

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4599/2009

ATAS/350/2010

**ORDONNANCE D'EXPERTISE**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**du 8 avril 2010**

**Chambre 2**

En la cause

Madame S\_\_\_\_\_, domiciliée aux ACACIAS

recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE  
GENEVE, sis rue de Lyon 97, GENEVE

intimé

---

**Siégeant : Sabina MASCOTTO, Présidente.**

---

**Attendu en fait :**

Que Madame S\_\_\_\_\_ (ci-après l'assurée), née en 1953, a été mise au bénéfice d'une demi rente d'invalidité depuis le 1<sup>er</sup> août 1989, en raison de divers états infectieux, de troubles digestifs fonctionnelles graves, et de dépression;

Que la demi rente octroyée a été maintenue lors de la procédure de révision effectuée par l'OAI en 1993;

Que la demande de révision, soit d'augmentation de la rente, déposée par l'assurée le 13 mars 2000 a été refusée par décision de l' OFFICE CANTONAL DE L' ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après OAI) du 20 juillet 2000;

Que l'assuré a déposé une demande de révision, soit d'augmentation de la rente le 16 novembre 2005;

Que l'OAI a mis en œuvre une expertise rhumatologique et psychiatrique, confiée au CEMED dont le conclusions du 30 mars 2009 sont que l'assurée est capable de travailler à 100% dans toute activité avec une diminution de rendement de 10 à 20% depuis 1989;

Que l'assurée a fait un tentamen en décembre 2008, après le premier examen psychiatrique du Dr A\_\_\_\_\_, du CEMED;

Que l'OAI a refusé la demande d'augmentation de la rente d'invalidité de l'assurée du 16 novembre 2005 par décision du 24 novembre 2009, au motif que son état de santé ne s'est pas aggravé et qu'il justifie toujours l'octroi d'une demi rente;

Que l'assurée a interjeté recours contre cette décision en date du 18 décembre 2009, en concluant à l'annulation de la décision ainsi qu'à l'octroi d'une rente entière;

Qu'elle a complété ce recours le 21 janvier 2010, faisant valoir que ce sont ajoutés depuis décembre 2002, à ses problèmes de santé déjà existants, des vertiges, vomissements, diarrhées, boutons et furoncles, une perte de poids importante, des démangeaisons, des douleurs articulaires et musculaires, une perte de motricité. Après cinq ans d'investigations intenses, de consultation auprès de nombreux spécialistes, on découvre finalement en 2007 qu'il s'agit d'une intoxication au Cadmium vraisemblablement intervenue en 2002 dans le cadre de son emploi dans une pharmacie. Des examens complémentaires ont révélé une hypothyroïdie en septembre 2008. Elle souffre également de maux de tête, psoriasis, ostéopénie, sécheresse des yeux, etc.

Que dans sa réponse du 25 janvier 2010, l'OCAI a conclu au rejet du recours ;

Que lors de l'audition du Dr B\_\_\_\_\_ par le Tribunal le 2 mars 2010, ce dernier a déclaré " Je suis le médecin traitant de Mme S\_\_\_\_\_ depuis juillet 2007. Elle souffre de nombreuses affections dont les principales sont une dépression, une hypothyroïdie, une fibromyalgie, des discopathies, une diverticulite, des otites chroniques, un psoriasis, une hyperplasie hypophysaire et de l'urticaire ainsi que des gastrites chroniques.

Le début des affections date de décembre 2002. Il y a eu un enchaînement de maladies (diarrhées, vomissements, perte de cheveux et de poids, douleurs osseuses). La patiente a vu de nombreux médecins, les diagnostics étaient difficiles à poser. Ils ont envisagé un cancer ou une sclérose. Aucun diagnostic ne se confirmait sur la durée. En juillet 2007, j'ai cherché sur la piste de l'intoxication et découvert un taux de cadmium très élevé. C'est alors que les symptômes présents depuis 2002 pouvaient s'expliquer, car mis à part l'insuffisance rénale, la patiente présentait tous les symptômes de l'intoxication au cadmium.

Il n'y a pas de traitement existant à administrer 5 ans ou plus après l'intoxication. Le taux de cadmium baisse lentement. Personne ne sait quelle sera l'évolution. Même le TOX-ZENTRUM de Zurich ne peut pas nous aider. Tous les troubles que j'ai décrits plus haut (intestinaux, osseux, etc.) restent présents mais diminuent.

La patiente a fait des tentatives de reprise de travail, mais elle s'épuise. L'épuisement n'est pas seulement d'ordre psychiatrique mais aussi somatique. Tel a été le cas lors du stage PRO d'avril à juillet 2008. Mme S\_\_\_\_\_ a un sentiment d'inutilité. L'expertise du CEMED a aggravé la situation car les médecins ont été un peu rudes dans leurs propos et leur manière, affirmant que Mme S\_\_\_\_\_ pouvait retravailler à 100 %. Suite à cela, elle a fait un tentamen et est suivie par un psychiatre, le Dr C\_\_\_\_\_ depuis 1 an.

La capacité de travail de la patiente est nulle dans toute activité en tout cas depuis juillet 2007, peut-être depuis 2005. Depuis l'expertise du CEMED en mars 2009, son état de santé psychiatrique s'est aggravé. Il faut d'abord faire un travail conséquent du point de vue psychiatrique et calmer les douleurs du point de vue somatique avant d'espérer une possibilité de reprise du travail.

La patiente ne prend pas de médicament pour soigner la dépression, car elle craint les effets sur son organisme de toute substance chimique suite à l'intoxication dont elle a été victime. Une médication serait vraisemblablement utile et la Doctoresse C\_\_\_\_\_ travaille ce point avec la patiente.

J'ai effectivement indiqué à l'OAI en janvier 2008 (document 104) que la patiente avait une capacité de travail de 50 % depuis août 1989. A cette époque, le diagnostic lié au cadmium et les aspects psychiatriques n'étaient pas encore clairement établis et je pensais que cette capacité de travail était exigible. J'avais précisé qu'il fallait encore vérifier avec un spécialiste des HUG. Sur cette base, j'ai changé d'avis".

Que lors de l'audience de comparution personnelle du recourant qui s'est tenue en date du 2 mars 2010, les parties ont convenu qu'une expertise complémentaire était nécessaire aux fins d'établir si l'état de santé de l'assurée s'est aggravé, et qu'il était souhaitable que le Tribunal de céans l'ordonne ;

Que l'OAI a confirmé le maintien de la demi rente d'invalidité, quelles que soient les conclusions du CEMED, la situation étant globalement la même que lors de l'octroi de la rente;

Qu'un délai a été fixé aux parties pour communiquer des motifs de récusation des experts, soit les Dr D\_\_\_\_\_, psychiatre et E\_\_\_\_\_, toxicologue, et se prononcer sur les questions à leur poser;

Que les parties se sont déterminées sur les questions à poser et sur les experts proposés ainsi: l'OCAI a proposé des questions complémentaires, qui ont été retenues, par pli du 31 mars 2010 et la recourante ne s'est pas exprimée dans le délai fixé.

**Attendu en droit** que le Tribunal de céans est compétent en la matière (art.56 V de la loi sur l'organisation judiciaire - LOJ) ;

Que la loi sur la partie générale des assurances sociales (LPGA), entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable au cas d'espèce ;

Que le recours, déposé dans les formes et délai prévus par la loi est recevable à la forme (art. 56 et 60 LPGA) ;

Que la question préalable à l'examen d'éventuelles prestations de l'AI à résoudre est de savoir si l'état de santé de l'assurée s'est aggravé entre novembre 2005, date de la demande de révision et novembre 2009, date de la décision litigieuse;

Que l'autorité administrative doit constater d'office les faits déterminants, c'est-à-dire toutes les circonstances dont dépend l'application des règles de droit (ATF 117 V 261 consid. 3 p. 263 ; T. LOCHER Grundriss des Sozialversicherungsrecht, Bern 2003, t.1, p. 443) ;

Qu'ainsi l'administration est tenue d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure, et qu'en particulier elle doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il paraît nécessaire de clarifier des aspects médicaux (ATF 117 V 282 consid. 4a, p. 283 ; RAMA 1985 p. 240 consid.4 ; LOCHER loc. cit.) ;

Que de son côté le juge qui considère que les faits ne sont pas suffisamment élucidés peut renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction ou procéder lui-même à une telle instruction complémentaire (RAMA 1993 p. 136) ;

Qu'en matière d'AI la première solution est en principe préférée, à moins que les parties ne soient d'accord avec la seconde, comme en l'espèce (ATFA I 431/02 du 8 novembre 2002) ;

Qu'il convient d'ordonner une telle expertise afin de poser clairement les diagnostics ayant des répercussion sur l'état de santé de l'assurée, les limitations fonctionnelles et l'éventuelle capacité de travail résiduelle dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée, en % ainsi que son évolution depuis l'octroi de la rente, en 1989,

Que l'expertise sera confiée au Dr D \_\_\_\_\_, psychiatre et au Dr E \_\_\_\_\_, toxicologue ;

\*\*\*

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

**Statuant préparatoirement**

1. Ordonne une expertise bidisciplinaire, psychiatrique et toxicologique, les experts ayant pour mission d'examiner et d'entendre Madame S \_\_\_\_\_, après s'être entourés de tous les éléments utiles et après avoir pris connaissance du dossier de l'OAI, ainsi que du dossier de la présente procédure, en s'entourant d'avis de tiers au besoin ;
2. Charge les experts de répondre aux éléments et aux questions suivantes :
  1. Anamnèse.
  2. Données subjectives de la personne.

3. Constatations objectives.
  4. Diagnostic(s).
  5. S'agissant de l'intoxication, répondre aux questions suivantes:
    - a) La recourante a-t-elle subi une intoxication au cadmium?
    - b) Si oui, quand ?
    - c) Est-il possible de déterminer dans quelles circonstances?  
Si oui, préciser.
    - d) Quels sont les symptômes et affections ordinairement causés par une telle intoxication ?
    - e) Détailler les symptômes et affections de la recourante qui sont liés à l'intoxication ?
    - f) Sont-ils causés, avec certitude, par l'intoxication au cadmium ?
    - g) Sinon, la causalité est-elle probable ?
    - h) L'analyse des cheveux est-elle suffisante pour admettre une intoxication au cadmium ?
    - i) Quelle est la concentration sanguine de cadmium à ce jour ? Justifie-t-elle encore l'incapacité totale soutenue par l'assurée et son médecin ?
    - j) Existe-t-il un traitement? Combien de temps après l'intoxication peut-il être administré tout en étant efficace ?
    - k) L'intoxication explique-t-elle l'incapacité totale de travail en cours ?
    - l) Quel est le pronostic de l'évolution de l'état de santé en lien avec l'intoxication ?
  6. S'agissant des troubles psychiques, répondre aux questions suivantes:
    - a) Quel est le degré de gravité de chacun de ceux-ci (faible, moyen, grave) ?
    - b) Ces troubles psychiques ont-ils valeur de maladie en tant que telle selon le DSM IV ou la CIM-10 ?
    - c) En cas de troubles psychiques, ceux-ci nécessiteraient-ils une prise en charge spécialisée ?
-

7. Mentionner les limitations fonctionnelles de la recourante dues à chaque diagnostic.
8. Mentionner, pour chaque diagnostic posé, ses conséquences sur la capacité de travail de la recourante, en %.
9. Dater la survenance de l'incapacité de travail durable, le cas échéant.
10. Indiquer l'évolution du taux d'incapacité de travail, en %, depuis 1989, en particulier depuis 2002, et 2005.
11. Évaluation de l'exigibilité, en %, d'une activité lucrative adaptée et indication du domaine d'activité.
12. Évaluation des chances de succès d'une réadaptation professionnelle.
13. Évaluation de la possibilité d'améliorer la capacité de travail par des mesures médicales.
14. Pronostic global.
15. Questions complémentaires en cas de trouble somatoforme douloureux :
  - a) Y-a-t-il présence manifeste d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importantes ?
  - b) Sinon, y-a-t-il une ou des affection(s) corporelle(s) chronique(s) ou un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable ?
  - c) Une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie ?
  - d) Un état psychique cristallisé (sans évolution possible au plan thérapeutique).
  - e) Échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art et de mesures de réhabilitation, cela en dépit de la motivation et des efforts de la personne ?
  - f) Enfin, y-a-t-il divergence entre les douleurs décrites et le comportement observé, allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, des plaintes très démonstratives qui

laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact ?

g) La recourante dispose-t-elle encore de ressources psychiques, en d'autres termes est-il exigible d'elle qu'elle reprenne une activité lucrative au-delà de 50 % même au prix d'importants efforts ?

16. Si les experts s'écartent des conclusions du 30 mars 2009 des experts du CEMED, dire pourquoi.

17. Toute remarque utile et proposition des experts.

3. Commet à ces fins les Drs D\_\_\_\_\_, psychiatre, et E\_\_\_\_\_, toxicologue ;
4. Invite les experts à déposer à leur meilleure convenance un rapport en trois exemplaires au Tribunal de céans ;
5. Réserve le fond ;

La greffière

La Présidente

Florence SCHMUTZ

Sabina MASCOTTO

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties le