

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2685/2013

ATAS/1185/2013

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Ordonnance d'expertise du 2 décembre 2013

5^{ème} Chambre

En la cause

Madame E _____, domiciliée à GENEVE

Recourante

contre

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

Intimé

Siégeant : Maya CRAMER, Présidente.

EN FAIT

1. Madame E_____, née en 1971 et d'origine marocaine, est divorcée et mère de deux enfants nés en 1995 et en 2001. Après son arrivée en Suisse en 1991, elle a travaillé comme caissière responsable dans une station d'essence, accompagnatrice transport-handicap et vendeuse.
2. Une première demande de prestations d'assurance-invalidité, motivée par un état anxio-dépressif, une dysthyroïdie (maladie de Basedow) et une sinusite chronique, est rejetée par décision du 22 juillet 2004, en raison d'un refus de collaboration. Dans le cadre de cette première demande, le Dr L_____, spécialiste en médecine interne FMH, a indiqué, dans son rapport du 2 novembre 2003, qu'il n'y avait pas de diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail. Les diagnostics d'angines à répétition, hypothyroïdie traitée et de crises d'asthme étaient sans influence sur celle-ci. Ce médecin a fait remarquer que la patiente lui avait indiqué qu'elle essayait d'obtenir des prestations de l'assurance-invalidité et, si cela ne marchait pas, qu'elle retournerait travailler. Selon le Dr L_____, la capacité de travail était totale.
3. Du 2 au 11 février 2010, l'assurée était hospitalisée à la Clinique genevoise de Montana en raison d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger, avec somatisations. Dans le rapport y relatif est également mentionné qu'elle présentait un trouble de la personnalité émotionnellement labile type borderline, une dépendance à l'alcool, en rémission en milieu protégé, un asthme saisonnier, une hypothyroïdie secondaire, une obésité stade 2 et une carence en fer. Elle avait déjà été hospitalisée à plusieurs reprises auparavant. La décompensation dépressive était liée à ses problèmes familiaux et à la séparation de ses enfants placés dans un foyer. Elle banalisait complètement sa consommation d'alcool qu'elle utilisait à but anxiolytique et pour fuir ses problèmes. Selon les médecins, la problématique psychiatrique principale était son trouble de la personnalité. Au cours de l'hospitalisation, sa thymie s'était rapidement améliorée.
4. En septembre 2011, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations d'invalidité.
5. Selon le certificat médical du 20 octobre 2011 du Dr M_____, spécialiste FMH en endocrinologie et médecine interne, l'assurée souffrait d'une maladie de Basedow asymptomatique opérée par thyroïdectomie, avec exophtalmie et troubles oculaires importants. A cela s'ajoutait des lombalgies chroniques avec atteinte arthrosique L4-L5 et blocage lombaire répétitif. En raison de son exophtalmie, la patiente avait de la difficulté à lire, avec des pleurs quasi constants. L'aggravation de son état résidait dans son état dépressif chronique nécessitant un traitement de

Réméron et d'anxiolytiques, avec insomnies, palpitations et agitations psychomotrices. Ces éléments s'étaient aggravés depuis 2003.

6. Dans son rapport établi en février 2012, le Dr N_____ a émis les diagnostics de lombalgies aiguës, de dysthyroïdie, de dépression avec composante anxigène, d'obésité et de déficience de fer chronique. La capacité de travail était nulle depuis septembre 2010.
7. Dans son rapport du 22 février 2012, le Dr O_____, psychiatre FMH, a indiqué le diagnostic de trouble dépressif récurrent. Les symptômes actuels étaient angoisses, agoraphobie, lombalgies et insomnies. La patiente était stressée, angoissée, passive et enfermée dans sa bulle. L'incapacité de travail était totale depuis septembre 2010.
8. Dans son rapport du 11 juin 2012, la Dresse P_____, spécialiste FMH en médecine interne, endocrinologie et diabétologie, a repris pour l'essentiel les diagnostics posés à la Clinique de Montana. A titre de restrictions fonctionnelles, elle a cité des dorsalgies et crises d'angoisses. La capacité de travail était nulle dans toute activité.
9. Selon le rapport du 4 décembre 2012 du Dr Q_____, l'assurée souffrait de lombalgies chroniques depuis des années. Il n'y avait pas de restrictions objectives sur le plan rhumatologique pour l'exercice d'une activité lucrative.
10. Dans le cadre d'une expertise multidisciplinaire à la Clinique Corela, l'assurée a été vue en consultation de psychiatrie en août 2012 et en consultation de l'appareil locomoteur et de médecine interne en septembre 2012. Au niveau de l'appareil locomoteur, les diagnostics étaient une tendinite du moyen fessier, de minimes discopathies non compressives de L3 à L5, une arthrose interapophysaire postérieure L4-L5, une arthrose sacro-iliaque droite et une sacralisation incomplète de L5. Ces pathologies engendraient une limitation fonctionnelle pour le port de charges supérieures à 25 kg occasionnellement ou 5 à 12 kg fréquemment ou supérieures à 5 kg en permanence. Sur le plan de la médecine interne, l'assurée souffrait d'une maladie de Basedow, d'un carcinome papillaire du lobe thyroïdien gauche, d'une obésité classe I et d'un asthme saisonnier. Ces diagnostics n'avaient aucune influence sur la capacité de travail. Au niveau psychiatrique, elle présentait des troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance, actuellement abstinente, une dysthymie et des troubles mixtes de la personnalité. La dysthymie engendrait une diminution de la capacité à suivre le rythme de travail et diminuait ainsi le rendement de 15 %. La capacité de travail était dès lors de 100 % avec un rendement de 85 %. En raison de l'importante exophtalmie constatée qui gêne l'assurée dans son rapport direct aux autres, l'activité de vendeuse n'était adaptée qu'à condition qu'elle puisse s'exercer

à l'écart du regard de la clientèle. Il ressort par ailleurs de l'anamnèse que les enfants avaient été retirés à l'assurée en 2005 et que celle-ci a pu récupérer leur garde en 2009 pour l'aîné et en juin 2012 pour le cadet. C'est pour récupérer la garde des enfants que l'assurée a cessé de consommer des boissons éthyliques. Par ailleurs, l'expert psychiatre a estimé que l'ensemble de la symptomatologie psychiatrique avait été initiée par des carences éducatives initiales et que le trouble de la personnalité en était issu. Quant à l'obésité, elle a été favorisée par l'hypothyroïdie, l'assurée ayant énormément grossi dans le cadre de cette pathologie. Les experts ont par ailleurs constaté une majoration des plaintes somatiques et psychiques.

11. Sur la base de cette expertise, la Dresse R_____ du Service médical régional pour la Suisse romande de l'assurance-invalidité (SMR) a constaté, dans son avis médical du 9 avril 2013, que l'assurée ne présentait aucune incapacité de travail, hormis une baisse de rendement de 15 %.
12. Le 7 mai 2013, l'OAI a communiqué à l'assurée qu'il avait l'intention de refuser d'entrer en matière sur sa demande, son état de santé ne s'étant pas notablement aggravé depuis sa dernière demande.
13. Dans le cadre de l'opposition à cette décision, le Dr O_____ a fait parvenir le 17 juin 2013 un rapport médical à l'OAI, dans lequel il a rapporté que l'assurée se plaignait d'être toujours très angoissée, d'être devenue pratiquement incapable de sortir de chez elle à cause de ses peurs paranoïdes que tout le monde la regarde à cause de l'exophtalmie et de ses deux globes oculaires. Elle était ainsi devenue gravement agoraphobe. Elle se plaignait aussi d'une insomnie rebelle et d'une grave fatigue diurne. Selon le Dr O_____, l'assurée souffre d'état dépressif récurrent à évolution chronique, épisode actuel moyen, d'agoraphobie et d'un trouble mixte de la personnalité. La capacité de travail était nulle et une évolution vers la reprise du travail, même partielle, paraissait très peu probable.
14. Considérant que le rapport médical du Dr O_____ ne constituait qu'une appréciation différente du même état de fait, la Dresse R_____ a écarté ce rapport au profit des conclusions de l'expertise.
15. Par décision du 6 août 2013, l'OAI a confirmé son projet de décision.
16. Par acte du 20 août 2013, l'assurée a formé recours contre cette décision en concluant implicitement à son annulation et à l'octroi des prestations d'assurance-invalidité. Elle s'est prévalu de son état et a demandé une comparution personnelle.
17. Dans sa réponse du 17 septembre 2013, l'intimé a conclu au rejet du recours en se fondant sur l'expertise pluridisciplinaire de la Clinique Corela, à laquelle il attribuait une pleine valeur probante.

18. Par courrier du 4 novembre 2013, la Chambre de céans a informé les parties qu'elle considérait que l'intimé était entré en matière sur la demande de la recourante, par la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, de sorte qu'elle avait un plein pouvoir de cognition. Par ailleurs, elle a fait savoir aux parties qu'elle avait l'intention de mettre en œuvre une expertise psychiatrique et de la confier au Docteur S_____, psychiatre à Genève. Elle leur a également communiqué la mission de l'expert judiciaire.
19. Par courrier du 21 novembre 2013, la recourante a consenti au choix de l'expert et à sa mission.
20. Par écriture de la même date, l'intimé en a fait de même, tout en relevant que l'expertise devrait comporter une analyse du dossier, une anamnèse, un status et une discussion.

EN DROIT

1. Selon le principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge doit établir (d'office) les faits déterminants pour la solution du litige, avec la collaboration des parties, administrer les preuves nécessaires et les apprécier librement (art. 61 let. c LPGA; cf. ATF 125 V 193 consid. 2) ;

Il doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; ATFA non publié I 751/03 du 19 mars 2004, consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise. Un renvoi à l'administration reste possible, notamment lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; ATF non publié 8C_760/2011 du 26 janvier 2012, consid. 3).

2. En l'espèce, la recourante a certes fait l'objet d'une expertise pluridisciplinaire volumineuse (123 pages). Toutefois, certaines explications sont dénuées d'intérêt, notamment, au niveau psychiatrique, celles concernant le diagnostic de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, sur dix pages, alors même qu'il est admis aujourd'hui que la recourante est abstinente, de sorte que ce diagnostic n'a aucune incidence sur sa capacité de travail.

Par ailleurs, l'expert psychiatre a procédé à deux tests de dépression qui ont révélé une dépression sévère (test Beck-II) et une dépression moyenne (l'auto-

questionnaire de Spielberger). Néanmoins, l'expert-psychiatre a écarté ces tests en raison de leur aspect auto-inducteur. Cette explication ne paraît pas convaincante, dans la mesure où on ne comprend alors pas pourquoi l'expert utilise ces tests s'il les juge par la suite inutilisables.

A cela s'ajoute qu'il y a une divergence totale entre l'évaluation de la capacité de travail par les médecins traitants et les experts de la Clinique Corela. Il apparaît également que l'expert psychiatre ne semble pas avoir tenu compte de l'aspect physique de la requérante comme cause du trouble dépressif et de l'agoraphobie. A cet égard, on ne voit pas comment l'assurée pourrait travailler comme vendeuse à l'écart du regard de la clientèle, comme les experts l'ont suggéré. En effet, l'activité de vendeuse nécessite à l'évidence le contact direct avec les clients.

Par conséquent, la Chambre de céans juge nécessaire de procéder à une expertise judiciaire.

3. Celle-ci sera confiée au Dr S_____.

Il va par ailleurs de soi que l'expertise devra comporter une analyse du dossier, une anamnèse, un status et une discussion, raison pour laquelle la Chambre de céans estime qu'il n'est pas nécessaire de le préciser.

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

- A. Ordonne une expertise judiciaire médicale.
- B. La confie au Dr S_____.
- C. Dit que la mission de ce médecin sera la suivante :
- Prendre connaissance du dossier médical de Mme E_____.
 - 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. Quels sont vos diagnostics sur le plan psychiatrique dans le cadre d'une classification internationale reconnue ?
 2. Si vos diagnostics devaient différer de ceux retenus par l'expert psychiatre de la Clinique Corela, pour quelles raisons vous en écarterez-vous?
 3. Quelles limitations fonctionnelles engendrent les diagnostics retenus sur le plan psychiatrique ?
 4. Quelle est la capacité de travail de Mme E_____ ?
 5. Comment sa capacité de travail a-t-elle évolué sur le plan psychiatrique depuis le dépôt de la demande en septembre 2011 ?
 6. Sur la base de vos constatations objectives, également en prenant en compte les problèmes oculaires constatés, Mme E_____ pourrait-elle travailler comme ouvrière dans la production et, le cas échéant, à quel pourcentage ?
 7. Quel est votre pronostic ?
- D. Invite le Dr S_____ à déposer le plus rapidement possible un rapport en trois exemplaires à la Chambre de céans.
- E. Réserve le fond.

La greffière

La présidente

Diana ZIERI

Maya CRAMER

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