

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/801/2009

ATAS/877/2012

**ORDONNANCE D'EXPERTISE  
DE LA COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**du 2 juillet 2012**

**3ème Chambre**

En la cause

Madame C\_\_\_\_\_, domiciliée à Genève, CH, représentée par  
APAS - Assoc. permanence défense des patients et assurés

Recourante

contre

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

Intimée

---

**Siégeant : Karine STECK, Présidente.**

---

### **ATTENDU EN FAIT**

Que par décision du 1er novembre 1994, l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après OAI) a mis Madame C \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée) au bénéfice d'une rente entière avec effet au 1er janvier 1993 pour séquelles d'intoxication aux solvants, dysthymie dépressive, fatigue, adynamie et diminution des capacités mentales ; qu'à l'époque, c'était principalement l'évitement agoraphobique qui constituait un obstacle à la reprise d'une activité lucrative (cf. rapport du Dr L \_\_\_\_\_ du 1er novembre 1993) ; que décision de l'OAI se basait sur les conclusions de l'expertise psychiatrique pratiquée le 12 juin 1994 par le Dr M \_\_\_\_\_, lequel avait exprimé l'avis que sa pathologie était associée à une intoxication probablement subie sur le lieu de travail et que, depuis juillet 1992, l'assurée était dans l'incapacité totale d'exercer la moindre activité ; que l'expert précisait que, compte tenu des capacités d'autoréparation du cerveau et des organes périphériques, on ne pouvait cependant conclure à une invalidité définitive ;

Que par décision du 12 septembre 2003, à l'issue d'une première procédure de révision, l'OAI a supprimé la rente allouée jusqu'alors à l'assurée au motif que l'état de santé de cette dernière s'était amélioré ; que cette décision se basait sur le rapport établi le 8 novembre 2002 par le Dr N \_\_\_\_\_, médecin traitant de l'intéressée, retenant à titre d'affections principales : un asthme bronchique, un état de stress, une dépression nerveuse, un syndrome de fatigue chronique, des névralgies cervico-brachiales bilatérales, une colonne cervicale à la courbure lordotique très accentuée, une fracture de l'apophyse épineuse du C7 et enfin, un trouble de la sensibilité périphérique des membres supérieur et inférieur gauches ;

Que par décision du 2 juin 2004, l'OAI, après avoir mis sur pied une expertise psychiatrique par le Dr O \_\_\_\_\_ - qui a conclu à un trouble dépressif récurrent de gravité moyenne sans symptôme psychotique, accompagné d'une agoraphobie avec trouble panique, a évalué la capacité de travail de l'assurée à 0% et a préconisé, en vue de l'augmenter, un traitement psychiatrique sous forme d'antidépresseurs ou de psychothérapie sous forme de thérapie cognitive ou comportementale (cf. rapport du 18 février 2004) -, a accepté de continuer à verser la rente à l'assurée à la condition que celle-ci se soumette à un traitement psychiatrique et en soulignant que son dossier ferait l'objet d'une révision une année plus tard ;

Qu'une seconde procédure de révision a été initiée au mois de mai 2005, qui s'est conclue, le 14 décembre 2007, par la décision de l'OAI de supprimer la rente allouée à l'assurée, prise au terme d'une instruction ayant notamment permis de recueillir les éléments suivants :

- un rapport du Dr N\_\_\_\_\_ faisant état d'une aggravation de l'état de santé général de sa patiente et concluant à : un asthme bronchique aggravé, une dépression nerveuse, un état de stress permanent, un syndrome cervical aggravé avec vertiges, nausées, vomissements, un côlon irritable et un syndrome de fatigue chronique et à une capacité de travail de 0% ;
- un rapport d'examen neurologique du 2 février 2005 par le Dr P\_\_\_\_\_, concluant à des migraines communes et préconisant la mise en œuvre d'un traitement de fond ;
- un avis de la Dresse Q\_\_\_\_\_, ophtalmologue, émettant l'hypothèse que la presbyopie de sa patiente pouvait expliquer une partie de ses céphalées ;
- un rapport émis le 7 avril 2006 par le Dr R\_\_\_\_\_, psychiatre traitant, concluant à des troubles de l'humeur organiques (F 06.3), à un trouble de personnalité affective (F 34.0) et à un trouble panique avec agoraphobie (F 40.01) et à une capacité de travail de 0%.
- une nouvelle expertise psychiatrique du Dr S\_\_\_\_\_, du 13 septembre 2007, retenant, en plus des diagnostics déjà retenus précédemment, des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de sédatifs ou d'hypnotiques ; l'expert concluait que la reprise d'une activité lucrative n'était toujours pas envisageable et préconisait un suivi psychiatrique ou psychothérapeutique intensif et un traitement antidépresseur sous contrôle monitoring thérapeutique pour espérer une amélioration compatible avec une activité professionnelle s'exerçant à mi-temps au moins et à condition qu'elle soit adaptée aux limitations physiques de l'assurée ;
- un courrier du 16 novembre 2007 du Dr N\_\_\_\_\_ informant l'OAI que l'assurée allait entreprendre un traitement psychiatrique auprès du Dr T\_\_\_\_\_ ;
- un nouveau courrier du Dr N\_\_\_\_\_ daté du 16 janvier 2008, attestant d'une détérioration générale de l'état de santé de sa patiente, surtout du point de vue psychologique, et d'une aggravation de son atteinte rhumatismale articulaire et musculaire avec apparition de vertiges, d'un syndrome de fatigue chronique, de

troubles dépressifs, d'infections rénales répétées, d'asthme et de bronchite chronique avec épisodes de crises et d'un syndrome rénal avec perte de protéines.

Que l'assurée ayant interjeté recours contre la décision de l'OAI, ce dernier, par décision du 20 mars 2008, a décidé de reprendre l'instruction de la cause, ce dont le Tribunal cantonal a pris acte le 11 avril 2008 ;

Que le 4 février 2009, l'OAI a rendu une décision au terme de laquelle il a supprimé la rente de l'assurée au motif que cette dernière avait recouvré une capacité de travail de 100% dans toute activité à compter du mois de février 2008 ; que cette décision a été rendue après un complément d'instruction ayant permis de recueillir notamment les éléments suivants :

- un rapport du Dr U\_\_\_\_\_, médecin auprès du service de néphrologie du Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), du 12 août 2008, retenant les diagnostics suivants : trouble dépressif récurrent, agoraphobie, troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de sédatifs ou d'hypnotiques ; étaient également mentionnés tout en précisant qu'ils étaient sans répercussion sur la capacité de travail : un syndrome migraineux ainsi qu'une hystérectomie ; le Dr U\_\_\_\_\_ considérait que les problèmes psychiatriques - non résolus - étaient restés au premier plan ; l'incapacité de travail était selon lui totale pour des raisons essentiellement psychiatriques, étant précisé que l'état psychique de la patiente s'était aggravé sans qu'une période de nette amélioration ait pu être constatée ; sur le plan physique, une importante fatigue était mise en évidence dont il était précisé qu'elle entraînait des limitations fonctionnelles ; l'expert observait que les différents troubles s'étaient chronicisés depuis leur installation ; questionné sur l'opportunité d'éventuelles mesures de réadaptation professionnelle, l'expert se montrait très réservé pour les raisons psychiatriques déjà mentionnées ; selon lui, une activité adaptée n'était plus envisageable sous réserve d'une reprise à 50% si un traitement psychiatrique prolongé, intensifié et rigoureux était entrepris et d'une amélioration effective de l'état psychique de l'expertisée ; il réservait toutefois son pronostic au vu de la durée de la maladie et des différentes tentatives de traitement restées infructueuses ;

- un examen clinique psychiatrique de la Dresse V\_\_\_\_\_, psychiatre FMH auprès du Service médical régional de l'AI (SMR), du 23 octobre 2008, concluant à un trouble dépressif récurrent en rémission complète ainsi qu'à une personnalité avec traits émotionnellement labiles de type borderline et à des plaintes non systématisées pouvant suggérer l'émergence d'un syndrome douloureux somatoforme persistant, non invalidants ; la Dresse V\_\_\_\_\_ précisait n'avoir

trouvé aucun argument remettant en question l'appréciation médicale du Dr O \_\_\_\_\_ mais n'avoir pour sa part relevé aucun signe de dépression ; elle en tirait la conclusion que l'état de l'expertisée s'était amélioré, au plus tard au mois de février 2008, date à compter de laquelle une pleine capacité de travail était exigible de l'assurée du point de vue psychiatrique, tant dans l'activité précédemment exercée (plieuse dans un pressing) que dans toute autre adaptée à ses limitations physiques ;

- un rapport émis le 28 janvier 2009, par le Dr T \_\_\_\_\_, psychiatre, confirmant avoir pris en charge l'assurée depuis le mois de novembre 2007, relatant que cette dernière se plaignait d'un malaise général, de céphalées quotidiennes et d'insomnies, qu'elle n'exprimait pas de plaintes psychiatriques précises, mise à part une certaine anxiété, que l'examen clinique permettait de mettre en évidence un état dépressif léger, des traits névrotiques de type phobique et caractériel, une personnalité fruste, ainsi que des difficultés d'adaptation ; le médecin indiquait que selon ses constatations, la symptomatologie dépressive s'était améliorée au mois de janvier 2008 ; il précisait que les troubles psychiatriques, à eux seuls, ne justifiaient pas une invalidité, tout en soulignant que l'état général de santé de sa patiente devait être pris en considération.

Que saisi d'un recours de l'assurée, le Tribunal cantonal des assurances sociales - alors compétent - l'a rejeté par arrêt du 30 novembre 2009 (ATAS/1513/2009) ;

Que saisi à son tour d'un recours interjeté par l'assurée, le Tribunal fédéral, par arrêt du 13 septembre 2010, a annulé l'arrêt du Tribunal cantonal et renvoyé la cause à ce dernier afin qu'il complète ses constatations de fait quant à l'état de santé de l'assurée au moment de la décision du 2 juin 2004 ; que le Tribunal fédéral a relevé que l'octroi d'une rente entière à partir du 1er décembre 2003 reposait fondamentalement sur des motifs d'ordre psychiatrique dans la mesure où les diagnostics relevant de ce domaine retenus par le Dr O \_\_\_\_\_ suffisaient déjà à légitimer une totale incapacité de travail ; qu'il a constaté que les affections somatiques alors évoquées par le Dr N \_\_\_\_\_ n'avaient pas fait l'objet d'un véritable examen, de sorte que l'état de santé physique de l'assurée à l'époque (décembre 2003) n'avait fait l'objet d'aucune investigation permettant de trancher la question de son influence sur sa capacité de travail ; que le Dr N \_\_\_\_\_ avait par la suite persisté à signaler la présence de problèmes d'ordre somatique - déjà connus à la fin de l'année 2003 ou nouveaux ; qu'on ne pouvait dès lors se borner à se référer à l'avis du Dr U \_\_\_\_\_, ce dernier n'ayant investigué que la question de l'incidence des

affections rénales alléguées et non celle des autres troubles somatiques évoqués par le Dr N\_\_\_\_\_ ; qu'en conséquence, le Tribunal fédéral a suggéré la mise sur pied de mesures d'instruction complémentaire sur le plan somatique ;

Qu'interrogé par la Cour de céans, le Dr U\_\_\_\_\_ a indiqué en date du 10 juin 2011, "respecter et accepter" les constatations et conclusions de la Dresse V\_\_\_\_\_ ;

Qu'entendu par la Cour en date du 16 juin 2011, le Dr T\_\_\_\_\_ a quant à lui confirmé qu'une amélioration était survenue sur le plan psychique en janvier 2008 puis à nouveau en janvier 2009 ;

Que la Chambre des assurances sociales a informé les parties par courrier du 7 juin 2012, de son intention de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire ;

Que la Cour a accordé aux parties un délai pour lui communiquer les questions qu'elles souhaitaient voir poser aux experts et faire valoir une éventuelle cause de récusation envers ces derniers ;

Que les parties se sont déterminées le 20 juin 2012 sur les questions à poser et n'ont fait valoir aucune cause de récusation des experts ;

### **CONSIDERANT EN DROIT**

Que depuis le 1er janvier 2011, la Chambre des assurances sociales est compétente en la matière (art.134 de la loi sur l'organisation judiciaire; LOJ - RS E 2 05) ;

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 à résoudre est de déterminer quel est exactement l'état de santé psychique et physique de l'assurée, plus particulièrement quelle est l'incidence sur la capacité de travail de cette dernière de ses névralgies cervico-brachiales bilatérales, de ses troubles dorsaux, de son trouble de la sensibilité périphérique des membres supérieurs et inférieurs, de son asthme et de ses éventuels problèmes cognitifs ;

Que, 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) ;

Qu'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 ;

Qu'en particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; ATFA non publié I 751/03 du 19 mars 2004, consid. 3.3) ;

Que les coûts de l'expertise peuvent être mis à la charge de l'assureur social (ATF 137 V 210 consid. 4.4.2) ;

Qu'il convient en l'espèce d'ordonner une telle expertise.

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

**Statuant préparatoirement**

1. Ordonne une expertise pluridisciplinaire, les experts ayant pour mission d'examiner et d'entendre Madame C\_\_\_\_\_, après s'être entourés de tous les éléments utiles et après avoir pris connaissance du dossier de l'intimé, ainsi que du dossier de la présente procédure en s'entourant d'avis de tiers au besoin ;
2. Commet à ces fins les Drs W\_\_\_\_\_ (médecin interniste en charge du dossier), A\_\_\_\_\_, rhumatologue, B\_\_\_\_\_, psychiatre, C\_\_\_\_\_, pneumologue et Madame D\_\_\_\_\_, neuropsychologue;
3. Charge les experts de répondre aux questions suivantes :
  1. Anamnèse.
  2. Données subjectives de la personne.
  3. Constatations objectives.
  4. Diagnostic(s).
  5. S'agissant des troubles physiques, répondre aux questions suivantes:
    - a) L'assurée souffre-t-elle de troubles somatiques ? Si oui, lesquels et depuis quand ?
    - b) Les plaintes de l'assurée sont-elles objectivées ?
    - c) Quelles sont les limitations fonctionnelles dues à chaque diagnostic?
  6. S'agissant des troubles psychiques, répondre aux questions suivantes:
    - a) L'assurée souffre-t-elle de troubles psychiques? Depuis quand?
    - b) Quel est le degré de gravité de chacun de ceux-ci, le cas échéant (faible, moyen, grave) ?
    - c) Ces troubles psychiques ont-ils valeur de maladie en tant que telle selon le DSM IV ou la CIM-10 ?
    - d) Quelles sont les limitations fonctionnelles dues à chaque diagnostic?

- e) Les troubles psychiques constatés nécessiteraient-ils une prise en charge spécialisée ?
- f) L'assurée souffre-t-elle de troubles de la cognition, de la concentration et/ou de la mémoire ? Si oui, ceux-ci altèrent-ils sa capacité d'adaptation à une activité professionnelle ? Sa capacité de travail ?
- g) L'assurée est-elle ralentie au point d'altérer sa capacité de travail ou d'adaptation ?
- h) Quels sont les effets des troubles mis en évidence sur la capacité de l'assurée à gérer sa vie et ses affaires personnelles, tant administratives que financières ?
7. Mentionner, pour chaque diagnostic posé, ses conséquences sur la capacité de travail, en pourcent.
  8. Mentionner globalement les conséquences des divers diagnostics retenus sur la capacité de travail, en pourcent.
  9. Dater la survenance de l'incapacité de travail durable, le cas échéant.
  10. Indiquer l'évolution du taux d'incapacité de travail, en pourcent, depuis juin 2004. Si l'état de santé s'est modifié au fil du temps, préciser la date de ces changements et leur contexte.
  11. Évaluer l'exigibilité, en pourcent, de l'activité habituelle et d'une activité lucrative adaptée et indiquer en quoi pourrait consister un domaine d'activité adapté.
  12. Dire s'il y a une diminution de rendement et la chiffrer.
  13. Sachant que l'assurée, âgée de 54 ans, n'a plus travaillé depuis plusieurs années et n'a auparavant exercé que durant cinq ans, une auto-réadaptation est-elle exigible de sa part ? Des mesures médicales à visée réadaptative sont-elles envisageables ?
  14. L'assurée dispose-t-elle encore de ressources ?
  15. Évaluer les chances de succès d'une réadaptation professionnelle et indiquer en quoi devrait consister celle-ci.
  16. Évaluer la possibilité d'améliorer la capacité de travail par des mesures médicales. Indiquer quelles seraient les propositions thérapeutiques et leur influence sur la capacité de travail.

17. Commenter et discuter les avis médicaux du SMR, des experts s'étant déjà prononcés et des médecins traitants et indiquer - cas échéant - pour quelles raisons ces avis sont confirmés ou écartés (cf. notamment l'avis émis par le Dr V\_\_\_\_\_ le 23 octobre 2008).
  18. Formuler un pronostic global.
  19. Toute remarque utile et proposition des experts.
4. Invite les experts à faire **une appréciation consensuelle du cas** s'agissant de toutes les problématiques ayant des interférences entre-elles, notamment l'appréciation de la capacité de travail résiduelle.
  5. Invite les experts à déposer à leur meilleure convenance un rapport en trois exemplaires à la Cour de céans ;
  6. Réserve le fond.

La greffière

La Présidente

Marie-Catherine SECHAUD

Karine STECK

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties le