

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2547/2007

ATAS/681/2008

**ORDONNANCE D'EXPERTISE**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**du 4 juin 2008**

**Chambre 5**

En la cause

Madame Y\_\_\_\_\_, domiciliée à Meyrin, comparant avec élection      Recourante  
de domicile en l'étude de Maître GRANT Philip

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, rue de      Intimé  
Lyon 97, case postale 425, 1211 GENEVE 13

---

**Siégeant : Maya CRAMER, Présidente.**

---

### **EN FAIT**

1. Madame Y \_\_\_\_\_, d'origine turque et naturalisée suisse, est mère de cinq enfants adultes. Elle réside en Suisse depuis le 31 juillet 1983. En dernier lieu, elle a travaillé au service de X \_\_\_\_\_ SA en qualité d'aide de cuisine du 1<sup>er</sup> juillet 1988 au 9 janvier 1999, à plein temps. Elle y réalisait un salaire mensuel de 2'960 fr.
2. Depuis le janvier 1999, l'intéressée est en arrêt de travail total.
3. Dans un rapport adressé le 1<sup>er</sup> octobre 1999 à ALPINA assurance, assureur perte de gain de l'employeur, le Dr A \_\_\_\_\_, médecin traitant, a indiqué que sa patiente souffrait d'une dépression nerveuse, et soupçonnait l'existence d'une sinistrose. Toutes les tentatives de reprises de travail s'étaient soldées par des échecs.
4. Le 10 janvier 2000, l'intéressée a déposé une demande auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après OCAI) visant à l'octroi d'une rente, se plaignant de douleurs à la colonne vertébrale et au bras droit, et de maux de tête.
5. Dans son rapport du 28 février 2000, le Dr A \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics suivants : cervico-occipitalgies latérales droites avec irradiation dans le membre supérieur droit, troubles statiques cervicaux dans les deux plans, status dépressif, HTA (réfractaire à plusieurs traitements), céphalées d'origine indéterminée (sur dépression nerveuse, sur troubles statiques cervicaux et sur prolactinémie), micro-adénome hypophysaire (prolactinome), hypercholestérolémie, gastrite chronique, goitre multi-nodulaire. Il a fixé à 100% le taux d'incapacité de travail de sa patiente dès le 1<sup>er</sup> janvier 1999, dans sa profession d'aide de cuisine. Il a estimé en revanche qu'elle pourrait travailler dans une activité ne nécessitant pas la station debout prolongée.
6. L'assurée a été hospitalisée à la Clinique romande de réadaptation (ci-après CRR) du 29 avril au 2 mai 2002 en vue d'une expertise pluridisciplinaire. Cette expertise comprenait notamment une expertise psychiatrique, une évaluation neurologique et une observation en ateliers professionnels. Selon le rapport de synthèse du 6 mai 2002 de cette clinique, les plaintes exprimées étaient très largement disproportionnées en regard des anomalies objectives. Les experts ont retenu le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant, tout en estimant qu'il n'y avait pas d'éléments suffisants pour admettre une comorbidité psychiatrique. Ils ont estimé de façon unanime que l'activité d'aide de cuisine exercée jusqu'ici était encore exigible. Toutefois, s'ils ont admis que le pronostic d'une quelconque reprise professionnelle était sombre et en imputaient la responsabilité à des facteurs

sortant du champ médical à proprement parler, tel que le départ progressif des enfants du domicile parental, les difficultés d'acculturation, l'illettrisme et la désinsertion sociale du couple, l'époux étant également en attente d'une décision de l'assurance-invalidité. Selon l'expertise psychiatrique du Dr B\_\_\_\_\_, l'assurée a décrit une ambiance familiale très chaleureuse et soutenante, tous les enfants passant quasi quotidiennement à la maison. Le ménage était assuré par deux de ses enfants. L'assurée avait par ailleurs déclaré à l'expert avoir un bon moral, acceptant sa situation telle qu'elle était. Dans les observations cliniques, l'expert a noté que la thymie n'était guère altérée et qu'il ne retrouvait pas de symptômes dépressifs caractéristiques. Il a relevé à cet égard qu'à plusieurs reprises durant l'entretien, l'assuré pouvait s'éclairer d'un large sourire. Il n'a pas non plus constaté d'autres symptômes valant pour un trouble spécifique. La collaboration durant l'entretien avait été bonne et il n'avait aucun argument évoquant une simulation ou un trouble factice. L'expert a en outre relevé ce qui suit :

