

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3194/2011

ATAS/93/2012

ORDONNANCE D'EXPERTISE

DE LA COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

du 13 février 2012

5ème Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à Châtelaine, représentée par
CENTRE DE CONTACT SUISSES IMMIGRES GENEVE

Recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE
GENEVE, sis rue de Lyon 97; case postale 425, 1211 Genève 13

Intimé

Siégeant : Maya CRAMER, Présidente.

EN FAIT

1. Madame A _____, née en 1954, a travaillé en tant que serveuse de juin 1994 à septembre 2002 dans le restaurant " dont son mari était le gérant. Cet emploi a pris fin avec la remise du restaurant à un autre gérant. Le dernier salaire de l'intéressée était de 3'400 fr. en 2002.
2. A partir du 1^{er} octobre 2002, l'intéressée a bénéficié des indemnités de chômage et depuis novembre 2002 elle est aidée financièrement par l'Hospice général.
3. Dès le 3 février 2003, une incapacité de travail complète de l'intéressée est certifiée.
4. Par demande reçue le 9 janvier 2004, elle requiert des prestations d'assurance-invalidité, en vue de l'obtention d'une rente.
5. Dans son rapport du 19 février 2004, le Dr L _____, spécialiste en chirurgie orthopédique, diagnostique un syndrome douloureux cervico-dorso-lombaire en forte décompensation sur troubles statiques et surtout dégénératifs très importants, une cervicarthrose avancée avec syndrome de l'artère vertébrale manifeste, une obésité marquée et un état de fatigue et d'épuisement manifeste. A titre de diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail, ce médecin mentionne un état dépressif progressivement installé à cause d'une augmentation des douleurs, de la fatigue et des limitations globales. L'état va en s'aggravant. Dans l'annexe au rapport médical concernant la réinsertion professionnelle, le Dr L _____ indique que la répercussion des atteintes à la santé sur l'activité exercée jusqu'ici consiste en une très forte limitation progressive des mouvements et une forte augmentation de la douleur et de la fatigue, ainsi que de l'épuisement. L'activité exercée jusqu'alors n'est plus exigible, ni aucune autre activité.
6. Dans son rapport du 3 mai 2004, le Dr M _____ atteste un syndrome somatoforme douloureux, un syndrome cervico-facial gauche chronique, une coxarthrose et une dépression chronique. L'incapacité de travail est totale depuis le 22 août 2003. Ce médecin propose d'octroyer à l'assurée une rente d'invalidité entière.
7. Le 23 juin 2003, le Dr N _____, spécialiste en médecine interne, écrit au Dr L _____ qu'il a examiné l'intéressée à la demande de l'Office cantonal de l'emploi (ci-après : OCE), afin d'estimer sa capacité de travail. Son pronostic est sombre. Il relève qu'elle ne peut plus faire le travail de serveuse et que les douleurs invalidantes rendent difficile tout travail, même sans effort physique. L'incapacité de travail est totale et définitive.

