne.
3. Constatations objectives.

4. Diagnostic(s).
5. Depuis quelle date sont-ils présents chez la recourante et comment ont-ils évolué?
6. Quelles sont les limitations fonctionnelles dues à chaque diagnostic?
7. Mentionner, pour chaque diagnostic posé, ses conséquences sur la capacité de travail de la recourante dans son activité habituelle, en pourcent. Le taux a-t-il évolué? Si oui, comment et quand (mois et année)? Y-a-t-il une diminution de rendement? La recourante présente-t-elle des limitations psychiques dans cette activité? Si oui, lesquelles et pourquoi?
8. Dater la survenance de l'incapacité de travail durable, le cas échéant.
9. Une activité lucrative adaptée est-elle raisonnablement exigible de la part de la recourante? Si non, pourquoi et depuis quand (mois et année)? Si oui, à quel taux et depuis quand (mois et année)? Le taux a-t-il évolué? Si oui, comment et quand (mois et année)? Y-a-t-il une diminution de rendement? Donner une description des activités adaptées, en exposant les motifs qui conduisent à retenir les limitations.
10. La recourante suit-elle un traitement adéquat et s'y conforme-t-elle?
11. Tous les traitements ont-ils été tentés? Si non, dire lesquels pourraient avoir une influence positive sur la capacité de travail de la recourante.
12. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables? Si non, pourquoi?
13. Pronostic.
14. Au vu du dossier, vos réponses aux questions susmentionnées sont-elles identiques à celles que vous auriez fournies à la date de la décision rendue par l'intimé le 23 mai 2013? Si non, pourquoi et quelles sont les réponses qui varient?
15. Faire toutes autres observations ou suggestions utiles.

#### En consilium

1. Compte tenu des diagnostics somatiques et psychiques constatés, l'activité habituelle est-elle raisonnablement exigible de la part de la recourante? Si non, pourquoi et depuis quand (mois et année)? Si oui, à quel taux et depuis quand (mois et année)? Le taux a-t-il évolué? Si oui, comment et quand (mois et année)?

2. Compte tenu des diagnostics somatiques et psychiques constatés, une activité lucrative adaptée est-elle raisonnablement exigible de la part de la recourante? Si non, pourquoi et depuis quand (mois et année)? Si oui, à quel taux et depuis quand (mois et année)? Le taux a-t-il évolué? Si oui, comment et quand (mois et année)? Y-a-t-il une diminution de rendement? Donner une description des activités adaptées, en exposant les motifs qui conduisent à retenir les limitations.
3. Des mesures de réadaptation professionnelles sont-elles envisageables? Si non, pourquoi?
4. Etes-vous d'accord avec l'avis du Dr K\_\_\_\_\_ du 28 mars 2013, selon lequel la recourante a, dès le 18 février 2013, une capacité de travail à 75% dans son activité habituelle et, dès le 18 mars 2013, une capacité de travail entière dans toute activité? Si non, pourquoi?
5. Invite les experts à déposer à leur meilleure convenance un rapport en trois exemplaires à la chambre de céans.
6. Réserve le fond.

La greffière

Le Président

Marie NIERMARECHAL

Raphaël MARTIN

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties le