

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2751/2008

ATAS/981/2009

**ORDONNANCE D'EXPERTISE**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**Chambre 2**

**du 31 juillet 2009**

En la cause

Monsieur R\_\_\_\_\_, domicilié à Genève, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître ANDERS Michael

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Isabelle DUBOIS, Présidente; Anne REISER, Eugen MAGYARI, Juges  
assesseurs**

**Attendu en fait** que Monsieur R\_\_\_\_\_ (ci-après la recourant), né en 1962, a déposé une demande de prestations auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après OCAI), le 15 mars 2005, en raison d'un trouble dépressif;

Que par rapport d'examen neuropsychologique du Département des Neurosciences cliniques et Dermatologie des HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE GENEVE (ci-après HUG) du 1<sup>er</sup> juin 2005, un ralentissement (objectivé dans plusieurs épreuves psychométriques), ainsi que des performances déficitaires à une épreuve de mémoire verbale à long terme (apprentissage, évocation différée et reconnaissance) ont été mis en évidence chez le recourant;

Que selon ce même rapport, la reprise d'une activité professionnelle est possible, même si le rendement est fluctuant;

Que par rapport médical du 19 août 2005, le Dr A\_\_\_\_\_, psychiatre, a diagnostiqué, avec des répercussions sur la capacité de travail, une schizophrénie simple (F 20.6), avec d'autres déficits cognitifs persistants dus à la prise chronique d'alcool (F 10.74) et, sans répercussions sur la capacité de travail, un épisode dépressif moyen, sans syndrome somatique (F 32.10), des traits de personnalité dyssociale (F 60.2), des insomnies non organiques (F 51.0), des troubles mentaux et du comportement liés à l'alcool, syndrome de dépendance, actuellement abstinent (F 10.20), des troubles mentaux et du comportement liés au cannabis, syndrome de dépendance, utilisation continue (F 17.25), une hépatite C chronique, une hépatite B chronique, une polyneuropathie d'origine alcoolique, ainsi qu'une crise d'épilepsie sur sevrage éthylique (F 10.31);

Que par avis médical du 20 avril 2006, le SERVICE MEDICAL REGIONAL (ci-après SMR) a indiqué qu'il n'était pas convaincu par le diagnostic retenu d'une schizophrénie simple, et a demandé une expertise psychiatrique;

Que par expertise médicale du 15 mai 2007, le Dr B\_\_\_\_\_, psychiatre, a diagnostiqué, avec une répercussion sur la capacité de travail, un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F 33.1), des troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance (F 10.2), des troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de plusieurs substances, utilisation nocive pour la santé (F 19.1), un trouble de la personnalité borderline (F 60.31), ainsi qu'une suspicion de déficit cognitif persistant (F 19.74), entraînant une incapacité de travail de 100% depuis début 2005;

Que par avis du 10 juillet 2007, le SMR a, entre autres, indiqué qu'il était d'accord avec le fait que le recourant ait présenté un trouble de la personnalité borderline, mais qui ne l'a pas empêché de faire un CFC de marin;  
Que le recourant ne fait pas tout ce qu'il faut pour réduire sa consommation d'alcool;  
Que le diabète de type II, dont il souffre, ne constitue pas une contre-indication pour un

---

travail utilisant la force musculaire;  
Que la capacité de travail du recourant est entière;

Que le 8 janvier, ainsi que le 19 août 2008, le recourant a été admis au Département de Psychiatrie des HUG, en raison d'un trouble mental et un trouble du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance, utilisation continue (F 10.25);

Que par projet de décision du 1<sup>er</sup> février 2008, l'OCAI a refusé l'octroi de toutes prestations au recourant, au motif que son incapacité de gain est due avant tout à sa toxicodépendance, et qu'il ne s'agit donc pas d'une invalidité au sens de la loi;

Que par courrier du 20 mai 2008, le Dr C\_\_\_\_\_, psychiatre, a indiqué que l'état de santé du recourant s'était aggravé, et qu'il souffrait, à présent, d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptôme psychotique (F 33.2), avec deux épisodes d'automutilation à visée suicidaire, ayant nécessité un bref séjour le 8 janvier 2008 à la CLINIQUE PSYCHIATRIQUE DE BELLE-IDEE, puis un séjour du 19 février au 4 mars à la CLINIQUE GENEVOISE DE MONTANA;

Que, de plus, le Dr C\_\_\_\_\_ a indiqué qu'il appuyait l'expertise psychiatrique du 15 mai 2007, qui concluait à une incapacité de travail totale;

Que par avis médical du 26 juin 2008, le SMR a indiqué que le courrier du Dr C\_\_\_\_\_ du 20 mai 2008 n'apportait pas d'élément concret permettant une modification des conclusions de l'avis de juillet 2007;

Que par décision du 21 juillet 2008, l'OCAI a confirmé son projet de décision et a donc refusé l'octroi de toutes prestations au recourant;

Que par courrier du 25 juillet 2008, le recourant a interjeté recours contre cette décision;

Que, par courrier du 28 juillet 2008, le Tribunal de céans a déclaré ce recours non conforme à la loi sur la procédure administrative (ci-après LPA), et lui a imparti un délai au 25 août 2008, afin de lui permettre de satisfaire aux exigences légales;

Que, dans le délai imparti, le recourant a déposé un acte complémentaire, le 19 août 2008, dans lequel il précise que son incapacité de gain n'est pas due à un problème de toxicodépendance, mais à un trouble dépressif récurrent, qui selon le Dr C\_\_\_\_\_ s'aggrave, ainsi qu'un trouble de la personnalité borderline, et conclut à l'octroi d'une rente entière;

Que par ordonnance du 29 septembre 2008, le Tribunal de céans a ordonné l'ouverture des enquêtes, avec l'audition du Dr C\_\_\_\_\_, en qualité de témoin, et a demandé à l'OCAI un rapport de la division de réadaptation professionnelle visant à présenter les métiers que le recourant pourrait exercer, en tenant compte des limitations retenues par l'expert psychiatre;

Que par courrier du 20 octobre 2008, l'OCAI a indiqué que la transmission du dossier du recourant au service de réadaptation ne se justifie pas, car selon l'avis médical du 10 juillet 2007, le recourant est capable de travailler dans toutes activités, sans limitations fonctionnelles;

Que lors de la comparution personnelle des parties du 25 novembre 2008, le Dr C\_\_\_\_\_ a confirmé sa position quant à l'état de santé du recourant;

Que le recourant a produit le 20 février 2009, un certificat médical du 18 février 2009 indiquant qu'il avait bénéficié d'un scanner pulmonaire de contrôle ne montrant pas d'atteinte tumorale pulmonaire, mais qu'il, en revanche, souffre d'une bronchite chronique obstructive modérée en lien avec son tabagisme;

Que par courrier du 27 mars 2009, le SMR a indiqué qu'il analysera les rapports d'hospitalisations;

Que par avis médical du 6 avril 2009, le SMR a indiqué que les trois hospitalisations du recourant ne font que confirmer la toxicomanie dont il souffre, et que les troubles thymiques constatés ne sont pas suffisant pour poser un diagnostic d'épisode dépressif;

Que par courrier du 22 mai 2009, le Dr C\_\_\_\_\_ a confirmé son opinion que selon lui, la dépendance à l'alcool est secondaire à un trouble psychique grave et persistant, qui entraîne une incapacité de travail complète;

Que par courrier du 15 juin 2009, le Tribunal a ordonné une expertise psychiatrique, et octroyé un délai 30 juin 2009, prolongé au 16 juillet 2009, pour communiquer tout proposition d'un nom d'expert et de questions;

Que le Tribunal a proposé de confier l'expertise au Dr D\_\_\_\_\_, psychiatre;

Que par courrier du 13 juillet 2009, l'OCAI a accepté le Dr D\_\_\_\_\_ comme expert, et a souhaité poser une question concernant la présence d'une maladie psychiatrique préexistante à la toxicomanie et susceptible d'entraîner une maladie psychiatrique incapacitante, ainsi qu'une éventuelle présence d'une maladie psychiatrique séquellaire de la toxicomanie;

Que par courrier du 14 juillet 2009, le recourant a proposé une liste de 5 psychiatres, dont la Dresse E\_\_\_\_\_, psychiatre;

Que par courrier du 24 juillet 2009, le recourant a indiqué qu'il ne souhaitait pas que l'expertise soit confiée au Dr D\_\_\_\_\_, au motif que celui-ci ne parle pas suffisamment l'allemand;

**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 le recourant souffre d'un épisode dépressif ou pas, et de savoir si sa toxicomanie est un trouble primaire ou secondaire;

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 l'occurrence, il existe de fortes contradictions entre, d'une part, l'expertise psychiatrique de mai 2007, et l'avis du Dr C \_\_\_\_\_, qui diagnostiquent tous deux, entre autres, un trouble dépressif récurrent et, d'autre part, le SMR qui diagnostique une toxicodépendance;

Qu'une expertise psychiatrique permettra une clarification de la situation, et déterminera précisément les atteintes du recourant et les répercussions, le cas échéant, sur sa capacité de travail;

Que cette expertise sera confiée à la Dresse E \_\_\_\_\_, psychiatre, qui est disponible au mois d'août;

Qu'en application de l'art. 39 de la loi sur la procédure administrative (LPA), un délai au 14 août 2009 sera accordé à l'OCAI pour éventuelle récusation de l'experte, ensuite de quoi la présente ordonnance lui sera communiquée;

---

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

**Statuant préparatoirement**

1. Ordonne une expertise psychiatrique, l'experte ayant pour mission d'examiner et d'entendre Monsieur R\_\_\_\_\_, après s'être entourée de tous les éléments utiles et après avoir pris connaissance du dossier de l'OCAI, ainsi que du dossier de la présente procédure, et en s'entourant d'avis de tiers au besoin.
2. Charge l'experte de répondre aux questions suivantes :
  1. Anamnèse.
  2. Données subjectives de la personne.
  3. Constatations objectives.
  4. Diagnostic(s).
  5. Mentionner pour chaque diagnostic posé ses conséquences sur la capacité de travail de la recourante, en pour-cent.
  6. Dater la survenance de l'incapacité de travail durable, le cas échéant, et mentionner son évolution jusqu'à ce jour.
  7. Mentionner les limitations fonctionnelles du recourant.
  8. Dire dans quelle mesure une activité lucrative adaptée est raisonnablement exigible du recourant, et dans ce cas dans quel domaine ?
  9. Évaluer les chances de succès d'une réadaptation professionnelle.
  10. Dire si la capacité de travail peut être améliorée par des mesures médicales ? dans l'affirmative, dire si le traitement préconisé est exigible du recourant.
  11. Dire s'il existe une maladie psychiatrique préexistante à la toxicomanie, et susceptible d'entraîner une maladie psychiatrique incapacitante, ainsi qu'une éventuelle présence d'une maladie psychiatrique séquellaire de la toxicomanie.
  12. a) Si l'experte s'écarte des diagnostics et/ou conclusions posées par le Dr C\_\_\_\_\_, dire pourquoi.  
b) Si l'experte s'écarte des diagnostics et/ou conclusions posées par le Dr B\_\_\_\_\_, dire pourquoi.

c) Si l'experte s'écarte des conclusions posées par le SMR, dire pourquoi.

13. Pronostic.

14. Toute remarque utile et proposition de l'expert.

3. Commet à ces fins la Dresse E \_\_\_\_\_, à Genève

4. Invite l'experte à déposer à sa meilleure convenance un rapport en trois exemplaires au Tribunal de céans.

5. Réserve le fond.

La greffière

La présidente

Irène PONCET

Isabelle DUBOIS

Une copie conforme de cette ordonnance d'expertise est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le