8. Le 10 mai 2004, le Dr O_____, psychiatre, diagnostique un trouble somatoforme douloureux persistant et un épisode dépressif moyen. L'incapacité de travail est totale dès le 3 février 2003 et l'état est stationnaire. Dans les plaintes subjectives, ce médecin mentionne des maux de dos et de tête, l'endormissement des mains, des douleurs à la jambe et au bras gauches, fatigue et irritabilité. La maladie a commencé début 2003. Dans les constatations objectives, le Dr O_____ note "Patiente triste, morose. Pas de projet d'avenir. Se sent dévalorisée et inutile. Troubles de l'attitude, de la concentration et de la mémoire. Ralentissement psychomoteur. Manque de réaction aux activités habituellement agréables de la vie quotidienne". Dans le questionnaire complémentaire pour les troubles psychiques, annexé à ce rapport, ce médecin répond par la négative à la question de savoir si les particularités comportementales de nature sociale, culturelle ou familiale, jouent un rôle dans l'affection actuelle. Les troubles psychiques ne sont pas non plus induits par un surmenage et ils ne disparaîtront pas, si les circonstances se modifient. Les troubles psychiques ne sont pas réactionnels à des événements de vie adverses et l'incapacité de travail est due à des affections physiques ou mentales et non pas à des raisons socio-économiques ou conjoncturelles.
9. Le 23 août 2006, l'assurée est soumise à un examen rhumatologique et psychiatrique par le Service médical régional AI de la Suisse romande (ci-après : SMR). Dans le rapport du 10 octobre 2006, les Drs P_____, psychiatre, et Q_____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, de ce service, émettent les diagnostics suivants avec répercussion sur la capacité de travail : cervicobrachialgies bilatérales dans le cadre de troubles statiques dégénératifs du rachis avec hernie discale C5-C6 droite et tendomyogélose en cascade des membres supérieurs, dorso-lombalgies dans le cadre de troubles statiques du rachis, périarthrite de la hanche gauche dans le cadre d'une coxarthrose bilatérale débutante. Ils diagnostiquent également une obésité et une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques, diagnostics qui n'ont pas de répercussion sur la capacité de travail. Dans l'anamnèse familiale, il est mentionné que le mari de l'assurée bénéficie d'une demi-rente d'invalidité depuis 2002, en raison de maux de dos, et fait des démarches pour recevoir une rente entière. Il a remis le restaurant à cause de sa maladie. Concernant la vie quotidienne de l'assurée, il est mentionné que celle-ci assume elle-même le ménage, cuisine deux plats chauds par jour, nettoie le studio et fait le linge. Les courses sont effectuées en alternance par l'assurée et son mari. Tous les jours, elle fait une promenade d'environ une heure, sur conseil de ses médecins. Le couple ne part plus en vacances pour des raisons financières. L'assurée a gardé des contacts sociaux avec des amis et la parenté au Portugal. Par ailleurs, elle passe la majeure partie du

temps devant la télévision. Dans le status psychiatrique est mentionné que l'affect prédominant est un très grand mécontentement de sa situation économique. La présentation des douleurs est démonstrative et n'arrive pas à susciter la compassion de l'examineur. Elle n'a pas non plus transmis, pendant l'examen psychiatrique, de signe d'un vécu douloureux par sa mimique ou par ses gestes. Les médecins du SMR notent la présence de signes de non organicité selon Waddell sous forme d'une discordance entre la distance doigts-sol et doigts-orteils et une importante démonstrativité. En l'absence d'une détresse psychique issue directement des douleurs, les médecins n'ont pas retenu le diagnostic d'un trouble somatoforme douloureux. Il n'y a pas de souffrance psychogène inhabituellement intensive ni de névrose profondément ancrée. Quant aux limitations fonctionnelles, l'assurée doit pouvoir alterner au moins deux fois par heure la position assise et position debout, éviter le soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 5 kilos et le port régulier de charges d'un poids excédant 12 kilos, ainsi que le travail en porte-à-faux statique du tronc. Du point de vue psychiatrique, il n'y a aucune limitation de la capacité de travail. Elle est de 50 % dans l'activité habituelle, qui comprend, selon les médecins, de nombreuses activités tout à fait compatibles avec la pathologie et qui tiennent compte des limitations fonctionnelles requises. Elle est de 100 % dans une activité adaptée.

10. Par décision du 8 décembre 2006, l'Office cantonal de l'assurance invalidité de Genève (ci-après: OAI) rejette la demande de rente. Il lui refuse également les mesures de réadaptation professionnelle, estimant que son degré d'invalidité est insuffisant.
11. Le 13 mars 2007, une hémicolectomie droite est réalisée après qu'un adénocarcinome du côlon droit a été mis en évidence
12. Par arrêt du 18 juillet 2007, le Tribunal cantonal des assurances sociales (depuis le 1^{er} janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice) rejette le recours de l'assuré. Ce faisant il écarte les faits survenus après la décision du 8 décembre 2006 de l'OAI, tout en indiquant que ceux-ci pourraient fonder le cas échéant une demande de révision. En l'absence d'un traitement antidépresseur et d'un retrait social, il écarte la présence d'un trouble dépressif. Il estime en outre que le trouble somatoforme douloureux ne répond pas aux critères jurisprudentiels pour lui reconnaître un caractère invalidant.
13. A la suite d'une fracture de la malléole latérale gauche, l'assurée subit le 26 juin 2008 une ostéosynthèse de la cheville gauche.

