

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3703/2008

ATAS/527/2009

ORDONNANCE D'EXPERTISE

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

du 12 mai 2009

Chambre 5

En la cause

Madame T _____, domiciliée à GENEVE

recourante

contre

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

intimé

Siégeant : Maya CRAMER, Présidente.

EN FAIT

1. Madame T _____, née en 1958, travaillait en dernier lieu en tant que vendeuse et réceptionniste. Depuis 1997, elle est au chômage, à l'exception d'une période de juin 1999 à juin 2000, période pendant laquelle elle a exercé un emploi temporaire. Depuis 1999, elle dépend de l'aide sociale.
2. Du 19 au 20 juin 1995, elle séjourne au Service de psychiatrie de l'Hôpital cantonal, en raison d'un état dépressif. Selon le rapport du 3 juillet 1995 du Dr A _____ relatif à ce séjour, elle vit avec un homme de 20 ans son aîné et prenait un traitement antidépresseur, interrompu unilatéralement il y a un mois. Le 19 juin 1995, elle fait un tentamen d'alcool et de Lexotanil qui motive l'hospitalisation. A l'entrée, elle est alcoolisée, sans projet suicidaire. Le lendemain, sa thymie est sans idéation suicidaire et elle banalise le tentamen de la veille. Confrontée à la nécessité de se faire soigner, la patiente accepte un suivi au Centre des thérapies brèves (CTB) aux Eaux-Vives.
3. Du 1^{er} au 3 mars 2000, l'intéressée est de nouveau hospitalisée au Département de psychiatrie des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), en raison d'un abus médicamenteux à visée suicidaire. Dans l'anamnèse, il est relevé qu'elle est née d'un viol et qu'elle souffre de dépression de longue date, mais n'a jamais voulu consulter un psychiatre, craignant se trouver face à quelqu'un de mutique. Suite à une dispute avec son ami, elle avale des comprimés de Lexotanil dans le but de mourir. Les médecins constatent qu'elle est anosognosique de son geste et de sa situation dépressive, qu'elle est bien orientée dans l'espace et dans le temps, qu'il y a un discret trouble de la vigilance et une présence de signes d'intoxication (sommolence, myosis et troubles délirants à thème persécutoire). Elle est encouragée à consulter un spécialiste.
4. Du 15 au 19 septembre 2003, l'intéressée séjourne à l'Unité d'alcoologie du Département de médecine communautaire des HUG, dans le cadre d'un sevrage pour la prise en charge de ses problèmes d'alcool. Selon le rapport du 17 octobre 2003 des Drs B _____ et C _____, elle présente des problèmes de dépendance à l'alcool, au THC, une hyperlipidémie traitée et un état dépressif récurrent. Elle vit dans une situation précaire et dépend de l'aide de l'Hospice générale. Dans l'anamnèse, il est notamment précisé qu'elle a travaillé en tant que prostituée. Elle s'est mariée, puis a divorcé sans avoir eu d'enfant. Petit à petit, elle sort du milieu de la prostitution et exerce différents métiers (barmaid dans les cabarets, agence de publicité). Dans le cadre d'une occupation temporaire, elle est placée à la Protection de la jeunesse. Elle déclare ne pas avoir consommé d'alcool

avant 30 ans, mais l'utiliser comme médicament depuis trois semaines, en association avec du Seropram. Elle fume du cannabis quotidiennement depuis une quinzaine d'années et a des antécédents de consommation de cocaïne. Elle voit sa problématique alcoolique comme étant liée à sa consommation d'antidépresseurs qu'elle prend depuis deux mois. Le sevrage d'alcool s'est déroulé sans complication. Le séjour s'est interrompu au 4^{ème} jour, la patiente ne parvenant pas à s'identifier aux autres pensionnaires.

5. Par demande reçue le 3 septembre 2004, l'intéressée requiert des prestations de l'assurance-invalidité, en vue de l'obtention d'une rente.
6. Selon le rapport du 19 octobre 2004 du Dr D_____, l'assurée souffre d'un état anxio-dépressif et de discopathies C5-C6. A titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, il mentionne une hyperlipidémie traitée, une dépendance à l'alcool et une dépendance au THC. Sa capacité de travail est nulle depuis le 20 mai 2003. L'état est stationnaire. La capacité de travail peut être améliorée par des mesures médicales et des mesures professionnelles sont indiquées. Le Dr D_____ suit la patiente depuis mai 2003 pour un état dépressif. Il mentionne en outre que plusieurs tentatives de traitement par des psychiatres se sont révélées négatives, la patiente n'ayant pas adhéré aux différents traitements. Elle se plaint essentiellement de troubles de la concentration et du sommeil. L'état dépressif est toujours présent. En ce qui concerne la dépendance à l'alcool, elle dit faire plutôt des alcoolisations aiguës qu'une alcoolisation chronique. Le Dr D_____ pense qu'elle a une capacité de travail rémanente, laquelle est toutefois difficile à quantifier. Il estime par ailleurs qu'un examen médical complémentaire auprès d'un spécialiste est nécessaire, afin d'évaluer la capacité de travail sur le plan psychique.
7. Le 15 janvier 2007, le Dr D_____ atteste que l'état est resté stationnaire et que la capacité de travail est toujours nulle, et ceci dans n'importe quelle activité.
8. Le 2 mai 2007, l'assurée est examinée par le Dr E_____ du SMR. Dans son rapport du 11 février 2008, ce médecin relève qu'elle a interrompu sa scolarité à l'âge de 14 ans, puis commencé une formation de couturière, arrêtée après trois ans sans diplôme. Elle a ensuite travaillé quelques années dans la prostitution, puis comme vendeuse de vêtements dans différentes boutiques, en alternance avec des engagements comme barmaid. Quelques années plus tard, elle a travaillé comme réceptionniste pendant cinq mois à 100%. Elle perd cet emploi en raison de la faillite de l'entreprise. Dans le cadre d'un programme du chômage, elle a travaillé ensuite comme téléphoniste pour l'Etat de Genève pendant une année. Depuis, elle

n'a plus repris une activité professionnelle et dépend de l'aide sociale. En 1976, elle fait une première tentative de suicide avec intoxication volontaire au valium suivie d'une première hospitalisation psychiatrique à Paris, pendant une semaine. Peu après, l'assurée dit avoir fait une deuxième tentative de suicide, en se blessant l'avant-bras, suivie d'une hospitalisation psychiatrique à Paris. En 1982, elle arrive en Suisse et commence un travail de danseuse dans un cabaret. Malgré ses hospitalisations en 1995 et 2000, elle n'a pas bénéficié d'un suivi psychiatrique régulier et elle dit avoir interrompu tout traitement psychiatrique après la première consultation. Elle a cependant pris maintenant rendez-vous chez le Dr F_____ . L'assurée dit également avoir souffert d'une anorexie à partir de l'âge de 16 ans jusqu'à l'âge de 26 ans. En 1990, elle se marie et divorce deux ans plus tard. Entre 1992 et 2002, elle a une relation avec un homme qui l'aurait humiliée et dévalorisée. Depuis cinq ans, elle vit seule. Elle débute sa consommation d'alcool à l'âge de 25 ans, surtout sous forme de champagne. Puis elle commence à boire de la bière et du vin à outrance lors des conflits avec son entourage. Aujourd'hui elle dit avoir cessé toute consommation d'alcool à outrance et estime sa consommation actuelle d'un à deux verres de vin toutes les quatre semaines. Depuis l'âge de 25 ans, elle consomme du THC sous forme de joints, essentiellement le week-end. Depuis cinq mois, elle a arrêté toute consommation de cette substance. Elle a également consommé occasionnellement de la cocaïne entre l'âge de 25 et 38 ans. Dans ses plaintes elle déclare souffrir d'une humeur déprimée avec fatigabilité et manque d'intérêt, ainsi que de douleurs dans plusieurs parties du corps. Son appétit est diminué et son sommeil perturbé depuis plusieurs années. Dans sa vie quotidienne, elle arrive à faire les tâches ménagères, à préparer des repas (irrégulièrement) et à faire ses courses. Elle décrit une bonne relation avec une amie de 72 ans qu'elle voit régulièrement, et participe depuis quelques semaines à un travail de bénévole chez CARITAS à raison de trois heures toutes les deux semaines, où elle aide à vendre des vêtements. Sa présentation est correcte et le Dr E_____ n'objective pas de troubles importants de la mémoire, de la concentration ou de l'attention, ni de ralentissement psychomoteur. Il note non plus une fatigue importante ni un manque d'énergie. L'assurée est déprimée avec des pleurs face à l'évocation de la situation sociale actuelle. Elle présente quelques traits anxieux discrets, lorsqu'elle est confrontée à son bilan existentiel. Le Dr E_____ n'a pas objectivé d'éléments en faveur d'un diagnostic de syndrome somatoforme persistant. Ses diagnostics sans répercussion sur celle-ci sont les suivants: personnalité émotionnellement labile, type borderline non décompensée, dysthymie, troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, utilisation épisodique, troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis et de cocaïne, actuellement abstinente, et

troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de sédatifs et d'hypnotiques, utilisation continue. Dans l'appréciation du cas, le Dr E_____ précise que l'examen clinique psychiatrique n'a pas montré une dépression majeure, une décompensation psychotique, une anxiété généralisée, des troubles phobiques, des troubles paniques, un syndrome douloureux somatoforme persistant ou une perturbation de l'environnement psychosocial. Il relève que l'assurée est capable de faire face aux exigences élémentaires de la vie quotidienne. Sa dysthymie s'inscrit dans le contexte d'une personnalité émotionnellement labile de type borderline. Ce trouble ne l'a cependant pas empêchée de quitter le milieu de la prostitution, de s'installer en Suisse et de se marier, ainsi que de s'engager dans d'autres relations stables d'une durée de plusieurs années. Ce trouble ne l'empêche pas non plus de reprendre son activité habituelle comme réceptionniste ou téléphoniste. Ainsi, le Dr E_____ estime la capacité de travail à 100% dans l'activité exercée précédemment.

9. Par projet de décision du 17 mars 2008, l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après: OCAI) informe l'assurée qu'il a l'intention de lui refuser le droit aux prestations d'invalidité.
10. Par lettre non datée, reçue le 16 avril 2008, l'assurée s'oppose à ce projet. Elle fait valoir qu'elle se trouve depuis de nombreuses années dans l'incapacité de déployer une activité professionnelle, en raison d'un état de santé précaire, lequel a engendré un manque de confiance. Le Dr F_____ qu'elle consulte depuis six mois pourrait le confirmer.
11. Le 30 avril 2008, l'assurée est entendue par l'OCAI. Elle allègue notamment souffrir de troubles de panique et qu'elle ne sort pas de chez elle. Ce n'est qu'à un prix d'un énorme effort qu'elle se présente à l'audition. Le collaborateur de l'OCAI lui conseille d'envoyer au plus vite un rapport détaillé de son psychiatre.
12. Par décision du 18 septembre 2008, l'OCAI confirme son projet de décision précité.
13. Par courrier du 14 octobre 2008, l'assurée recourt contre cette décision, en concluant implicitement à son annulation et à l'octroi d'une rente. Elle fait valoir qu'elle est atteinte d'un trouble psychique, pour lequel elle est en traitement depuis plusieurs mois chez le Dr F_____. Elle présente également divers troubles somatiques pour lesquels elle est suivie par le Dr D_____. Ces médecins feront parvenir prochainement un rapport écrit au Tribunal de céans.
14. Dans sa détermination du 14 janvier 2009, l'intimé conclut au rejet du recours, en se référant à l'examen psychiatrique effectué par le Dr E_____ et en relevant

que la recourante n'a transmis à ce jour aucun document médical à l'appui de ses dires.

15. Le 28 mars 2009, le Dr F_____ répond aux questions posées par le Tribunal de céans. Il pose les diagnostics de trouble de l'humeur persistant sous forme d'une dysthymie dépressive, de troubles d'anxiété généralisée, de phobie sociale sévère, de trouble de la personnalité de type borderline, de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation épisodique d'alcool et à l'utilisation continue des tranquillisants et hypnotiques. La patiente présente une pathologie psychiatrique lourde depuis l'enfance, sans traitement spécialisé jusqu'en 2008. A titre de limitations psychiques principales, il mentionne une tolérance très basse à l'anxiété et au stress, des accès dépressifs sévères, environ 2-4 jours par quinzaine avec effondrement dépressif, isolement social massif, excès alimentaire et prise de poids, consommation d'alcool et hypersomnie. L'instabilité affective avec des déficits du contrôle de son impulsivité et passage à l'acte auto-agressif constitue également une limitation. Sa capacité de travail est nulle, de l'avis du Dr F_____. Elle suit une psychothérapie à raison d'une heure par semaine avec appui psychotrope (antidépresseurs, anxiolytiques et somnifères) et la compliance est bonne.
16. Par courrier du 3 avril 2009, le Tribunal de céans informe les parties qu'il a l'intention de mettre en œuvre une expertise psychiatrique et de la confier au Dr H_____. Il leur communique également la liste des questions à poser à l'expert.
17. Dans son avis médical du 30 avril 2009, la Dresse I_____ du SMR déclare notamment n'avoir pas de motif de récusation à l'encontre de l'expert pressenti.
18. Par écritures du 4 mai 2009, l'intimé fait siennes les conclusions de l'avis médical du SMR précité.

EN DROIT

1. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 43 LPGa), 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; ATFA non publié du 19 mars 2004, I 751/03 consid. 3.3, RAMA 1985 K 646 p. 240 consid. 4).

2. En l'espèce, la recourante a fait l'objet d'un examen psychiatrique par le Dr E_____ au SMR. Selon ce médecin, elle ne présente aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail. Il admet toutefois qu'elle souffre d'atteintes psychiatriques sous forme d'une personnalité émotionnellement labile, non décompensée, d'une dysthymie, de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de l'alcool, utilisation épisodique, à l'utilisation de dérivés du cannabis et de cocaïne, actuellement abstinente, et à l'utilisation de sédatifs et d'hypnotiques, utilisation continue.

Cette appréciation est en totale contradiction à celle du médecin traitant, le Dr F_____. Celui-ci rejoint certes le Dr E_____ en ce qui concerne les diagnostics posés. Cependant, il estime que ces atteintes provoquent une incapacité de travail totale, en raison d'une tolérance très basse à l'anxiété et au stress, des accès dépressifs sévères et du déficit du contrôle de son impulsivité, ainsi que des passages à l'acte auto-agressif.

En présence de deux rapports médicaux diamétralement opposés en ce qui concerne l'appréciation de la répercussion des atteintes retenues sur la capacité de travail, il s'avère nécessaire de faire évaluer l'état psychique de la recourante par une expertise judiciaire.

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

Statuant préparatoirement

- A. Ordonne une expertise judiciaire médicale.
- B. La confie au Dr H_____.
- C. Dit que la mission de ce médecin sera la suivante :
- Prendre connaissance du dossier médical de Mme T_____.
 - 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. Quels diagnostics posez-vous dans une classification internationale reconnue ?
 2. Les éventuelles dépendances diagnostiquées résultent-elles d'une atteinte psychique ayant valeur de maladie?
 3. Quelles sont les limitations psychiques de Mme T_____ dans l'exercice d'une activité lucrative?
 4. Quelle est sa capacité de travail ?
 5. Depuis quand sa capacité de travail est-elle diminuée et comment a-t-elle évolué depuis lors ?
 6. Comment vous déterminez-vous sur le rapport d'examen du 11 février 2008 du Dr E_____ du SMR ? Si vous ne deviez pas partager ses conclusions, sur quels éléments médicaux vous appuyez-vous ?

7. Le traitement est-il adéquat ? Dans la négative, comment pourrait-on l'améliorer ?
 8. Quel est votre pronostic ?
 9. Quelles autres observations avez-vous éventuellement à ajouter ?
- D. Invite le Dr H_____ à déposer le plus rapidement possible un rapport en trois exemplaires au Tribunal de céans.
- E. Réserve le fond.

La greffière

La Présidente

Claire CHAVANNES

Maya CRAMER

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