RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3453/2005 **ATAS/44/2006**

ORDONNANCE D'EXPERTISE

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 6

du 23 janvier 2006

En la cause

Madame K_____, domiciliée à BERNEX, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître POGGIA Mauro	recourante

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE INVALIDITE, rue de Lyon 97, case postale 425, 1211 GENEVE 13	intimé

Siégeant : Madame Valérie MONTANI, Présidente.

EN FAIT

1. Madame K_____ (ci-après l'assurée), née le 16 mai 1962, originaire de Syrie, mariée à Monsieur L_____ en février 1993 et divorcée le en mai 2002, est mère de trois enfants d'un premier mariage nés en 1983, 1986 et 1987.

   Elle est arrivée en Suisse en décembre 1992 et a été naturalisée genevoise le 1er novembre 1999. Elle a travaillé comme assistante à Genève du 3 janvier 1995 au 26 mars 1996 auprès de X_____ S.A. Elle est en incapacité de travail totale depuis le 26 mars 1996 en raison d'une gastrite subaiguë et d'un état dépressif-anxieux réactionnel attesté par le médecin traitant, la Dresse A_____ et le Dr B_____, spécialiste en médecine interne, médecin conseil de la WINTERTHUR ASSURANCES, assureur perte de gain de l'assurée.

   Elle a requis le 7 juillet 1997 des prestations de l'assurance-invalidité.

2. A la demande de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE INVALIDITE (ci-après OCAI), le Dr C_____, psychiatre, a rendu une expertise le 20 novembre 2001. Il a diagnostiqué un épisode dépressif moyen (F 32.1), une gastrite chronique, une hypotension artérielle et des dorso-lombalgies et précisé que l'assurée disposait d'une capacité de travail de 0% du 25 mars 1996 au 30 juin 2001 et de 50%, dès le 1er juillet 2001. Une capacité de travail totale pouvait être envisagée dans deux à trois ans.

3. Le 15 janvier 2002, le Dr D_____ du SMR Léman a relevé qu'il s'agissait plus d'un problème social que médical et a proposé de poser des questions complémentaires à l'expert.

4. Le 11 février 2002, le Dr C_____ a précisé qu'il ne s'agissait pas, de façon catégorique, d'un trouble d'adaptation mais bien d'un épisode dépressif moyen. L'assurée suivait un traitement de Fluctine depuis plusieurs années et de stilnox et symfona depuis plusieurs mois et confirmé les dates des incapacités de travail.

5. Le 22 février 2002, le Dr E_____, médecin conseil de l'OCAI, a relevé qu'on pouvait retenir l'incapacité de travail alléguée et prévoir une révision dans 18 mois.

6. Par décision du 25 avril 2002, l'OCAI a octroyé à l'assurée une rente entière d'invalidité dès le 25 mars 1997 et une demi-rente dès le 1er octobre 2001, ainsi que des rentes complémentaires pour le conjoint et les enfants.

7. Le 8 février 2004, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations AI visant à l'obtention d'une rente.

8. Le 16 février 2004, le Dr F_____, spécialiste en maladies des poumons, a diagnostiqué un état dépressif avec troubles du sommeil associés. Ce dernier n'était pas lié à une pathologie et il a conseillé à l'assurée de s'adresser à un psychiatre.

9. Le 9 juillet 2004, la Dresse A_____ a attesté que l'état de santé de sa patiente continuait à se péjorer progressivement et qu'il étais souhaitable de "réviser la demande AI".

10. Dans un rapport médical intermédiaire du 18 août 2004, la Dresse A_____ a relevé qu'il n'y avait pas de changements dans les diagnostics et que l'asthénie, la dépression et les troubles du sommeil, l'hypotension avec lipothymies et fatigue chronique et "restless legs problable" avaient une influence sur la capacité de travail. L'état dépressif s'était péjoré depuis début 2004. Elle était actuellement suivie par une psychologue, Madame G_____, et prenait des antidépresseurs (fluctine), des tranquillisants et des somnifères.

11. Le 9 décembre 2004, le SMR Léman a proposé de mandater le Dr H_____, psychiatre, pour procéder à une expertise.

12. Ce dernier a rendu un rapport d'expertise le 2 février 2005. Il constate qu'il n'y a, au sens des critères de la CIM-10, pas de véritable état dépressif, aucun diagnostic psychiatrique véritable et souligne que l'expertisée peut en principe reprendre une activité sans restriction sous réserve d'une aide au placement. Il relève : " nous voyons aujourd'hui une personne en expertise qui n'est plus dépressive dans le sens clinique du terme. Ses propres notions quant à cette allégation sont très floues. L'analyse du pneumologue confirme que les troubles du sommeil sont surtout en lien avec l'emploi du temps de l'assurée et qu'il existe un grand nombre d'éléments décrits de son quotidien qui dévoilent plutôt une activité normale, une certaine tonicité et capacité d'action… Les fluctuations d'humeur, la fatigue et d'autres éléments décrits en détail, sont plutôt dans un registre de normalité, éventuellement dans celui de dysthymie ou de neurasthénie, mais pas en lien avec une maladie psychiatrique". On peut donc retenir avec certitude que cette personne ne souffre plus d'un état dépressif dans le sens clinique du terme et que très probablement, cette amélioration très significative a déjà duré un certain temps. Ces constats sont encore accentués avec les différentes manipulations et contradictions que nous avons relevés au cours de l'expertise. Vers la fin, elle a même dû admettre ne plus prendre depuis plusieurs mois les antidépresseurs prescrits. Elle s'est ensuite très habilement adaptée à un changement d'optique et mis son désir de réintégration en avant.

13. Le 21 mars 2005, la Dresse I_____ du SMR Léman a estimé qu'au vu de l'expertise, l'octroi de prestations financières AI l'avait été sur des bases discutables et a proposé d'arrêter à octobre 2004 la date de l'amélioration de l'état de santé, en

se fondant sur l'avis Dr H_____ selon lequel il n'y avait plus d'atteinte à la santé depuis plusieurs mois.

14. Par décision du 4 avril 2005, l'OCAI a supprimé la rente d'invalidité de l'assurée dès le 1er juin 2005.

15. Le 29 avril 2005, l'assurée s'est opposée à cette décision en relevant que sa santé ne lui permettait pas de travailler.

16. Le 9 juin 2005, la Dresse A_____ a écrit ce qui suit : "Je soussignée, certifie suivre à ma consultation la patiente susmentionnée. Celle-ci m'a fait part de votre lettre du 4 avril, complètement désemparée. Je suis surprise de votre décision, vu que lors de ma réponse du 18 août dernier, je faisais état d'une péjoration progressive de l'état de santé de ma patiente, et non d'une amélioration. Ayant enfin trouvé une psychothérapeute efficace, son état devrait s'améliorer petit à petit. Mais pour le moment, elle ne se sent pas apte à se concentrer toute la journée ; elle est encore épuisée au moindre effort. Son état psychique engendre une recrudescence de ses épigastralgies. De ce fait, il serait souhaitable de revoir votre décision du 4 avril 2005, dont le seul effet pour le moment est de péjorer la détresse psychique de ma patiente.

17. Le 24 juin 2005, la Dresse I_____ a relevé que le certificat de la Dresse A_____ n'apportait rien de nouveau.

18. Le 13 juillet 2005, la Dresse M_____, psychiatre, a rendu un rapport médical en précisant qu'elle suivait la patiente depuis le 30 mai 2005, à la demande du médecin traitant. Elle a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec syndrome somatique, sans symptômes psychotique (F33.2), troubles anxieux généralisés (41.1), modification durable de la personnalité après des expériences catastrophiques (F62.0), état de stress post-traumatique chronique (PTSD) (F43.1).

    Elle relève : "N'étant en charge de cette patiente que depuis peu, j'ai mis en place un certain nombres d'investigations, notamment au centre de la mémoire des HUG pour écarter un facteur neurologique organique à l'origine de ses troubles de concentration et de mémoires sévères (bilan en cours). Aucun traitement pharmacologique n'a été instauré dans l'attente des résultats de ce bilan. Une prise en charge psychothérapeutique intensive cependant a été entreprise aussitôt, de type cognitivo-comportementale et psychodynamique". En raison du court délai de suivi, il m'est difficile de me prononcer sur le pronostic à long terme, cependant, **la patiente est aujourd'hui dans l'incapacité totale et durable de reprendre une activité professionnelle. Toute pression ou tout nouveau stress risquerait d'entraîner chez elle une décompensation sévère, soit somatique, soit sous forme de décompensation psychotique ou d'actes suicidaires".**

19. Le 16 août 2005, le SMR Léman a relevé à la suite de l'avis de la Dresse M_____ que "ce rapport est étonnant en considération des deux expertises psychiatriques effectuées chez l'assurée, la dernière quatre mois auparavant par le Dr H_____ qui expose très bien la situation de manière détaillée. L'interprétation du vécu en Syrie, puis en Suisse, est différente de celui de l'expert, les diagnostics de syndrome de stress post-traumatique chronique et de modification durable de la personnalité après des expériences catastrophiques n'ont pas été posé auparavant. Relevons que la patiente a travaillé à 100% en Suisse et en Syrie. L'appréciation de l'état dépressif est également différente : dans ce dernier rapport, les symptômes dépressifs ne sont pas détaillés, il n'y a pas de status psychiatrique, on ne peut donc pas en tenir compte. Relevons que l'assurée n'a pas repris de traitement antidépresseur. Les troubles de mémoire étaient déjà présents lors de la dernière expertise et alors jugés comme non invalidants. La situation est donc inchangée et **nous ne modifions pas notre appréciation.** Il est cependant envisageable que la décision de retrait de rente chez une patiente ne travaillant pas ait pu de façon réactionnelle et transitoire affecter le moral de l'assurée".

20. Le 31 août 2005, l'OCAI a rejeté l'opposition de l'assurée en se fondant sur l'expertise du Dr H_____.

21. Le 15 août 2005, la consultation de la mémoire des HUG a rendu une évaluation suite à l'examen de l'assurée des 2 et 9 août 2005. Selon ce rapport, "l'évaluation neuropsychologique met en évidence des performances catastrophiques sur le plan de la mémoire épisodique, que ce soit en modalité verbale ou non verbale. De manière curieuse, la situation de reconnaissance m'améliore guère les résultats, alors que, dans une autre épreuve, la catégoration sémantique permet une récupération du matériel présenté. L'ampleur des déficits suggérée par les résultats contrastent également avec l'apparente bonne autonomie de la patiente dans sa vie quotidienne. Pour confirmer cette impression d'exagération des troubles, nous avons administré l'Amsterdam Short Memory Test (cf évaluation neuropsychologue). Nous constatons que des performances de votre patiente à cette épreuve ne sont manifestement pas compatibles avec cette hypothèse, et semblent plutôt compatibles avec un trouble de nature dysthymique. Compte tenu par ailleurs des importantes fluctuations notées dans les épreuves, l'étiologie principale à ses difficultés nous semble bien s'inscrire dans le contexte d'un syndrome anxio-dépressif dans lequel se trouve la patiente, et il nous est pas possible à ce stade de nous prononcer quant à l'état réel de son fonctionnement mnésique. Nous vous suggérons donc de procéder à une réévaluation lorsque l'état thymique de la patiente se sera bien amélioré, et nous vous laissons juger, notamment sur la base des résultats de la psychothérapie actuellement suivi par Madame K_____, du moment où ce nouveau bilan vous paraîtra adéquat (mais au minimum une année)".

22. Le 30 septembre 2005, l'assurée a recouru contre cette décision auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales en concluant principalement à son annulation et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1er février 2004.

    Sa rente entière accordée dès 1997 avait été réduite à 50% dès 2002 à sa demande car elle ne supportait pas de rester inactive. Elle avait, vu l'aggravation de son état, requis une révision de rente en 2004. Le rapport de la consultation de la mémoire contredisait l'expertise et confirmait l'avis de la Dresse M_____, notamment en relevant une absence d'exagération des troubles constatés pour les mettre en relation avec un syndrome anxieuxdépressif. Elle était par ailleurs disposée à se soumettre à une nouvelle expertise.

23. Le 3 octobre 2005, la Dresse M_____ a confirmé les diagnostics déjà posés et relevé que le rapport de la Consultation de la Mémoire des HUG du 15 août 2005 renforçait sa position. Elle relève "En effet, il est démontré par des tests spécifiques que cette patiente présente des troubles de mémoire et de concentration catastrophiques compte tenu du niveau intellectuel, troubles qui ne sont en aucun cas secondaires à des troubles simulés, comme le laisse supposer l'expertise psychiatrique du 8 février 2005. Vraisemblablement, il s'agit de troubles secondaires à une dépression massive, mais masquée. En effet, Madame K_____ a la capacité, en raison d'une forte pression narcissique et surtout en raison de sa culture qui, je me permets de le souligner, nous est difficile à appréhender, de dissimuler sa détresse afin de préserver la stabilité de ses enfants et surtout de ne pas être sujette à une quelconque pitié. Malheureusement pour elle, cette attitude, difficile à mettre en évidence ne joue pas en sa faveur dans notre culture occidentale, qui accrédite plutôt les comportements démonstratifs. Actuellement Madame K_____ suit un traitement hebdomadaire de thérapie cognitivo-comportementale et un traitement pharmacologique antidépresseur entrepris depuis peu. Sa capacité de travail actuelle est nulle, et ceci pendant une durée au minimum d'un an. Cependant, il serait souhaitable que Madame K_____ puisse bénéficier d'une aide à la réinsertion professionnelle à un niveau correspondant à sa formation, ainsi que d'une aide sociale visant à la soutenir dans les multiples démarches qu'elle doit affronter seule. Mes observations au sujet du rapport du Dr H_____ vont dans le sens de ce qui vient d'être dit. Ce rapport a été fait avec la plus grande professionnalité et prend en considération l'urgence de l'intégration sociale de la patiente. Il me semble néanmoins que l'expert a pu être abusé par l'attitude très réservée de cette patiente que n'est pas habituel à notre culture et reste très difficile à déjouer même après plusieurs longues consultations. Il n'en reste pas moins que les troubles dépressifs de Madame K_____, avec perte du goût de vivre, malgré une apparence séductrice, sont à prendre au sérieux".

24. Le 14 octobre 2005, l'assurée a complété son recours en se fondant sur l'avis médical précité.

25. Le 3 novembre 2005, l'OFFICE CANTONAL DE L'EMPLOI a déclaré l'assurée inapte au placement en raison de son état de santé.

26. Le 1er novembre 2005, le SMR Léman a relevé que les troubles mnésiques n'étaient qu'un symptôme de la dépression. Il y avait une différence d'appréciation entre l'expert et le psychiatre traitant au sujet du trouble dépressif récurrent, même en tenant compte des troubles mnésiques. Il paraissait approprié de soumettre le rapport des HUG à l'expert.

27. Le 14 novembre 2005, l'OCAI a cconclu au rejet du recours en se basant sur l'expertise et l'avis du SMR Léman du 1er novembre 2005.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales, composé de 5 juges, dont un président et un vice-président, 5 suppléants et 16 juges assesseurs (art. 1 let. r et 56 T LOJ).

   Suite à l'annulation de l'élection des 16 juges assesseurs, par le Tribunal fédéral le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente permettant au Tribunal cantonal des assurances sociales de siéger sans assesseurs à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs.

2. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 LPGA qui sont relatives à la loi sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959.

3. Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

4. La LPGA, en vigueur dès le 1er janvier 2003 est applicable au cas d'espèce dès lors que la décision litigieuse porte sur l'état de santé de la recourante dès 2004 (ATF 127 V 467).

5. Interjeté dans les forme et délai légaux, le recours est recevable (art. 60 LPGA).

6. Selon la jurisprudence et la doctrine, l'autorité administrative ou le juge ne doit considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (Kummer, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4ème édition Berne 1984, p. 136 ; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2ème édition, p. 278 ch. 5). Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou

envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5 let. b 125 V 195 consid. ch. 2 et les références).

En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, a fortiori judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice ou de l'administration afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise (judiciaire) le fait que celle-ci contienne des contradictions, ou qu'une sur expertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références).

En effet, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, 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 oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 K 646 p. 240 consid. 4). En revanche, si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; Kieser, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, p. 212, n° 450; Kölz/Häner, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 2e éd., p. 39, n° 111 et p. 117, n° 320; Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2e éd., p. 274; cf. aussi ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d et l'arrêt cité).

7. En l'espèce, l'expertise ordonnée par l'OCAI conclut à l'absence de diagnostic psychologique et à une capacité de travail entière de la recourante alors que les Dresses A_____ et M_____ attestent toutes deux d'une incapacité totale de travailler de la recourante en diagnostiquant, pour la première un état dépressif, une asthénie, des troubles du sommeil une hypotension avec lipothymies et fatigues chronique et "restless legs probable" et, pour la seconde, un trouble

dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec syndrome somatique, sans symptômes psychotiques (F33.2), troubles anxieux généralisés (41.1), modification durable de la personnalité après des expériences catastrophiques (F62.0), état de stress post-traumatique chronique (PTSD (F43.1). Enfin, la consultation de la mémoire des HUG relève des troubles mnésiques importants s'inscrivant apparemment dans le contexte d'un syndrome anxio-dépressif.

Au vu de ces avis médicaux contradictoires il y a lieu de clarifier les aspects médicaux du cas et d'ordonner en conséquence une instruction complémentaire sous la forme d'une expertise psychiatrique, laquelle sera confiée au Dr Patrick N_____, Médecin adjoint au service de psychiatrie adulte, Département de psychiatrie à Chêne-Bourg.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

(conformément à la disposition transitoire de l'art. 162 LOJ)

A la forme :

1. Déclare le recours recevable ;

Au fond :

2. Ordonne une expertise médicale. La confie au Dr N_____. Dit que la mission d'expertise sera la suivante :

   a) Prendre connaissance du dossier de la cause.

   b) Si nécessaire prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité Madame K_____.

   c) Examiner Madame K_____

   d) Etablir un rapport détaillé et répondre aux questions suivantes :

   e) Quelle est l'anamnèse détaillée du cas ?

   f) Quelle est l'atteinte à la santé dont souffre Madame K_____ d'un point de vue psychiatrique ?

   g) En cas de trouble psychique, quel est le degré de gravité de celui-ci (faible, moyen, grave) ? Depuis quelle date est-il présent chez Madame K_____ ? Quel traitement est-il indiqué ? Madame K_____ suit-elle un traitement adéquat ? Y a-t-il une amélioration possible à court/moyen terme ?

   h) Ce trouble psychique a-t-il valeur de maladie ?

   i) Y-a-t-il une amélioration de l'état de santé de Madame K_____ depuis avril 2002 et en particulier depuis octobre 2004?

   j) Compte tenu de votre diagnostic, Madame K_____ peut-elle exercer une activité lucrative ? Si oui, laquelle ? A quel taux ? Depuis quelle date ? Quel est votre pronostic quant à l'exigibilité de la reprise d'une activité lucrative ?

k) Au vu du dossier, votre réponse aux questions susmentionnées est-elle identique à la date de la décision rendue par l'Office cantonale de l'assurance-invalidité, soit le 31 août 2005 ? Si non, pourquoi et quelles sont les réponses qui varient ? Si oui, pourquoi ?

l) Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ?

m) Faire toutes autres observations ou suggestions utiles.

3. Réserve le sort des frais jusqu'à droit jugé au fond.

4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 10 jours dès sa notification par pli recommandé adressé au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE, en trois exemplaires. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire doit : a) indiquer exactement quelle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée; b) exposer pour quels motifs il estime pouvoir demander cette autre décision; c) porter sa signature ou celle de son représentant. Si le mémoire ne contient pas les trois éléments énumérés sous lettres a) b) et c) ci-dessus, le Tribunal fédéral des assurances ne pourra pas entrer en matière sur le recours qu'il devra déclarer irrecevable. Le mémoire de recours mentionnera encore les moyens de preuve, qui seront joints, ainsi que la décision attaquée et l'enveloppe dans laquelle elle a été expédiée au recourant (art. 132, 106 et 108 OJ).

La greffière :	La présidente :
Nancy BISIN	Valérie MONTANI

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le