*"De manière inconsciente, l'adoption d'une identité de malade contribue certainement au maintien des relations familiales proches, qui sont aussi dépendantes de facteurs culturels. Son statut d'invalidé semble aujourd'hui assimilé aussi bien par l'expertisée que par son entourage. Une certaine homéostasie semble atteinte."*

Enfin, l'expert a relevé que l'évaluation était légèrement limitée par le fait que l'expertisée ne s'exprimait que dans un français rudimentaire.

7. Par décision du 11 décembre 2002, l'OCAI, se fondant sur ledit rapport d'expertise, a rejeté la demande de l'assurée. Celle-ci a interjeté recours le 21 décembre 2002 contre cette décision, en affirmant ne plus pouvoir continuer à travailler comme aide de cuisine à plein temps.
8. Dans son préavis du 7 mars 2003, l'Office AI du canton de Fribourg, mandaté pour instruire le dossier afin d'alléger la charge de travail de l'OCAI, a considéré que l'expertise de la CRR satisfaisait à tous les critères jurisprudentiels pour lui reconnaître une pleine valeur probante, et a constaté que le trouble somatoforme douloureux dont souffrait la recourante ne pouvait être qualifié d'invalidant. Il a conclu dès lors au rejet du recours.
9. L'intéressée, par l'intermédiaire de son conseil, a fait valoir qu'elle ne parlait pas bien le français. Ce fait avait été relevé par plusieurs médecins. Or, l'expertise psychiatrique s'était déroulée en français. La recourante n'avait pas été accompagnée d'une personne parlant le turc. C'est ainsi que le conseil de la recourante s'est expliqué que les affirmations figurant dans l'expertise

psychiatrique puissent être aussi vagues et peu étayées. Il a relevé à cet égard que le Dr B \_\_\_\_\_, expert-psychiatre, avait lui-même indiqué que l'évaluation était légèrement limitée par le fait que l'expertisée ne s'exprimait que dans un français rudimentaire ». Deux courriers ont été versés au dossier, l'un du Dr C \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapeute, daté du 12 juin 2003, le second du Dr D \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, daté du 2 mai 2003. Les deux courriers étaient adressés au Dr A \_\_\_\_\_. Le Dr C \_\_\_\_\_ avait vu deux fois la patiente, seule, puis en présence d'un membre de sa famille qui pouvait traduire et préciser certains points. Selon ce médecin, la patiente souffrait d'un syndrome douloureux somatoforme persistant et d'un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques. Il a proposé la mise en œuvre d'une nouvelle expertise par un psychiatre parlant le turc, « vu l'aspect juridico-administratif de la situation de Madame Y \_\_\_\_\_ et les possibles implications culturelles". Le Dr D \_\_\_\_\_, quant à lui, a confirmé qu'une prise en charge par un psychiatre parlant le turc serait idéale. Il a considéré par ailleurs que la patiente ne pourrait pas reprendre d'activité professionnelle. La recourante a conclu dès lors, préalablement, à ce qu'une nouvelle expertise psychiatrique lui permettant de s'exprimer librement en turc soit ordonnée, et, principalement, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité.

10. Par arrêt du 27 avril 2004, le Tribunal de céans a admis le recours et renvoyé la cause à l'intimé pour complément d'instruction consistant en une expertise psychiatrique par un médecin parlant le turc.
11. Selon la lettre du 21 novembre 2004 du Dr E \_\_\_\_\_, psychiatre, au Dr A \_\_\_\_\_, ce premier praticien suivait la patiente depuis le 17 mars 2004. Le mari de celle-ci était à l'AI. Ce praticien a relevé que l'état psychique de sa patiente s'était progressivement détérioré avec des symptomatologies somatiques. La symptomatologie dépressive était la suivante : humeur déprimée, perte d'intérêt et de plaisir, diminution de l'énergie et fatigabilité accrue, perte de confiance et d'estime de soi, altération de la capacité à penser et à se concentrer, ralentissement psychomoteur important, perturbation du sommeil, absence de réaction par rapport aux événements ou aux activités, désespoir, incapacité de faire face aux responsabilités habituelles, pessimisme, parle peu et ses réponses sont très courtes et après un certain délai, stupeur dépressive, douleurs multiples somatiques. Elle présentait également des troubles de la mémoire récente et de faits anciens. Elle était désorientée dans le temps et dans l'espace. Il l'avait suivie régulièrement pour un traitement de psychothérapie et médicamenteux (Eflexor 150 mg et un neuroleptique). L'évolution n'était pas favorable. Ce médecin a diagnostiqué un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques et un syndrome douloureux somatoforme persistant.

12. Saisi par l'assurée, le Tribunal de céans a constaté, par arrêt du 10 mai 2005, que l'OCAI avait commis un déni de justice, en omettant de soumettre l'assurée à une expertise, a ordonné qu'il entreprenne les démarches nécessaires pour la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique avec un médecin parlant le turc dans un délai de 30 jours à compter de la notification de l'arrêt et l'a condamné aux dépens, ainsi qu'à un émolument de justice.
  
13. L'OCAI a mis en œuvre une expertise interdisciplinaire, rhumatologique et psychiatrique, auprès du Centre d'expertise médicale de Genève. L'expertise s'est déroulée avec l'aide d'une traductrice qui s'était dite être une amie de longue date de l'expertisée et qu'elle considérait presque comme sa fille. Le consilium des experts a diagnostiqué un syndrome somatoforme douloureux persistant et des troubles statiques et dégénératifs légers de la colonne lombaire. Il a relevé les diagnostics suivants sans répercussion sur la capacité de travail : épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique en rémission incomplète, correspondant actuellement à un épisode léger et moyen, séquelles d'une capsulite rétractile de l'épaule gauche, goitre nodulaire euthyroïdien, micro-adénome hypophysaire traité et hypertension artérielle traitée. L'assurée présentait un état douloureux chronique se manifestant sous forme de céphalées continues de type tensionnel, de cervico-brachialgies gauches et de lombalgies irradiants dans le membre inférieur gauche. Pour des raisons somatiques, les experts ont estimé que l'activité d'aide de cuisine n'était plus exigible. Toutefois, une activité moyenne sans position statique prolongée sollicitant le tronc, telle que la flexion prolongée, était exigible du point de vue rhumatologique. Sur le plan psychiatrique, le collège d'experts a admis qu'il existait un état dépressif qui avait évolué dans le temps. Avec le traitement entrepris, ce trouble était au moment de l'expertise en rémission incomplète et les symptômes devaient être qualifiés de dysthymie évoluant vers une résolution avec des symptômes résiduels de type tristesse. Cette atteinte n'entravait pas la capacité de travail et, au moment de l'expertise, l'assurée possédait les ressources psychiques pour affronter son état douloureux. Les experts ont cependant indiqué que, "Comme l'a montré l'évolution, son état n'est pas stabilisé et la possibilité d'une récurrence de la dépression n'est pas exclue." Dans l'évaluation psychiatrique, il est relevé que, pour une raison inconnue, son traitement anti-dépresseur a été réduit de moitié. L'expertisée a par ailleurs déclaré à la Dresse F\_\_\_\_\_, psychiatre au Centre d'expertise médicale, qu'elle avait consulté le Dr E\_\_\_\_\_, au début à raison de deux fois par semaine jusqu'au début 2005, puis une fois tous les 15 jours. Elle n'était pas demandeuse de ce suivi. L'expertisée a en outre indiqué que la problématique dépressive était directement liée à sa souffrance somatique et une conséquence de ses douleurs. Aujourd'hui, elle n'osait plus sortir de son domicile. Dans le status psychiatrique, la Dresse F\_\_\_\_\_ a noté un discours cohérent et

structuré, sans éléments de la lignée psychotique. Il n'y avait pas de trouble majeur de la concentration ou de la mémoire. L'expertisée était légèrement désorientée dans le temps et l'orientation spatiale était conservée. La tenue vestimentaire et l'hygiène étaient maintenues. Au cours de l'entretien, elle a montré une labilité affective et pouvait se mettre en colère et même crier. La thymie était neutre avec notion de tristesse, notamment lors des douleurs physiques importantes, ainsi que de pleurs. L'anxiété était généralisée sans signe végétatif et il n'y avait pas d'attaque de panique. L'expertisée a également fait état de difficultés d'endormissement avec un sommeil non-réparateur et des réveils fréquents, entraînant une fatigue matinale. Selon ses dires, elle passait la plupart du temps de la journée couchée ou assise, sans activité quotidienne. La psychiatre a noté également une diminution du plaisir, sans anhédonie, un appétit diminué sans plaisir de manger, une libido conservée et l'absence d'idéation suicidaire. Dans la discussion et l'évaluation du cas, la Dresse F\_\_\_\_\_ a notamment mentionné ce qui suit :

*"Suite à l'arrêt de son activité professionnelle, l'expertisée, illettrée et sans grand intérêt (ni capacités) de suivre les événements du monde extérieurs de sa famille, a commencé à perdre les repères du temps. Lors de l'évaluation actuelle, elle ne peut pas donner la date exacte en ce qui concerne le mois et elle n'a pas pu donner le jour et la date lors de l'expertise du Dr C\_\_\_\_\_. Il s'agit probablement d'un signe de désafférentation sociale plutôt que d'un signe de dépression. L'expertisée ne sort plus de chez elle, souffre de ses douleurs et n'a plus d'activité ou de contact avec le monde extérieur."*

L'experte psychiatre rejoint l'avis du Dr B\_\_\_\_\_, selon lequel l'assurée a essentiellement adopté une identité d'invalidé dans le contexte du départ de ses enfants et d'une perte de son identité de mère. La disponibilité et l'aide apportées par la famille parvenaient certainement à reconforter l'assurée, mais la maintenaient également dans un état figé d'invalidé. La Dresse F\_\_\_\_\_ poursuit comme suit :

*"Actuellement, on constate encore la persistance de la fatigue, d'apathie par moments et de troubles du sommeil légers. Il s'agit d'une symptomatologie certainement gênante pour la qualité de vie de l'expertisée, mais elle ne correspond actuellement plus qu'à un épisode dépressif léger à moyen et elle est susceptible d'évoluer favorablement avec un ajustement du traitement médicamenteux. Il faut admettre que la marge thérapeutique reste encore très large (...).*

*Dans ce sens et vu le potentiel thérapeutique non utilisé, il est difficile de parler d'invalidité."*

14. Par courrier non daté, le Dr E\_\_\_\_\_ s'est déterminé sur l'expertise interdisciplinaire. Il ne partageait pas l'évaluation de la capacité du travail de l'assurée d'un point de vue psychiatrique et a estimé que sa patiente était totalement incapable de travailler, tout en relevant que la problématique dépressive était plutôt réactionnelle à son problème physique (tumeur cérébrale et maux de tête non soulageables). Il a persisté à diagnostiquer un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques et un syndrome douloureux somatoforme persistant. De l'avis du Dr E\_\_\_\_\_, l'assurée n'était pas capable de s'adapter à son environnement professionnel, en raison des multiples plaintes somatiques et de maux de tête très importants et permanents. Par ailleurs, il a estimé que son rapport du 21 novembre 2004 au Dr A\_\_\_\_\_ était toujours valable.
15. Ce dernier médecin s'est déterminé sur l'expertise interdisciplinaire par courrier du 4 mai 2006 au mandataire de l'assurée. Il a considéré que sa patiente était en incapacité totale de travail, même si, d'un point de vue purement physique, elle pourrait théoriquement essayer d'exercer une activité légère. Cependant, en raison de son psychisme, il doutait qu'elle puisse reprendre une telle activité. Selon ce médecin, l'expertise n'avait pas pris en considération l'ensemble des troubles dont sa patiente souffrait, en relevant que les psychiatres traitants parlaient d'épisodes dépressifs sévères. Vu la non amélioration de la symptomatologie dépressive, il fallait considérer que cette dépression avait un caractère chronique récidivant. En outre, les points douloureux de son dos correspondaient à des points de fibromyalgie. Enfin, depuis le début de l'année 2006, son état psychique s'était dégradé.
16. Par courrier du 6 juillet 2006, l'assurée, par l'intermédiaire de son conseil, a fait savoir à l'OCAI qu'elle persistait à considérer qu'elle était totalement incapable de travailler, sur la base des rapports médicaux précités des Dr E\_\_\_\_\_ et A\_\_\_\_\_.
17. Par décision du 21 septembre 2006, l'OCAI a refusé à l'assurée une rente d'invalidité, en se fondant sur l'expertise interdisciplinaire, projet que l'assurée a contesté, tout en relevant l'extrême lenteur de l'OCAI.
18. Selon le rapport médical du SMR du 8 février 2007,

*"Le problème principal est une forte autolimitation et les douleurs chroniques sans base objective. L'assurée est restée pendant plus de 7*

*dans sans activité, il y a un déconditionnement de travail prononcé, aussi l'épisode dépressif de l'assurée est renforcé par ces douleurs chroniques. Mais l'état psychique peut évoluer favorablement avec un ajustement du traitement médicamenteux (augmenter la dose d'Efexor à 300 mg par jour). Le pronostic est réservé."*

Le Dr G\_\_\_\_\_ du SMR a d'ailleurs estimé que les nouveaux rapports des Drs A\_\_\_\_\_ et E\_\_\_\_\_ établissaient des diagnostics déjà décrits dans les autres expertises. Il a ainsi exclu une aggravation de l'état de santé de l'assurée et n'a pas jugé nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise.

19. Par décision du 25 mai 2007, l'OCAI a confirmé son projet de décision.
20. Par acte du 28 juin 2007, l'assurée recourt contre cette décision, en concluant préalablement à ce que des mesures probatoires utiles, notamment une expertise bi-disciplinaire judiciaire, soient ordonnées. Principalement, elle conclut à l'annulation de la décision, à l'octroi d'une rente d'invalidité entière depuis le 10 janvier 2000, y compris des intérêts moratoires de 5%, sous suite de dépens.
21. Dans sa détermination du 4 décembre 2007, l'intimé conclut au rejet du recours. Il estime que la décision querellée repose sur des investigations médicales et probantes au sens de la jurisprudence. Aucune péjoration n'a été par ailleurs démontrée par la suite.
22. Le 18 avril 2008, le Tribunal de céans informe les parties qu'il a l'intention de mettre en œuvre une expertise par un psychiatre parlant le turc et de la confier au Dr H\_\_\_\_\_ à Bienne. Il leur communique également la liste des questions posées.
23. Le 6 mai 2008, la recourante fait savoir au Tribunal de céans qu'elle ne s'oppose ni au choix de l'expert, ni aux questions qui lui sont soumises.
24. Par courrier du 19 mai 2008, l'intimé en a fait de même.

## **EN DROIT**

1. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 43 LPGa), l'administration est tenue d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure. En particulier, elle doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; ATFA non publié du 19 mars 2004, I 751/03 consid. 3.3, RAMA 1985 K 646 p. 240 consid. 4).
2. En l'espèce, le Tribunal de céans a ordonné à l'intimé, par arrêts du 27 avril 2004 et du 10 mai 2005, de mettre en œuvre une expertise psychiatrique par un médecin parlant le turc. Cependant, l'intimé a préféré soumettre la recourante à une expertise interdisciplinaire rhumatologique et psychiatrique par le Centre d'expertise médicale à Genève. L'expertise s'est déroulée à l'aide d'une traductrice qui s'était dite être une amie de longue date de l'expertisée.

Ce faisant, l'intimé s'est écarté de ce qu'avait ordonné le Tribunal par ses arrêts du 27 avril 2004 et 10 mai 2005.

Cela étant, il s'avère nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise par un expert psychiatre parlant le turc. Par économie de procédure, le Tribunal de céans l'ordonne dans le cadre de la présente procédure.

\*\*\*

**PAR CES MOTIFS,  
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

**Statuant préparatoirement**

- A. Ordonne une expertise judiciaire médicale.
- B. La confie au Dr H\_\_\_\_\_.
- C. Dit que la mission de ce médecin sera la suivante :

- Prendre connaissance du dossier médical de Mme Y\_\_\_\_\_.
- 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 :
  1. Si vous deviez avoir constaté un trouble dépressif, quelle est la cause de celui-ci ? Est-il notamment réactionnel à un éventuel syndrome somatoforme douloureux persistant diagnostiqué ?
  2. Quelles limitations fonctionnelles engendrent les atteintes psychiatriques diagnostiquées, à l'exception d'un éventuel syndrome somatoforme douloureux persistant diagnostiqué ?
  3. Dans quelle mesure les limitations fonctionnelles mentionnées à la question précédente réduisent-elles la capacité de travail de l'expertisée dans une activité professionnelle adaptée ?
  4. Comment la capacité de travail de l'expertisée a-t-elle évolué depuis janvier 1999 ?
  5. Le traitement instauré pour soigner les atteintes psychiatriques est-il optimal ? Dans la négative, quel traitement préconiseriez-vous ?
  6. Si le traitement devait être optimal, quelle est la compliance de l'expertisée ?
  7. Si le traitement devait être optimal et la compliance bonne, comment vous expliquez-vous que l'éventuelle symptomatologie dépressive constatée perdure ?
  8. Si vous deviez avoir constaté également une désorientation de l'expertisée, partagez-vous l'avis de la Dresse F\_\_\_\_\_, laquelle a procédé à l'évaluation psychiatrique de Mme Y\_\_\_\_\_ dans le cadre du rapport de l'expertise interdisciplinaire du Centre d'expertise médicale, avis selon lequel cette désorientation constitue probablement un signe de désafférentation sociale, plutôt que d'un signe de dépression ?

9. L'éventuelle limitation de la capacité de travail constatée est-elle essentiellement due à des facteurs psychosociaux ou socio-culturels et moins à une atteinte psychiatrique ?
  10. En cas de réponse négative à la réponse précédente, la comorbidité psychiatrique à l'éventuel trouble somatoforme douloureux persistant diagnostiqué doit-elle être considérée comme importante par sa gravité, son acuité et sa durée ?
  11. L'expertisée souffre-t-elle d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie ?
  12. Constatez-vous un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie) ?
  13. Constatez-vous une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé ?
  14. Comment vous déterminez-vous sur l'évaluation psychiatrique de l'expertise du Centre d'expertise médicale du 15 septembre 2005 ?
  15. Quelles autres observations avez-vous éventuellement à ajouter ?
- D. Invite le Dr H\_\_\_\_\_ à déposer le plus rapidement possible un rapport en deux exemplaires au Tribunal de céans.
- E. Réserve le fond.

La greffière

La Présidente

Arlette BLATTNER

Maya CRAMER

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties par le greffe le