

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3779/2009

ATAS/262/2010

**ORDONNANCE D'EXPERTISE**  
**DU TRIBUNAL CANTONAL DES**  
**ASSURANCES SOCIALES**

**du 17 mars 2010**

**Chambre 5**

En la cause

Madame S\_\_\_\_\_, domiciliée à COINTRIN

recourante

contre

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

intimé

---

**Siégeant : Maya CRAMER, Présidente.**

---

### **EN FAIT**

1. Madame S \_\_\_\_\_, née en 1961, est mariée et mère de deux enfants nés en 1983 et 1986. Elle est sans formation professionnelle. Elle a travaillé en tant que caissière, vendeuse et nettoyeuse, en dernier lieu à un taux de 50%.
2. Depuis le 1<sup>er</sup> février 2007, une incapacité de travail totale est attestée.
3. Par demande déposée le 17 décembre 2007, l'intéressée demande des prestations de l'assurance-invalidité en vue de l'obtention d'une rente.
4. Selon le rapport médical du 26 décembre 2007 du Dr A \_\_\_\_\_, elle souffre d'un trouble dépressif récurrent, d'agoraphobie, de claustrophobie et de crises de panique à répétition depuis 1993. Son état est stationnaire. Elle est en traitement chez ce médecin depuis le 19 décembre 2006. Le 1<sup>er</sup> février 2007, suite à un conflit à son travail et dans son couple, elle a développé un état dépressif grave avec crises de panique. Elle a été hospitalisée à la Clinique de Montana du 7 au 27 mars 2007. Puis, elle a été prise en charge par le Dr B \_\_\_\_\_, psychiatre. Elle a ensuite changé de psychiatre et est suivie actuellement par le Dr C \_\_\_\_\_. Dans l'annexe à son rapport médical, le Dr A \_\_\_\_\_ indique qu'aucune activité professionnelle ne peut être exigée.
5. Dans son rapport du 28 janvier 2008, le Dr C \_\_\_\_\_ atteste une incapacité de travail totale du 2 octobre 2006 au 14 janvier 2008 et de 50 % dès le 15 janvier 2008 pour une durée indéterminée. Il pose les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, d'agoraphobie avec trouble de panique et de lombalgies chroniques. L'état s'améliore. La patiente est en traitement chez lui depuis le 9 novembre 2007. Dans les plaintes subjectives, il note des difficultés à sortir de chez elle et des crises d'angoisse. L'assurée suit un traitement antidépresseur. Dans l'anamnèse, le Dr C \_\_\_\_\_ relève des troubles psychiques depuis de nombreuses années avec un suivi au Centre de thérapies brèves (CTB) en 1993 pour un trouble panique moyen avec agoraphobie sévère. La patiente souffre également de troubles dépressifs à répétition. A cela s'ajoutent des épisodes de lithiase rénale et de lombalgies chroniques. Dans les constatations objectives, le Dr C \_\_\_\_\_ mentionne que la patiente est un peu ralentie et fatiguée, démotivée et découragée. Elle présente des idées de dévalorisation et d'irritabilité, des idées de mort, des crises d'angoisse avec tremblements des jambes, une fatigue intense aux bras, la gorge serrée et une sensation de mort, à une fréquence maximale de trois à quatre fois par semaine et une fréquence minimale d'une à deux fois par semaine. Cette pathologie arrive très fréquemment en-dehors du domicile, lorsqu'elle se

trouve dans une foule (magasins et transports publics), ce qui l'incite à rester de plus en plus à la maison. Elle a également peur des parkings et des espaces clos. La situation actuelle est très fragile, de sorte qu'il est difficile de faire un pronostic. Il est plutôt mauvais. Dans l'annexe à son rapport médical, le Dr C\_\_\_\_\_ déclare que l'activité actuelle est encore exigible à raison de quatre heures par jour, ainsi qu'une autre activité adaptée, à savoir pas trop stressante et avec un accueil bienveillant.

6. Le 26 août 2008, l'assurée est examinée par le Service médical régional AI pour la Suisse romande (ci-après : SMR). Dans le rapport du 12 septembre 2008, les Drs D\_\_\_\_\_, rhumatologue, et E\_\_\_\_\_, psychiatre, posent le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail d'épisode dépressif réactionnel moyen. A titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, ils mentionnent des lombalgies communes intermittentes, une préobésité et une dysthymie. Il n'y a aucune limitation fonctionnelle sur le plan psychiatrique ni sur le plan somatique. Selon ces médecins, l'assurée était en incapacité de travail à 100 % dès le 1<sup>er</sup> février 2007. Dès l'automne 2007, son état de santé s'est lentement amélioré et il y a une rémission du tableau dépressif dès janvier 2008. A partir de cette date, elle présente une capacité de travail de 100 % dans l'activité habituelle, ainsi que toute autre activité adaptée. Il ressort de l'anamnèse qu'elle a été licenciée pour des raisons économiques pour le 31 janvier 2007 par son dernier employeur et qu'elle a développé un épisode dépressif réactionnel suite à cet événement. Par ailleurs, elle était déjà en arrêt de travail prolongé depuis le 2 octobre 2006 à un taux variable entre 50 et 100 % en raison d'un trouble dépressif récurrent et d'une agoraphobie avec trouble panique. Elle n'a jamais été en incapacité de travail en relation avec les lombalgies. Elle est par ailleurs capable de faire seule son ménage, hormis les courses qui sont faites par son mari. Elle ne prend aucun traitement antalgique ou anti-inflammatoire, à l'exception d'un gel anti-inflammatoire par intermittence. A l'examen clinique, l'assurée n'a pas de comportement algique, fait les transferts sans difficultés et n'applique pas de mesures ergonomiques du rachis. Sur le plan psychiatrique, la sévérité de la dépression chronique de l'humeur est insuffisante pour justifier le diagnostic de trouble dépressif récurrent léger. La dépression chronique est par ailleurs fluctuante. Ainsi, à raison de 50 % du temps, l'assurée se sent bien, sort, parle, va danser, fait son ménage et sa cuisine. L'autre moitié du temps, elle ne trouve plaisir à rien, et se sent trop mère poule. L'intensité et la fluctuation du tableau évoque le diagnostic de dysthymie, qui est caractérisé par le fait que les personnes présentent habituellement des périodes de quelques jours à quelques semaines pendant lesquelles elles se sentent bien, mais se sentent fatiguées et déprimées la plupart du temps, où tout leur coûte et rien n'est agréable. Elles ruminent et se plaignent, dorment mal et perdent confiance en elles-mêmes

mais restent néanmoins capables de faire face aux exigences élémentaires de la vie quotidienne.

7. Par projet de décision du 28 octobre 2008, l'Office cantonal de l'assurance-invalidité, aujourd'hui Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après: OAI), fait savoir à l'assurée qu'il a l'intention de lui octroyer une rente d'invalidité entière limitée dans le temps d'octobre 2007 à avril 2008. Ce faisant, il constate que sa capacité de travail était considérablement restreinte depuis le 2 octobre 2006 et qu'elle s'est améliorée en janvier 2008. Par ailleurs, il relève qu'elle travaillait à 50 % et qu'elle s'est consacrée pour le reste du temps aux travaux habituels de son ménage.
8. Par courrier du 19 novembre 2008, le Dr C\_\_\_\_\_ informe l'OCAI que l'état de sa patiente s'est aggravé en septembre 2008 et qu'elle a été hospitalisée au département psychiatrique des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG). Il demande dès lors de revoir le dossier et de prendre une nouvelle décision en rapport avec la situation clinique actuelle.
9. Le Dr C\_\_\_\_\_ annexe à son courrier le résumé de séjour du 29 septembre 2008 du service d'addictologie du département de psychiatrie des HUG. Il ressort de celui-ci que l'assurée a été hospitalisée du 3 au 26 septembre 2009 en raison de troubles mentaux et de comportement en rapport avec l'alcool et un syndrome de dépendance. Dans ce rapport est par ailleurs mentionné que l'assurée présente également des troubles mentaux ou de comportement en rapport avec des sédatifs ou hypnotiques, utilisation continue, un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptôme psychotique, une agoraphobie avec trouble panique et un status post-crise d'épilepsie sur sevrage d'alcool. La patiente décrit des crises d'angoisse régulières, environ deux à trois fois par semaine, ainsi que des attaques de panique. Dès lors que les médicaments ne faisaient plus d'effet, elle a essayé de calmer l'anxiété avec de l'alcool depuis six mois. Elle est en conflit avec son mari à cause de ces consommations. Le sevrage d'alcool s'est déroulé sans complication, sans signe de sevrage. La patiente a principalement pu identifier comme facteur déclenchant ses consommations d'alcool les crises d'angoisse et les difficultés d'endormissement, ainsi que la solitude. Les médecins des HUG changent le traitement antidépresseur, ce qui permet une légère amélioration de la thymie.
10. Dans son avis médical du 8 décembre 2008, le Dr F\_\_\_\_\_ du SMR déclare que, selon la description clinique lors de l'hospitalisation, il ne peut s'agir d'un trouble dépressif sévère et que l'alcoolémie était modérée. L'hospitalisation ayant été

motivée par une demande de sevrage, cet événement ne modifie pas l'évaluation du SMR.

11. Par décision du 8 juillet 2009, l'OAI confirme son projet de décision.
12. Par courrier du 4 septembre 2009, l'assurée demande la motivation de cette décision, tout en relevant qu'elle n'a pas reçu le projet de décision. Elle relève par ailleurs que son médecin traitant et son assistante sociale ne comprennent pas les motifs ayant fondé l'octroi d'une rente d'invalidité limitée dans le temps.
13. Par courrier recommandé du 9 septembre 2009, l'OAI envoie à l'assurée la motivation de sa décision, tout en relevant qu'un nouveau délai de 30 jours commence à courir à partir de la date de la réception de cette motivation, pour recourir contre sa décision.
14. Par courrier du 25 septembre 2009 à l'OAI, l'assurée conteste la durée limitée de la rente octroyée. Elle fait valoir que l'importance de la durée de ses atteintes à la santé a été sous-estimée et demande dès lors à l'OAI de reprendre l'examen de son dossier et de compléter son instruction. L'OAI transmet ce courrier le 19 octobre 2009 au Tribunal de céans comme objet de sa compétence. Celui-ci l'enregistre en tant que recours.
15. Par courrier du 30 octobre 2009, l'assurée fait part à l'intimé de son étonnement qu'il ait transmis son courrier du 25 septembre 2009 au Tribunal de céans, alors qu'elle demandait la reprise de l'instruction de son dossier. Elle estime par ailleurs que l'absence de décision de l'intimé dans le cadre de sa demande du 25 septembre 2009 constitue un déni de justice.
16. Par courrier du 11 novembre 2009, l'intimé conclut au rejet des recours, tout en se référant à sa décision du 8 juillet 2009, en ce qui concerne les motifs. Il estime par ailleurs qu'il n'y a aucun motif de révision et ni dès lors un déni de justice.
17. A la demande du Tribunal de céans, le Dr C\_\_\_\_\_ le renseigne le 8 décembre 2009 que, au moment de son rapport du 28 janvier 2008, il n'avait suivi la recourante que pendant deux mois et demi, suivi interrompu de plusieurs semaines de vacances à Noël. La patiente a une certaine tendance à se renfermer sur elle-même et ne lui avait pas parlé, jusqu'à fin janvier 2008, d'un problème psychique important, à savoir sa dépendance à l'alcool. Il a constaté cette pathologie progressivement et noté les interférences négatives avec les autres pathologies. En septembre 2008, la situation clinique s'aggrave d'une manière importante et la patiente est hospitalisée au département psychiatrique des HUG. Une incapacité de

travail de 100 % est attestée à partir du 3 septembre 2008. La patiente est hospitalisée une deuxième fois du 13 au 26 février 2009. Par ailleurs, depuis l'aggravation de son état, celui-ci ne s'est pas amélioré à ce jour. En janvier 2008, la capacité de travail dans le ménage de la patiente était de 50 %. Ses limitations étaient un ralentissement psychomoteur, une fatigue et une irritabilité. L'état de santé s'est fortement aggravé depuis janvier 2008 avec des périodes d'alcoolisation importante, une thymie davantage abaissée et une tendance à rester chez elle de plus en plus accentuée. Parfois, elle sortait de chez elle et ne revenait pas à la maison à cause de son alcoolémie, ce qui a engendré des conflits de couple importants. La désorganisation psychique est très accentuée et nécessite des hospitalisations. L'aggravation se maintient, même s'il y a des périodes de sevrage d'alcool plus ou moins longues. Sa capacité de travail était alors nulle dans une activité lucrative et de 0 à 20 % dans le ménage, selon les périodes. Elle devait être aidée par son mari et sa famille.

18. Le Dr C\_\_\_\_\_ joint à son rapport celui du 17 mars 2009 du service d'addictologie du département de psychiatrie des HUG. Les médecins de celui-ci reprennent pour l'essentiel les diagnostics de leur précédent rapport et ajoutent un syndrome post-épilepsie sous sevrage d'alcool. Après sa première hospitalisation, la patiente est restée abstinente jusqu'en décembre avant de rechuter lors des vacances au Portugal, dans le contexte d'un conflit conjugal. Elle dit prendre une bière par jour, mais comme elle ne souhaite pas retomber dans des consommations excessives, elle a préféré demander son hospitalisation. Le sevrage d'alcool s'est déroulé sans complication et la patiente a identifié comme facteur de rechute la solitude et le conflit conjugal. Elle a manifesté le désir de se séparer momentanément de son mari et a le projet d'avoir des activités journalières, afin de sortir de chez elle. Pour ce faire, elle a pris contact avec le Centre d'action sociale et de santé de Meyrin.
19. Selon l'avis non daté de la Dresse G\_\_\_\_\_ du SMR, il est tout à fait probable que la consommation d'alcool abusive ait péjoré le trouble clinique, qui était en rémission lors de l'examen du 28 août 2008 par le SMR. Il n'y a dès lors pas d'aggravation durable de l'état de santé selon ce médecin ni une atteinte à la santé psychique, l'alcoolisme étant primaire et à ce titre pas reconnu comme cause d'une incapacité de travail durable. Cela étant, la Dresse G\_\_\_\_\_ maintient l'appréciation précédente de la capacité de travail du SMR.
20. Dans sa détermination du 6 janvier 2010, l'intimé persiste dans ses conclusions en faisant sien l'avis du SMR précité.

21. Le 11 janvier 2010, la recourante maintient ses conclusions, en se fondant sur le rapport du 8 décembre 2009 du Dr C\_\_\_\_\_, ainsi que ceux relatifs à ses hospitalisations en septembre 2008 et février 2009.
22. Par courrier du 2 février 2010, le Tribunal de céans informe les parties qu'il a l'intention de mettre en œuvre une expertise judiciaire et de la confier au Dr H\_\_\_\_\_, psychiatre au département de psychiatrie des HUG. Il leur communique également la liste des questions.
23. Dans son avis médical du 25 février 2010, la Dresse G\_\_\_\_\_ déclare ne pas avoir de motif de récusation contre le Dr H\_\_\_\_\_, tout en relevant que ce médecin n'est pas spécialiste en matière d'addiction, mais plutôt formé en psychiatrie-psychothérapie de la personne âgée. La Dresse G\_\_\_\_\_ n'a par ailleurs pas d'autres questions à poser au médecin, mais souhaite que le Tribunal de céans lui soumette les différents arrêts du Tribunal fédéral concernant la distinction entre toxicomanie primaire et toxicomanie secondaire, au sens médico-juridique de l'assurance-invalidité.
24. Par courrier non daté, mais reçu le 26 février 2010, la recourante exprime son accord avec la mise en œuvre de l'expertise médicale judiciaire.