14. Selon le certificat médical du 24 novembre 2008 du Dr R_____ du département de psychiatrie des HUG, l'assurée est actuellement en arrêt de travail et est incapable de travailler depuis plusieurs années. Elle présente un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, qui rend impossible toute reprise de travail à moyen terme. Ce médecin préconise dès lors une réévaluation de son dossier par l'assurance-invalidité.
15. En décembre 2008, l'assurée dépose une nouvelle demande de prestations d'invalidité.
16. Selon le résumé d'intervention au Centre de thérapies brèves (CTB) du 15 décembre 2008, la patiente lui a été adressée par le Dr O_____ en raison d'une aggravation de la symptomatologie dépressive associée également à une aggravation du syndrome douloureux. L'état dépressif chronique serait survenu après l'arrêt de travail de l'assurée. Son mari est au bénéfice de prestations de l'assurance-invalidité à 50 % pour un problème de dos. L'assurée décrit une vie quotidienne plutôt monotone, se trouvant la majeure partie du temps allongée ou devant la télévision avec son mari. Il y a également des problèmes financiers. L'assurée pleure pratiquement pendant tout l'entretien. Il n'y pas d'élément psychotique floride, mais des peurs irrationnelles la nuit. Durant le séjour au CTB, un important conflit de couple est mis en évidence, le mari ne supportant plus la dépression de son épouse et son incapacité de faire des choses en raison de cette atteinte. Il semble qu'un des éléments clé de sa situation soit la non reconnaissance de son incapacité de travail par la société et en particulier par l'assurance-invalidité. Certains éléments suggèrent en outre des troubles cognitifs débutants motivant le remplacement des benzodiazépines par des doses de Seroquel.
17. Dans son rapport non daté, mais reçu à l'OAI le 17 mars 2009, le Dr S_____, psychiatre au CTB, certifie un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen. Il a suivi la patiente du 8 octobre au 4 décembre 2008 au CTB. La thymie est triste avec baisse de l'élan vital, idées passives de mort sans idéations suicidaires, aboulie et anhédonie. Il constate objectivement également un ralentissement psychomoteur et une tristesse très présente dans le langage non verbal. Pendant son traitement au CTB, l'assurée a fait l'objet d'un traitement ambulatoire intensif composé d'entretiens médico-infirmiers individuels, d'entretiens de famille et de couple, ainsi que de groupes thérapeutiques. Pendant la durée du traitement, elle était totalement incapable de travailler. Le Dr S_____ estime que la capacité de travail est nulle.

18. Dans son avis médical du 8 mai 2009, la Dresse T_____ du Service médical régional de l'assurance-invalidité pour la Suisse romande (ci-après SMR) relève que, suite à l'hémicolectomie, une coloscopie annuelle de contrôle est effectuée, laquelle ne montre pas de récurrence. Une correction d'éventration est prévue. A cela s'ajoute un trouble dépressif depuis la perte de l'emploi il y a cinq à six ans. Selon la Dresse T_____, les éléments médicaux à disposition ne permettent pas d'établir la durabilité des affections survenues depuis 2007.
19. Dans son rapport du 14 juin 2009, le Dr O_____ diagnostique notamment un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, et un trouble somatoforme douloureux persistant. Le cancer du côlon va aggraver l'état psychique de la patiente et motiver un suivi au CTB en 2008. La médication prescrite par ce centre est poursuivie à ce jour. Dans les symptômes, il relève une fatigue, une irritabilité, une tendance à l'isolement, une angoisse, des maux de tête, des douleurs à la colonne vertébrale, notamment cervicales, des douleurs au genou, ainsi qu'une peur nocturne. La patiente présente également des difficultés d'attention et de concentration, une thymie abaissée, un ralentissement psychomoteur, une anhédonie, un apragmatisme, une aboulie, une fatigabilité et une irritabilité accrue. Le pronostic est mauvais. La capacité de travail est nulle depuis le 3 février 2003. On ne peut pas s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle, respectivement à une amélioration de la capacité de travail.
20. Le 23 juin 2009, un examen psychologique de l'assurée est réalisé à la recherche de difficultés mnésiques. Dans sa conclusion, Mme B_____, psychologue et spécialiste en neuropsychologie, relève des chutes attentionnelles diffuses, lors des tâches cognitives complexes et dans le suivi du discours. Les performances sont à la limite de la normale en ce qui concerne la mémoire, la fixation et l'apprentissage de données nouvelles. Le raisonnement est probablement juste dans la limite des normes, si ce n'est dans le registre de la déficience légère. A cela s'ajoutent des caractéristiques d'ordre psychopathologiques pour fragiliser encore le contact avec la réalité. Ce contact paraît franchement altéré et comporte des caractéristiques psychotiques, présentes à bas bruits, sous forme de d'éléments paranoïdes, dans une période relativement calme comme lors de l'examen. Les difficultés cognitives, relativement discrètes, paraissent s'inscrire dans le contexte d'une thymie globalement dépressive.
21. Le 16 octobre 2009, l'assurée est opérée pour une éventration sous-ombilicale avec la pose d'un filet.

22. Le 18 janvier 2010, l'assurée fait l'objet d'une expertise psychiatrique par le Dr U_____. Dans son rapport du 23 février 2010, celui-ci diagnostique un état dépressif majeur de gravité moyenne et un trouble somatoforme indifférencié. La capacité de travail est de 50 % depuis l'opération de son cancer du rectum en février 2007. L'expert relève que le contexte marital et familial est globalement préservé, mais que l'assurée dispose de capacités intellectuelles limitées et présente probablement aussi de difficultés à faire face à la survenue d'un cancer du rectum qui a réactivé les angoisses de mort. La compliance est bonne. L'expert estime toutefois que les médicaments Duloxétine et Seroquel pourraient être augmentés. Par la suite, il conviendrait d'évaluer la situation dans un délai de huit à neuf mois. Néanmoins, au vu de l'importance des bénéfices secondaires, le pronostic reste relativement sombre. Les limitations au niveau psychique et mental sont la variabilité de l'humeur, le manque de motivation et d'entrain, ainsi qu'une anxiété.
23. Dans son rapport du 14 juin 2010, le Dr V_____ du Service de chirurgie viscérale des HUG constate que l'assurée a développé une éventration sous-ombilicale sur le haut de sa cicatrice médiane. Elle signale également des douleurs résiduelles au niveau de cette éventration. Elle est par ailleurs très dépressive suite aux événements chirurgicaux. Une nouvelle intervention sera nécessaire afin d'effectuer une correction.
24. Dans son avis médical du 9 septembre 2010, la Dresse T_____ du SMR constate une aggravation sur le plan psychique depuis mars 2007 sous la forme d'un trouble dépressif, épisode moyen, lequel engendre une incapacité de travail de 50 % dans toute activité, à réévaluer dans un an. Toutefois, le trouble somatoforme douloureux est sans répercussion sur la capacité de travail, les critères de gravité n'étant pas réunis.
25. Le 8 novembre 2010, le gestionnaire du dossier à l'OAI demande un nouveau avis médical au SMR, en faisant observer que, dans le cadre d'un trouble somatoforme douloureux, cette atteinte et le trouble dépressif ne peuvent pas être évalués séparément. Si le trouble somatoforme douloureux est considéré comme non invalidant, le trouble dépressif qui en fait partie ne peut pas non plus être considéré comme invalidant.
26. Dans son avis médical du 10 février 2011, la Dresse T_____ estime nécessaire de demander un complément d'expertise psychiatrique au Dr U_____, afin qu'il réexamine l'assurée et détermine, selon les critères jurisprudentiels, si celle-ci présente réellement une comorbidité psychiatrique à son trouble somatoforme

douloureux ou si l'état dépressif observé doit être considéré comme faisant partie de son trouble somatoforme.

