

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2594/2008

ATAS/930/2009

**ORDONNANCE D'EXPERTISE
DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 8

du 20 juillet 2009

En la cause

Madame N_____, domiciliée au PETIT-LANCY, comparant
avec élection de domicile en l'Etude de Maître STOLLER
FÜLLEMANN Monique

recourante

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE INVALIDITE, rue de
Lyon 97, 1203 Genève

intimé

Siégeant : Jean-Louis BERARDI, Juge suppléant

EN FAIT

1. Ressortissante vietnamienne (née en 1964), naturalisée en 1995, N_____ est mariée et mère de deux enfants, nés en 1998 et 1992.
2. Sans formation spécifique, elle a travaillé en qualité de trieuse à la Poste à temps partiel (27.50 heures par semaine). A ce titre, elle était assurée obligatoirement contre le risque d'accident auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accident (CNA).
3. Le 4 juillet 2003, alors qu'elle était arrêtée à un feu rouge, elle a été percutée à l'arrière par un autre véhicule. A cette occasion, sa voiture a été déplacée de 7 mètres environ. Selon un rapport d'expertise technique du 30 mai 2005, l'importance du choc a été relativement faible. La différence de vitesse subie entre les deux véhicules étant comprise entre 6km/h et 13 km/h.
4. Dans un rapport du 3 décembre 2003, le Dr A_____, généraliste, a fait état de cervicalgies post-traumatiques. L'assurée a repris le travail le 21 juillet 2003. Elle a subi toutefois une nouvelle période d'incapacité complète de travail du 23 au 26 avril 2004, puis à partir du 19 août suivant à ce jour. La CNA a pris en charge le cas (indemnités journalières et frais de traitement).

Après avoir confié une expertise au Dr B_____, spécialiste en neurologie (rapport du 18 janvier 2005), la CNA a rendu une décision, le 8 juin 2005, confirmée sur opposition le 20 juillet suivant, par laquelle elle a supprimé le droit aux prestations avec effet au 3 février 2005. S'appuyant sur les conclusions de ladite expertise, l'assureur a estimé que les troubles subis par l'assurée n'étaient plus dus à l'accident, mais relevaient exclusivement de la maladie.

Saisie d'un recours de l'assurée, le Tribunal cantonal des assurances sociales a annulé la décision sur opposition attaquée et renvoyé la cause à la CNA pour instruction complémentaire et nouvelle décision (arrêt du 26 juillet 2006). Il a considéré, en résumé, que les difficultés d'expression de l'assurée ne lui avaient peut-être pas permis de faire d'emblée part de ses plaintes et qu'une instruction complémentaire – auprès du Dr C_____, chiropraticien, ainsi que par la mise en œuvre d'une expertise neuro-psychiatrique – était nécessaire pour trancher le point de savoir si les affections perdurant au-delà du 3 mars 2005 ressortissaient spécifiquement au tableau clinique d'un traumatisme cervical de type « coup du lapin » ou constituaient une atteinte à la santé secondaire indépendante.

Le 30 octobre 2007, le Tribunal fédéral a annulé ledit arrêt. Il a retenu en substance que l'assurée ne souffrait pas d'une atteinte organique objectivable (cf. rapport d'expertise du Dr B_____ du 18 janvier 2005) et que le dossier ne faisait mention d'aucune plainte ressortissant au tableau clinique typique d'un

traumatisme de type « coup du lapin » qui serait apparue dans une durée de latence telle que l'on pût admettre la survenance d'un traumatisme de ce type. Ce n'était que 14 mois après l'accident que le Dr D_____ (médecin généraliste traitant depuis le 17 décembre 2003) avait fait état pour la première fois d'insomnie et de dépression et ce n'était qu'au mois de janvier 2005 que ce médecin avait attesté l'existence de l'ensemble des plaintes typiques d'un traumatisme de type « coup du lapin » (rapport du 10 janvier 2005). Retenant en outre que l'on pouvait laisser ouverte la question de savoir si l'évènement du 4 juillet 2003 ne devrait pas être qualifié d'accident de peu de gravité, le Tribunal fédéral a nié l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé psychique de l'assurée. A cet égard, il a en particulier estimé que les circonstances concomitantes n'avaient pas été particulièrement dramatiques, que l'accident n'avait pas eu un caractère particulièrement impressionnant et que les lésions physiques n'avaient pas été d'une gravité telle qu'elles eussent été de nature, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques.

5. Parallèlement à la procédure l'opposant à la CNA, l'assurée a déposé, le 26 juin 2005, une demande de prestations tendant à l'octroi d'une rente auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (OCAI). A l'appui de celle-ci, elle a invoqué présenter des douleurs cervicales, une brachialgie gauche et une dépression entraînées par l'accident survenu le 4 juillet 2003.
6. Dans le cadre de cette procédure, l'OCAI a recueilli en particulier les documents suivants :
 - un certificat du Dr D_____, du 13 août 2004, aux termes duquel l'assurée ne pouvait pas travailler dans des positions nuque penchée en avant, ni porter des charges lourdes.
 - un rapport du Dr D_____ du 10 janvier 2005, indiquant que, malgré tous ses efforts déployés durant presque une année, la patiente présentait un syndrome de stress post-traumatique avec une forte composante dépressive.
 - une expertise du Dr E_____, neurologue, du 18 janvier 2005, effectuée à la demande de la CNA. Selon l'expert, l'assurée semblait présenter des difficultés extrêmes de compréhension et d'expression à la fois pour des raisons linguistiques et psychologiques. Elle apparaissait visiblement anxieuse, tendue, déprimée et parfois confuse. L'examen avait été ainsi effectué dans des conditions de collaboration totalement insuffisantes, la patiente n'avait pu donner une anamnèse même partielle, ni collaborer de façon minimale à l'examen neurologique, resté partiel. Les différents examens n'avaient démontré aucune lésion significative du système locomoteur et nerveux. Plusieurs documents faisaient état d'une mobilité de la colonne cervicale contrastant avec l'impossibilité pratiquement complète de toute mobilisation de la nuque lors du

bilan. L'examen n'avait pas rapporté la preuve d'une atteinte neurologique significative, mais mis en évidence une limitation de la mobilisation de la nuque vraisemblablement liée à des facteurs antalgiques et psychologiques, plutôt que somatiques. L'accident de la circulation avait entraîné une distorsion cervicale simple de degré I à II selon la Québec Task Force. Les troubles présentés étaient vraisemblablement d'origine psychologique plutôt que somatique. Les troubles de la mémoire et de la concentration étaient très certainement en relation avec la décompensation anxio-dépressive. La plupart des mesures thérapeutiques s'étaient avérées un échec en raison probablement de la prédominance des facteurs psychologiques. Il convenait dès lors de mettre l'accent sur la prise en charge psychothérapeutique et le traitement antidépresseur. N'étant pas lui-même psychiatre, le praticien se déclarait ne pas être en mesure de se prononcer sur l'importance de l'état anxio-dépressif. Les discopathies débutantes C4-C5 et C5-C6 étaient asymptomatiques et ne jouaient aucun rôle significatif dans l'évolution du cas. Par contre, il était possible qu'existât un état psychologique antérieur lié à la fragilisation de la personnalité de la patiente par des expériences traumatiques antérieures pouvant avoir été réactivées par le traumatisme cervical, ce qui relevait du domaine de la psychiatrie. Enfin, il ne lui était pas possible de formuler un pronostic quant à la reprise d'une activité professionnelle quelle qu'elle soit. Selon lui, l'évènement accidentel était certainement de la catégorie mineure, si bien qu'il n'était pas en principe de nature à entraîner des troubles psychiques en relation de causalité naturelle. Le statu quo ante/sine avait été atteint un an au maximum après l'accident, soit le 4 juillet 2004. Par ailleurs, cet expert a mentionné dans son rapport un certificat du Dr F_____ du 27 avril 2004 faisant état d'une reprise du travail à 100% dès le 27 avril 2004.

- un rapport de la Dresse G_____, neuropsychologue, du 7 février 2005, attestant l'existence de troubles cognitifs (troubles de la mémoire immédiate, de l'attention et du rendement) explicables dans le cadre d'un état dépressif réactionnel, lié en grande partie en tout cas aux difficultés causées par les séquelles physiques dans la gestion des activités habituelles de la vie quotidiennes, difficultés qui altéraient l'équilibre de vie de cette patiente qui devait assumer partiellement en tout cas un mari infirme et avait dû faire face antérieurement à des réaménagements psychiques sans doute difficiles dans le contexte d'un déracinement lié à la guerre dans son pays.
- un certificat du Dr H_____, neurologue, du 22 février 2005, diagnostiquant un état dépressif intercurrent consécutif à une situation post-traumatique. Le sentiment d'injustice et l'état dépressif de la patiente se trouvaient renforcés par la mise en doute de son état douloureux post-traumatique et par son impuissance à formuler ses souffrances, en raison de la barrière linguistique. Même si d'un point de vue neurologique et radiologique il n'existait pas de lésion objective (« ce qui est connu dans ces situations »), on pouvait considérer que les douleurs

résiduelles dont se plaignait l'intéressée étaient en relation avec l'accident de circulation survenu le 15 (recte : 4) juillet 2003, tout comme son incapacité de travail.

- un rapport du Dr D_____ du 28 juillet 2005, diagnostiquant des cervicalgies chronique post-traumatique, une dépression majeure, des troubles de la concentration et des insomnies. En raison de ses troubles, la patiente ne pouvait plus du tout travailler, si bien qu'il convenait de lui allouer une rente d'invalidité de 100%.
 - un rapport de la Dresse I_____, psychiatre traitante depuis le 22 septembre 2004, du 19 décembre 2005, diagnostiquant un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, un état de stress post traumatique, ainsi qu'un trouble de la personnalité. La capacité de travail était nulle depuis le 1^{er} octobre 2004. L'état de santé était stationnaire. La patiente suivait une psychothérapie tous les 15 jours et prenait des antidépresseurs. Aucune particularité de nature sociale, culturelle ou familiale ne jouait de rôle dans ses affections. Les troubles psychiques n'étaient pas réactionnels à des événements de vie adverses.
 - un rapport du Dr J_____, médecin-conseil de l'employeur, du 20 mars 2006, attestant que l'assurée présentait une inclinaison latérale cervicale très limitée et douloureuse. Il en était de même pour la rotation ainsi que la flexion et l'extension. L'élévation du bras gauche était douloureuse au dessus de 90° et limitée. Même dans un poste de travail adapté à ces limitations, une reprise du travail n'était pas envisageable en l'état, en raison principalement d'une dépression majeure. L'état psychologique était certainement en premier responsable de l'entretien des douleurs.
 - un certificat du Dr K_____, généraliste traitant, du 10 février 2006, indiquant que la patiente prenait quotidiennement une dose de Celebrex 200mg contre ses douleurs.
7. Par courrier du médecin-conseil de l'employeur du 27 mars 2006, l'assurée a été déclarée inapte au travail. Après avoir pris connaissance du dossier AI, la Poste a mis fin aux rapports de travail avec effet au 28 février 2007 « pour inaptitude médicale ».
 8. Dans un avis du 29 août 2006, le SMR a préconisé la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique, dès lors que les diagnostics posés par la psychiatre traitante n'étaient corroborés, ni étayés par les éléments anamnestiques et cliniques.
 9. L'examen d'expertise a eu lieu le 21 mars 2007.
 10. Dans un rapport d'expertise bidisciplinaire du Centre d'expertise médicale SA (CEMED) de Nyon (fonctionnant en tant que Centre d'observation médicale de

l'assurance invalidité, COMAI), du 15 mai 2007, les Drs Q_____ (rhumatologue) et L_____ (psychiatre) ont indiqué que les examens cliniques et les investigations (en particulier l'IRM cervicale du 29 janvier 2004) n'avaient pas permis de retenir une lésion organique permettant d'expliquer la symptomatologie douloureuse tant dans sa durée, son intensité et la non-réponse aux différentes approches thérapeutiques. Depuis 2005, les différents médecins intervenus estimaient que l'assurée ne pouvait pas reprendre son activité professionnelle, mais uniquement pour des motifs psychiques. L'anamnèse était limitée, même avec l'aide d'une traductrice, les réponses étant parfois vagues et souvent ne correspondaient pas aux questions. On pouvait en outre s'étonner qu'une femme vivant en Suisse depuis 20 ans et étant employée au triage de la poste soit incapable de comprendre en français des phrases simples de la vie courante et de répondre dans cette langue. La collaboration lors de l'examen clinique avait été insuffisante, mais on pouvait relever de nettes discordances entre la gestuelle spontanée, qui paraissait normale, et les mouvements exécutés sur ordre, qui étaient nettement limités. La collaboration était nettement insuffisante. Il n'y avait pas de preuve d'une atteinte fonctionnelle significative. L'expertisée ne parlait pas de manière ralentie, parlait de vive voix avec l'interprète, scrutait l'expert et semblait adopter une attitude quelque peu théâtrale. Les investigations radiologiques n'avaient montré que des discopathies cervicales débutantes, qui ne permettaient pas d'expliquer la symptomatologie douloureuse. Il n'existait en particulier pas de trouble significatif du rachis. Les rotations de la tête de 20° environ et les inclinaisons de 10° étaient indicatives et ne correspondaient pas à ce que l'on pouvait constater lorsque l'assurée ne se sentait pas observée. Celle-ci avait dit ne pas parvenir à mettre ses mains derrière la nuque en raison des douleurs, ce qui contrastait nettement avec l'attitude prise durant une bonne partie de l'entretien où elle tenait sa nuque avec la paume. En conclusion, du point de vue somatique, il n'y avait pas d'atteinte permettant de retenir une incapacité de travail significative et durable.

Sur le plan psychique, la patiente se sentait très déprimée, voulait mourir, avait peur des médecins. L'expert a également noté que celle-ci était restée tranquillement assise à la salle d'attente durant 35 minutes, sans rien manifester de particulier, alors que, dès son entrée en salle, le comportement changeait totalement : elle pleurait, se montrait confuse, volubile, agitée, passant du coq à l'âne, mobile, restait totalement dispersée, imprécise, mais en même temps très attentive à ce qui se disait entre la traductrice et l'expert. Elle était restée assise normalement, puis, après 45 minutes, s'était tenue la nuque pendant une dizaine de minutes. Pendant tout l'entretien, elle s'était bougée, penchée vers la traductrice, restée très mobile, sans le moindre signe d'inconfort. Par ailleurs, le sommeil était court (4 heures), mais relativement réparateur, malgré la fatigue, car il n'y avait pas d'hypersomnolence diurne. Les douleurs gênaient le sommeil. L'expertisée ne rêvait pas. Au réveil, elle était très fatiguée, la fatigue restait toute la journée. Elle

avait des problèmes de mémoire et de concentration. Il n'y avait pas de flashes back. Elle s'occupait de son mari. Faisait les courses et conduisait elle-même. Elle se faisait beaucoup aider par ses filles pour le ménage, quitte à perturber leur scolarité. Elle avait décrit des moments de contentement quand la famille rentrait à la maison. Elle avait des relations sociales, beaucoup d'amis suisses venaient à la maison ou la sortaient, mais elle avait décommandé beaucoup d'invitations. L'expertisée bougeait beaucoup, se penchait en avant, se tournait d'un côté de l'autre, avec une aisance manifeste, sans signes de douleurs ou de symptômes neurovégétatifs qui pourraient accompagner aussi bien une symptomatologie douloureuse que de l'angoisse. Durant l'entretien, elle avait montré un tonus important et aucun signe de fatigue, si bien qu'il était difficile de trouver des critères de dépression. Il n'y avait aucun signe d'état de stress post-traumatique (ESPT). Ce diagnostic avait été émis (par les médecins traitants) sans que l'on comprenne vraiment pourquoi. L'accident de voiture était beaucoup trop bénin pour qu'un ESPT puisse être retenu. Par ailleurs sa captivité était ancienne, datant de 1978. A son arrivée en Suisse en 1987, l'assurée avait été fonctionnelle, s'était mariée, avait eu des enfants, avait travaillé sans aucun signe de ESPT. Sur un plan théorique, suite à des événements graves, un ESPT se transformait en principe et l'on parlait à ce moment de modification durable de la personnalité, ce qui n'était pas possible en l'espèce, en raison du nombre d'années durant lesquelles l'assurée avait été fonctionnelle (24 ans). Après un accident, surtout bénin, il était tout à fait inhabituel que la symptomatologie s'amplifie, le chemin de la guérison étant de règle. Or, dans le cas présent, les douleurs étaient d'abord relativement limitées peu après l'accident, et l'expertisée était réticente aux thérapeutiques proposées ; un an plus tard, des dysfonctions au niveau cervical et dorsal étaient invoquées, ainsi que des troubles neurologiques en décembre 2004 ; en janvier 2005, un état de stress post-traumatique était annoncé avec une forte composante dépressive ; en décembre 2005, le trouble dépressif était devenu récurrent, l'épisode actuel étant sévère ; en février 2006, l'état devenait psychosomatique et empêchait toute reprise du travail. En outre, il n'avait pas été démontré un état antérieur qui aurait pu être gravement décompensé suite à un accident mineur. Il était pour le moins curieux de parler de « réaménagement psychique suite au déracinement lié à la guerre », sachant que l'assurée vivait hors de son pays depuis 1979, qu'elle s'était mariée en Suisse, avait eu deux enfants et avait pris la nationalité suisse, ce qui était un signe d'intégration. De plus, le mari était présenté dans un rapport comme invalide, alors que l'assurée avait indiqué que celui-ci travaillait à la Poste. Par ailleurs, elle avait pu retourner en visite dans son pays d'origine avec sa famille en 2006. En conclusion, il n'y avait aucun élément permettant de poser un diagnostic psychique justifiant une incapacité de travail, si bien que la capacité de travail était entière. Il n'y avait en particulier aucun élément en faveur d'un trouble somatoforme douloureux. Par contre, le diagnostic le plus probable était celui de majoration des symptômes pour des raisons psychologiques, en plus des cervicalgies et céphalées persistantes sans substrat organique, un statut après entorse cervicale bénigne le 4 juillet 2003 – sans

répercussion sur la capacité de travail. En résumé, il n'existait aucune limitation sur les plan physique, psychique, ou social. L'assurée était capable de s'adapter à son environnement professionnel. Enfin, il n'existait pas d'indication à des mesures de réadaptation professionnelle pour raison médicale.

11. Dans un avis du 17 juillet 2007, le SMR (Dr M_____, généraliste) s'est rallié aux conclusions du COMAI et confirmé que l'assurée disposait d'une capacité de travail de 100% tant dans son activité habituelle que dans une activité adaptée. A cet égard, il a précisé qu'il n'y avait pas d'éléments pour un trouble somatoforme et que l'assuré n'avait pas de perte d'intégration sociale manifeste.
12. Dans un projet de décision du 19 juillet 2007 (notifié sous pli simple), l'OCAI a informé l'assurée qu'il envisageait de refuser l'octroi d'une rente, motif pris que, selon les médecins du COMAI, les troubles présentés étaient sans répercussion sur sa capacité « résiduelle » de travail. Un délai de 30 jours lui a été accordé pour faire part de ses objections éventuelles.
13. Par l'intermédiaire de son avocate, l'assurée a contesté ce point de vue, par courrier du 12 septembre 2007, en versant deux rapports médicaux :
 - un certificat du Dr D_____, du 29 août 2007, indiquant que les troubles somatiques post-traumatiques « pouvaient durer un certain temps » et n'allaient parfois pas de paire avec des lésions osseuses visibles sur les différents examens radiologiques. De plus, les douleurs étaient très subjectives, très difficiles à mettre en évidence, et dépendaient du seuil de douleur de chaque individu. Quant aux troubles psychologiques, ils étaient liés à l'accident du 4 juillet 2003 et à la situation socio-économique familiale. Pour de plus amples informations, il convenait de s'adresser à la psychiatre traitante.
 - un certificat du Dr K_____, du 4 septembre 2007, contestant les conclusions du COMAI. Selon lui, l'assurée remplissait les conditions d'un troubles somatoformes douloureux, selon les critères diagnostiques DMS-IV (joint audit certificat).

Dans ce même courrier, la mandataire a sollicité une prolongation du délai imparti pour produire un rapport de la Dresse I_____, laquelle se trouvait en arrêt-maladie jusqu'au 13 septembre suivant.

14. Sur la base de ces derniers éléments, l'OCAI, par lettre du 26 septembre 2007, a informé l'assurée qu'il allait procéder à un nouvel examen du dossier. Il lui a également indiqué que le délai de 30 jours accordé dans le projet de décision ne pouvait pas être prolongé, en application de l'art. 73 ter al. 1 du Règlement sur l'assurance-invalidité.

15. Dans un avis médical du 17 décembre 2007, le SMR a estimé que les éléments contenus dans ces deux derniers certificats n'apportaient rien de nouveau, et n'étaient qu'une appréciation différente exprimée par des non-spécialistes en psychiatrie. Même si l'assurée présentait un trouble somatoforme douloureux, elle ne présentait aucun critère de gravité ou de comorbidité pour qu'un tel trouble puisse être reconnu comme incapacitant.
16. Par courrier du 13 février 2008, la mandataire de l'assurée a transmis à l'OCAI un certificat de la Dresse I_____, du 11 février 2008, faisant état d'une aggravation de l'état de santé de sa patiente « depuis ces derniers mois », suite au cancer dont souffrait son époux. La praticienne a en outre estimé que les conclusions de l'expertise du CEMED/COMAI du 15 août 2007 ne correspondaient « pas tout à fait » à la réalité de la patiente et qu'elle ferait parvenir ultérieurement ses réflexions sur le contenu de cette expertise.
17. Par décision du 11 juin 2008 (notifiée sous pli simple), l'OCAI a maintenu son refus d'allouer une rente à l'assurée. Cet Office a en particulier retenu que la prétendue aggravation de son état de santé invoquée par l'assurée n'était pas documentée et que, de toute façon, le délai d'attente d'une année prévu par l'art. 28 al. 1 let. b LAI n'était pas écoulé.
18. Dans son recours posté le (lundi) 14 juillet 2008, l'assurée a conclu à l'annulation de ladite décision, respectivement à l'octroi d'une rente entière d'invalidité. Préalablement, elle a requis la mise en oeuvre préalable d'expertises psychiatrique et neuropsychologique. La recourante a en substance repris son argumentation développée en première instance contestant l'expertise du COMAI. Elle a par ailleurs relevé que les experts n'avaient vu la patiente que brièvement, à un moment où son état s'était stabilisé et « dans des circonstances particulières ». Admettre l'expertise reviendrait à soupçonner de complaisance les autres médecins ayant conclu à une incapacité totale de travail. Elle a en outre produit divers documents, dont une attestation d'une permanence médicale du 16 juin 2008 attestant qu'elle était suivie depuis le 31 mars 2008 « pour une maladie ophtalmologique » ; une décision du 2 août 2000, par laquelle la CNA a accepté de verser à son époux une rente d'invalidité partielle suite à un accident du 27 juillet 1993 ; un certificat du Dr D_____ du 8 juillet 2008, attestant que l'époux de la patiente souffrait d'un adénocarcinome gastrique, stade IV, avec métastases hépatiques et que sa santé se péjorait au fil des jours, « dû à sa maladie incurable depuis le 15 juillet 2007 ». Elle a également joint un rapport complémentaire de la Dresse I_____, du 27 juin 2008.

Dans ce dernier document, la psychiatre traitante confirme les conclusions de son rapport du 19 décembre 2005. Le 29 septembre 2004, selon l'échelle de dépression de Hamilton, la patiente avait un score de 51 (alors qu'une dépression était considérée sévère déjà avec un score supérieur à 26). Plusieurs traitements

antidépresseurs avaient été prescrits, mais la patiente les avait très mal supportés. Depuis janvier 2005, elle prenait du Trittico (100 mg) et avait commencé à se sentir un peu mieux. Elle avait très mal vécu la période durant laquelle elle avait dû voir de nombreux médecins dans le cadre de l'instruction de sa demande d'AI et son état avait commencé à s'aggraver. Son état psychique s'était effondré suite au diagnostic de cancer inopérable chez son époux en 2007. En raison de son vécu (notamment plusieurs mois de prison au Vietnam et en Malaisie, dans des conditions difficiles ; séparation d'avec sa famille dès l'âge de 15 ans pour être réinstallée, seule, en Grèce ; accident de la circulation en 1993 lors duquel son époux et son frère ont été grièvement blessés), la patiente avait commencé à développer certains troubles dans sa structure psychique. Depuis lors, elle n'avait reçu aucune aide psycho-médicale jusqu'à un an après son accident de 2003. Dans ce contexte, elle avait développé une très forte méfiance vis-à-vis de ses compatriotes, ce qui avait pu expliquer son blocage à s'exprimer devant l'interprète vietnamienne lors de l'examen clinique au COMAI. Depuis l'amputation de la jambe de son époux en 1993, la vie de couple avait « 'explosé' », son époux était devenu violent verbalement avec elle et leurs filles. La patiente avait commencé à « avoir la surcharge sur elle (enfants, maison, travail, mari invalide) ». Depuis l'accident, elle avait développé une grande culpabilité (également inculquée par sa belle-famille, qui, pendant des années, avait par ailleurs provoqué de nombreux conflits), s'était repliée sur elle-même, n'invitant plus comme avant ses amies. Elle ne montrait rien au travail ou à son entourage de sa tristesse. Cette catastrophe familiale, qui s'était calmée au cours des années, avait été revivifiée lors de l'accident de circulation survenu en 2003. Elle avait pu, « 'par inertie' », travailler encore un petit moment après cet événement et supporter ses souffrances pendant un certain temps. Elle avait toutefois fini par atteindre ses limites et avait décompensé son état général avec des symptômes physiques et psychiques. Plusieurs médecins avaient constaté la présence de troubles psychiques évidents chez elle. De plus, en 2005, sa sœur était morte d'un cancer au Vietnam et deux voisines, très bonnes amies, étaient décédées récemment. A l'été 2007, le cancer inopérable de son mari avait été découvert. Sa fille aînée avait doublé à deux reprises et avait perdu beaucoup de poids. La patiente devait demander de plus en plus d'aide à ses filles pour effectuer les tâches de la maison. La famille vivait grâce à la rente partielle du mari et son salaire pour une activité à mi-temps, que celui-ci avait pu reprendre. La patiente se présentait toujours bien physiquement, pour elle c'était très important de « garder les apparences » et de ne pas montrer ce qui se passait à l'intérieur. A chaque séance, elle pleurait. Elle était au bout de ses forces, exprimait le sentiment de mourir, mais « tenait le coup » pour son mari et ses filles. Elle n'avait plus de goût à rien, plus de plaisir sexuel, peur de tout, ne voyait plus ses amis, ne pouvait plus se présenter aux entretiens pour chercher du travail, avait peur des gens, ne supportait plus le stress, devenait vite angoissée, voire agressive, car se sentant tout le temps agressée. Elle dormait grâce aux

médicaments. A l'heure actuelle, il lui était impossible de se reconstruire et était au bout de ses forces.

Commentant l'expertise du COMAI, la praticienne a en particulier relevé que l'assurée n'avait été vue qu'une seule fois, un peu plus de 60 minutes, ce qui était insuffisant pour établir un bon contact avec une personne qui ne se livrait pas facilement et pour comprendre sa problématique. Au moment de l'examen, l'expertisée se trouvait en situation de stress extrême. La praticienne s'est en outre étonnée que l'expert psychiatre ne prenne pas contact avec elle si et dans la mesure où il estimait insuffisants les éléments contenus dans son rapport à l'AI du 19 décembre 2005. Selon elle, les commentaires de l'expert semblaient agressifs, critiques ou ironiques. Il fallait beaucoup de patience pour pouvoir communiquer avec la patiente, ce dont l'expert n'avait pas fait preuve. Au moment de l'expertise, l'état de santé de l'intéressée était plus ou moins stable, mais cela grâce au traitement antidépresseur et aux séances de sa psychothérapie. Le changement de comportement invoqué par l'expert dès l'entrée en salle d'examen constituait pour la praticienne la preuve de l'instabilité émotionnelle de la patiente et de son incapacité à gérer le stress de manière adéquate. Le fait qu'elle bouge vers la traductrice ou se tienne la nuque 45 minutes parlait aussi dans le sens de son inadéquation et son incapacité de s'adapter bien à la situation. Par ailleurs, que l'expert peinât à percevoir une humeur dépressive ne signifiait pas qu'il n'y en avait pas, ce d'autant que la patiente était sous un antidépresseur efficace et que celle-ci avait peine à montrer sa souffrance « 'aux inconnus' ». La patiente faisait des cauchemars et avait des flashs back, à savoir des symptômes de stress post-traumatique. Elle n'avait plus de plaisir, ni de vie sociale. Si l'accident, décrit comme « 'simple banal' », avait provoqué, malgré, tout une évolution catastrophique chez elle, c'était parce que cet événement avait « 'atterrit' » sur une base très chargée et très fragile, compte tenu de son histoire personnelle. Et de conclure : « Si tout ce que j'ai écrit dans mon courrier est insuffisant pour accorder la rente AI à la patiente et reconnaître sa maladie, faites-le moi savoir. J'espère être en mesure de donner d'autres éléments. J'ai écrit l'essentiel ».

19. Dans sa réponse du 18 septembre 2008 (transmise à la recourante pour information), l'OCAI a conclu au rejet du recours, s'appuyant en particulier sur un avis complémentaire du SMR du 5 septembre 2008, signé par la Dresse O_____. Selon ce médecin, le rapport de la psychiatre traitante du 27 juin 2008 ne permettait pas de retenir une aggravation de l'état de santé, ni une nouvelle atteinte, ni une interprétation différente des symptômes et signes présentés par l'assurée, qui avaient été analysés de manière parfaitement objective par les experts du COMAI. Il s'agissait en fait d'une appréciation différente de la même situation, la Dresse I_____ s'étant basée sur l'échelle de dépression de Hamilton avec 51 points chez elle pour retenir le diagnostic de trouble dépressif récurrent sévère. Or, il s'agissait d'un diagnostic subjectif et cette échelle devait être « confrontée à la clinique et aux observations, ce qui n'est pas le cas dans cette situation, d'où les

divergences ». Par ailleurs, la médecin-traitante confirmait que grâce à l'antidépresseur et à la psychothérapie, l'assurée ne présentait pas de maladie psychique au moment de l'expertise réalisée au COMAI.

20. A la demande du Tribunal, le Dr L_____ a établi, le 18 février 2009, un complément d'expertise (transmis aux parties), dans lequel il s'est notamment déclaré perplexe quant à « l'argumentation de la présence de la traductrice » avancée par la Dresse I_____ dans son rapport du 27 juin 2008, en ce sens que l'expertisée et la traductrice provenaient toutes deux du sud du Vietnam, que le conflit Nord-Sud remontait à 20 ans et que le pays s'était désormais ouvert à l'extérieur, toutes raisons qui devaient normalement rendre l'intéressée un peu moins méfiante. En outre, les différences anamnestiques alléguées (concernant notamment la scolarité de l'assurée) étaient mineures et ne changeaient pas la pertinence des conclusions de l'expertise. Par ailleurs, il semblait « difficile de faire cohabiter » les diagnostics d'état de stress post-traumatique et de trouble de l'adaptation retenus par la psychiatre, car « c'est l'un ou l'autre ». Quant au trouble de la personnalité, il s'agissait d'une notion générique, insuffisamment précise ; ce diagnostic était d'ailleurs trop fréquemment posé ; il y avait trop souvent confusion avec les traits de la personnalité, qui pouvaient être plus ou moins pathologiques ou « dysfonctionnels », n'empêchant pas la personnalité de fonctionner dans le quotidien et la durée. L'expertisée avait toutefois eu une vie qui avait été fonctionnelle pendant des années. Lorsqu'il perdurait, le diagnostic d'ESP se transformait en modification durable de la personnalité. A cet égard, l'expert n'avait pas retrouvé les critères attendus. Il n'existait pas d'ESP « grave », dès lors que l'assurée s'était mariée, avait eu des enfants, avait changé deux fois de pays (Grèce, puis Suisse), et avait pu être active durant des années. Par ailleurs, l'accident de voiture était mineur, comme en attestait l'expertise biodynamique, qui parlait d'une importance de choc relativement faible. En lui-même, cet accident ne pouvait pas provoquer un ESP. Ce dernier diagnostic n'était pas démontré antérieurement. S'il avait existé, il s'était résolu, sans modification durable de la personnalité, l'accident de voiture, trop mineur, ne pouvant raviver un traumatisme ancien profondément enfoui, pour autant qu'il ait existé. Enfin, le Dr L_____ a contesté avoir fait des commentaires agressifs, critiques ou ironiques et a souligné que l'expert rhumatologue avait, lui aussi, relevé des discordances et une mauvaise collaboration de la part de l'expertisée.
21. Dans ses observations du 24 mars 2009, la recourante a persisté dans les conclusions de son recours, estimant qu'une expertise judiciaire était indispensable, au vu des divergences d'opinion entre le CEMED et sa psychiatre traitante.
22. Par courrier du 27 mai 2009, le Tribunal de céans a informé les parties de son intention de mettre en œuvre une expertise psychiatrique et de la confier au Dr P_____, psychiatre. Il leur communique également la liste des questions à poser à l'expert et leur donne la possibilité de s'y déterminer.

23. Les parties n'ont formulé aucune objection à ce choix, dans le délai imparti.

EN DROIT

1. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000, LPGA), l'administration (ou le juge en cas de recours : art. 61 let c LPGA) 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 oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; ATF non publié du 19 mars 2004, I 751/03 consid. 3.3, RAMA 1985 K 646 p. 240 consid. 4).
2. En l'espèce, la recourante a fait l'objet d'une expertise bi-disciplinaire au CEMED par les Drs Q_____ et L_____. Selon elle, l'entretien avec ce dernier médecin n'a duré qu'une heure. L'évaluation psychiatrique ne reposerait dès lors pas sur un examen approfondi. Même si cet argument n'est pas en soi décisif (ATF du 21 février 2008, 9C_210/2007 consid. 3.2.1 ; arrêt I 764/05 du 30 mai 2005, consid. 2.3), il faut relever qu'en l'espèce, selon la Dresse I_____, ce laps de temps était insuffisant pour établir un bon contact avec une personne qui ne se livrait pas facilement et pour comprendre sa problématique, ce d'autant que, selon cette praticienne, la patiente veille généralement à « garder les apparences » et à ne pas montrer ce qui se passe « à l'intérieur », en particulier « sa tristesse ».

De plus, alors même qu'il semble ne pas avoir « compris vraiment pourquoi » le diagnostic d'ESPT avait été émis par les médecins traitants, l'expert psychiatre n'a pas pris contact avec ces derniers, afin d'élucider cette question. Il n'a pas non plus mentionné les difficultés familiales rencontrées par l'expertisée, difficultés pourtant invoquées par la psychiatre traitante au titre de « surcharge » (psychique), sans que le dossier médical ne permette par ailleurs d'assimiler sans autre le trouble dépressif récurrent (épisode actuel majeur), diagnostiqué par la Dresse I_____, à des facteurs psychosociaux ou socioculturels (auxquels l'assurance-invalidité n'a pas à répondre : ATF 127 V 294 consid. 5a p. 299) (comp. ATF du 5 mai 2009, 9C_907/2008, consid. 4.2).

Le Dr L_____ ne s'est pas davantage prononcé sur la capacité de travail de l'intéressée dans le passé, à savoir dès l'accident survenu en juillet 2003, et n'a pas indiqué depuis quand celle-ci présentait une capacité de travail totale.

De plus, si l'expert psychiatre a conclu à l'absence d'état dépressif au moment de l'expertise (mars 2007), il n'a en revanche pas indiqué pour quels motifs ils n'avait pas retenu ce diagnostic pour la période antérieure, contrairement aux avis convergents des Drs G_____ (rapport du 7 février 2005), H_____

(rapport du 22 février 2005), D _____ (rapports des 28 juillet 2005 et 29 août 2007) ou encore des Drs E _____ (rapport du 18 janvier 2005) et J _____ (rapport du 20 mars 2006). On observera d'ailleurs que ces deux derniers médecins ne sont pas les médecins traitants de l'assurée, l'un étant expert mandaté par la CNA et l'autre, médecin-conseil de l'ancien employeur de la recourante.

En outre, il n'apparaît pas que l'incidence sur la capacité de travail de la fatigue de l'expertisée (qui ne dort que 4 heures par nuit) ait été suffisamment investiguée par l'expert psychiatre, ce dernier s'étant limité à relever à cet égard que même s'il était « court », le sommeil était néanmoins « relativement réparateur », car il n'y avait « pas d'hypersomnolence diurne » (ce qui n'exclut d'ailleurs pas en soi une fatigue diurne).

Enfin, concernant la question des relations sociales de l'expertisée, il existe une contradiction entre les constatations de l'expert psychiatre (maintien des relations sociales) et celles de la psychiatre traitante (repli sur soi).

D'un autre côté, les explications fournies par la Dresse I _____, relatives aux nettes discordances constatées par les experts entre la gestuelle spontanée et les mouvements exécutés sur ordre, n'apparaissent pas pertinentes.

A cela s'ajoute que son analyse de l'exigibilité d'une reprise d'activité professionnelle semble reposer essentiellement sur la manière dont la patiente elle-même ressent et assume ses facultés de travail alors qu'il y a lieu d'établir la mesure de ce qui est raisonnablement exigible d'un assuré le plus objectivement possible (ATF du 26 juin 2003, I 671/02, consid. 5.2) .

Dans ces conditions, il se justifie de mettre en œuvre une expertise judiciaire psychiatrique, comme l'a requis la recourante.

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

Ordonne une expertise judiciaire médicale.

La confie au Dr P_____.

Dit que la mission de ce médecin sera la suivante :

Prendre connaissance du dossier médical de Madame N_____

Examiner personnellement l'expertisée, avec l'assistance d'une interprète vietnamienne.

Prendre tous renseignements utiles, notamment auprès des médecins ayant eu connaissance du cas de l'expertisée, en particulier des médecins traitants.

S'adjoindre tout spécialiste requis au titre de consultant.

Etablir un rapport écrit et répondre notamment aux questions suivantes :

Quels sont vos diagnostics sur le plan psychiatrique, dans une classification reconnue ?

Depuis quand existent-ils ?

Quelles limitations engendrent les atteintes psychiatriques constatées ?

Quelle est la capacité de travail de l'expertisée, sur le plan psychiatrique ?

Quelle atteinte psychique limite, le cas échéant, l'expertisée le plus dans sa capacité de travail ?

L'éventuelle incapacité de travail constatée relève-t-elle essentiellement de facteurs psychosociaux ou socioculturels et non pas d'une affection psychiatrique ?

Comment la capacité de travail de l'expertisée a-t-elle évolué et depuis quelle date est-elle notamment réduite ?

Si vous avez diagnostiqué un trouble somatoforme douloureux, l'expertisée présente-t-elle une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée ?

Présente-t-elle une perte d'intégration sociale ?

Possède-t-elle, le cas échéant, les ressources psychiques pour surmonter ses douleurs ?

Mettez-vous en évidence 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 (profil primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie) ?

Par quels traitements, l'état de santé de l'expertisée pourrait-il être amélioré ?

Un tel traitement a-t-il été mis en place et, dans l'affirmative, quelle est la compliance ?

Quel est votre pronostic ?

Comment vous déterminez-vous sur l'expertise interdisciplinaire du CEMED du 15 août 2007 ?

Quelles autres observations avez-vous éventuellement à ajouter ?

Invite le Dr P_____ à déposer le plus rapidement possible un rapport en trois exemplaires au Tribunal de céans.

Réserve le fond.

La greffière

Le Président suppléant

Florence SCHMUTZ

Jean-Louis BERARDI

:

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