### 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. a) En l'occurrence, les médecins du SMR ont considéré, en août 2008, que la recourante présentait une capacité de travail complète depuis janvier 2008. Toutefois, le Dr C\_\_\_\_\_ a à ce moment évalué la capacité de travail à 50 %, tout en indiquant que la situation était très fragile et qu'il lui était très difficile de faire un pronostic d'amélioration clinique, compte tenu de la durée des troubles psychiques. Il y a par ailleurs également une divergence quant au diagnostic. En

effet, selon le Dr C\_\_\_\_\_, la recourante souffre d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen en janvier 2008, alors que le SMR n'a diagnostiqué qu'un épisode dépressif réactionnel moyen, avec répercussion sur la capacité de travail, et une dysthymie, sans répercussion sur cette capacité.

Par ailleurs, il s'est avéré par la suite que l'état de santé de la recourante s'est aggravé, puisqu'elle a dû être hospitalisée en septembre 2008. Les médecins du service d'addictologie du département psychiatrique des HUG ont à cette occasion posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptôme psychotique, et d'agoraphobie avec trouble panique.

b) Il est vrai que l'hospitalisation était motivée par un sevrage d'alcool et que, à teneur de la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, une dépendance comme l'alcoolisme, la pharmacodépendance ou la toxicomanie ne constitue pas en soi une invalidité au sens de la loi. En revanche, elle joue un rôle dans l'assurance-invalidité lorsqu'elle a provoqué une atteinte à la santé physique ou mentale qui nuit à la capacité de gain de l'assuré, ou si elle résulte elle-même d'une atteinte à la santé physique ou mentale qui a valeur de maladie (ATF 99 V 28 consid. 2 ; VSI 2002 p. 32 consid. 2a, 1996 p. 319 consid. 2a). Notre Haute Cour a à cet égard précisé que la situation de fait doit faire l'objet d'une appréciation globale incluant aussi bien les causes que les conséquences de la dépendance, ce qui implique de tenir compte d'une éventuelle interaction entre dépendance et comorbidité psychiatrique. Pour que soit admise une invalidité du chef d'un comportement addictif, il est nécessaire que la comorbidité psychiatrique à l'origine de cette dépendance présente un degré de gravité et d'acuité suffisant pour justifier, en soi, une diminution de la capacité de travail et de gain, qu'elle soit de nature à entraîner l'émergence d'une telle dépendance et qu'elle contribue pour le moins dans des proportions considérables à cette dépendance. Si la comorbidité ne constitue qu'une cause secondaire à la dépendance, celle-ci ne saurait être admise comme étant la conséquence d'une atteinte à la santé psychique. S'il existe au contraire un lien de causalité entre l'atteinte malade à la santé psychique et la dépendance, la mesure de ce qui est exigible doit alors être déterminée en tenant compte de l'ensemble des limitations liées à la maladie psychique et à la dépendance (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_395/2007, consid. 2.2).