27. Dans son complément d'expertise du 28 avril 2011, le Dr U_____ diagnostique un état dépressif majeur de gravité légère. La capacité de travail médico-théorique est au minimum de 80 % dans une activité adaptée aux éventuelles limitations somatiques. Dans la discussion, ce médecin indique que l'évolution paraît favorable sur le plan dépressif depuis l'examen clinique du 10 janvier 2010. Il n'observe pas d'anhédonie, d'aboulie ou d'apragmatisme marqués. Cependant, lors du nouvel examen, l'assurée donne plutôt mauvaise impression par son contact visuel, montre une certaine réticence à s'exprimer clairement sur sa situation et ses éventuelles limitations. Selon l'expert "on pourrait peut-être évoquer une légère évolution de (sic) "sinistrosique"". Au niveau psychique, il persiste une légère baisse de motivation, d'entrain et une certaine irritabilité. Du point de vue somatique, ses limitations physiques ne paraissent pas invalidantes et elle donne surtout le sentiment de dramatiser ses difficultés. Le Dr U_____ observe également qu'il existe manifestement des motifs qui sortent du champ médical, tels que l'âge, l'absence de qualifications professionnelles et l'éloignement prolongé du monde du travail. Pour le reste, l'examen clinique est superposable à celui du 18 janvier 2010.
28. Le 1^{er} juillet 2011, l'OAI fait parvenir à l'assurée un projet de refus de prestations, sur la base de l'expertise psychiatrique.
29. Par décision du 12 septembre 2011, l'OAI confirme le projet de décision précité.
30. Par acte du 11 octobre 2011, l'assurée recourt contre cette décision, par l'intermédiaire de son conseil, en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité dès le mois de mai 2007 pour un degré d'invalidité d'au moins 59 %. Elle fait valoir qu'il existe une composante psychique indépendante bien présente, sur la base de l'examen neuropsychologique, de sorte qu'il y a lieu de reconnaître un caractère invalidant au trouble somatoforme douloureux. Quant à la deuxième expertise, elle est plus succincte que la première et les éléments figurant dans le rapport d'examen neuropsychologique n'y sont plus relatés, ni comparés à un autre examen neuropsychologique complet. Partant, la recourante conteste cette seconde expertise. Elle fait également observer que l'incapacité de travail de 50 % dans toute activité professionnelle est reconnue depuis le mois de février 2007, de sorte qu'elle aurait dû bénéficier au moins d'une rente à 50 % limitée dans le temps.
31. Dans sa réponse du 10 novembre 2011, l'intimé conclut au rejet du recours, sur la base de la seconde expertise du Dr U_____ . Il relève en outre qu'il s'est avéré

que l'état de santé de l'assurée ne s'était pas durablement détérioré depuis le jugement du Tribunal cantonal des assurances sociales du 18 juillet 2007.

32. Par courriers du 19 décembre 2011, la Cour de céans informe les parties qu'elle a l'intention de mettre en œuvre une expertise judiciaire psychiatrique et de la confier au Dr W_____, psychiatre. Elle leur communique également la liste des questions à poser à l'expert.
33. Le 16 janvier 2012, la recourante fait savoir à la Cour de céans qu'elle n'a pas d'objections à formuler quant au choix de l'expert, et que sa mission, telle que définie par la Cour de céans, paraît adéquate.
34. Par avis médical du 25 janvier 2012, le SMR estime qu'il n'est pas nécessaire d'ordonner une nouvelle expertise, celle existante étant parfaitement convaincante. Toutefois, il ne fait pas valoir de motif de récusation à l'encontre de l'expert pressenti. Par écriture du 31 janvier 2012, l'intimé fait sien cet avis médical.

EN DROIT

1. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 43 LPG), 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'occurrence, le Dr U_____ a procédé à deux expertises de la recourante. Dans la première, il arrive à la conclusion que celle-ci présente une incapacité de travail de 50 % et, dans la seconde, de 20 %.

Toutefois, le Dr U_____ n'a pas pris en considération l'examen neuropsychologique et n'a pas non plus procédé à un nouvel examen de ce genre. lors de la seconde expertise, alors que les facultés cognitives de la recourante paraissent altérées.

Cela étant, les expertises des Drs U_____ n'emportent pas la conviction de la Cour de céans, de sorte qu'il est nécessaire de la faire examiner par un expert judiciaire sur le plan psychiatrique.

3. L'expertise sera confiée au Dr W_____.

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

Statuant préparatoirement

- A. Ordonne une expertise judiciaire médicale.
- B. La confie au Dr W_____.
- C. Dit que la mission de ce médecin sera la suivante :
- Prendre connaissance du dossier médical de Madame A_____.
 - 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. Quelles atteintes constatez-vous sur le plan psychiatrique ?
 2. Quelle est la cause de l'éventuel trouble dépressif constaté ? Est-il éventuellement réactionnel à un trouble somatoforme douloureux ou doit-il être considéré comme une atteinte indépendante de ce trouble ?
 3. Quelles limitations engendrent les atteintes constatées sur le plan psychiatrique ?
 4. Sur la base du dossier médical, estimez-vous qu'il y a une amélioration de l'état de santé psychique de la recourante depuis le premier examen par le Dr U_____ en janvier 2010 ? Dans l'affirmative, comment se manifeste cette amélioration ?

5. Quelle est la capacité de travail de la recourante, indépendamment de l'éventuel trouble somatoforme douloureux constaté ?
 6. Comment cette capacité de travail a-t-elle évolué depuis mars 2007 ?
 7. Quel est votre pronostic ?
- D. Invite le Dr W_____ 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 le