Le Tribunal fédéral a aussi exposé qu'en matière de dépendance à l'alcool, la science médicale distingue les troubles psychiatriques induits (secondaires à la prise d'alcool) des troubles psychiatriques indépendants (associés à la consommation d'alcool). La démarche diagnostique est délicate, dans la mesure où les effets d'une consommation abusive d'alcool affectent inévitablement le tableau clinique. En

règle générale, les signes et symptômes psychiatriques sont induits et s'amendent spontanément par l'arrêt de la consommation dans les semaines qui suivent le sevrage. Dès lors, ils ne sauraient faire l'objet d'un diagnostic psychiatrique séparé. En revanche, si à l'issue d'une période d'abstinence suffisante les éléments réunis sont suffisants, il y a lieu de retenir l'existence d'une comorbidité psychiatrique. L'anamnèse, notamment l'historique de la consommation d'alcool depuis l'adolescence, peut constituer un instrument utile dans le cadre de la détermination du diagnostic, notamment s'agissant de la préexistence d'un trouble indépendant (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_395/2007, consid. 2.3 et réf. y citées, à savoir THONNEY/GAMMETER, Alcool: problèmes psychiatriques courants. « La boîte à outils du praticien », Revue médicale de la Suisse romande, 2004; 124: p. 415 ss; Roland GAMMETER, Comorbidités psychiatriques associées à la dépendance à l'alcool, Forum Med Suisse, 2002; 23: p. 562 ss; SHIVANI/GOLDSMITH/ANTHENELLI, Alcoholism and psychiatric disorder: diagnostic challenges, Alcohol Research & Health, 2002; 26(2): p. 90 ss; Christine DAVIDSON, Identification et traitement des comorbidités psychiatriques associées à l'alcoolodépendance, Praxis 1999; 88: p. 1720).

Cependant, l'existence d'une comorbidité psychiatrique ne constitue pas encore un fondement suffisant pour conclure sur le plan juridique à une invalidité en raison d'une dépendance. L'affection psychique mise en évidence doit contribuer pour le moins dans des proportions considérables à l'incapacité de gain de l'assuré. Une simple anomalie de caractère ne saurait à cet égard suffire (RCC 1992 p. 180, consid. 4d). En présence d'une pluralité d'atteintes à la santé, l'appréciation médicale doit décrire le rôle joué par chacune des atteintes à la santé sur la capacité de travail et définir à quel taux celle-ci pourrait être évaluée, abstraction faite des effets de la dépendance. Si l'examen médical conduit à la conclusion que la dépendance est seule déterminante du point de vue de l'assurance-invalidité, il n'y a pas lieu de distinguer entre les différentes atteintes à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_395/2007, consid. 2.4).

c) En l'espèce, il ressort du résumé de séjour du 29 septembre 2008 du département psychiatrique des HUG que le facteur déclenchant les consommations d'alcool étaient des crises d'angoisse et des difficultés d'endormissement ainsi que la solitude. Il ne semble dès lors pas qu'il s'agisse en l'occurrence d'une dépendance primaire. Elle paraît plutôt être provoquée par les atteintes psychiques et constituer une automédication. A noter également que ce rapport fait état d'une plaie profonde au bras droit de la recourante, suite à une brûlure avec le fer à repasser, et d'une plaie entre l'index et le majeur gauche, suite à une blessure avec un outil de

jardinage, dans un contexte peu clair, probablement des chutes, en lien avec la prise de médicaments, selon la patiente.

Cela étant, compte tenu de la divergence dans les diagnostics entre les médecins du SMR, le médecin traitant et les médecins du département psychiatrique des HUG, ainsi que la divergence de l'appréciation de la capacité de travail par ces médecins, il appert nécessaire de compléter l'instruction par une expertise psychiatrique judiciaire.

\*\*\*

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

- A. Ordonne une expertise judiciaire médicale.
- B. La confie au Dr H\_\_\_\_\_ du département de psychiatrie des HUG.
- C. Dit que la mission de ce médecin sera la suivante :
- Prendre connaissance du dossier médical de Mme S\_\_\_\_\_.
  - 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, sur le plan psychiatrique, dans une classification internationale reconnue ?

2. En cas de diagnostic d'une dépendance, la comorbidité psychiatrique à celle-ci est-t-elle de nature à entraîner l'émergence d'une dépendance et y a-t-elle contribué de façon notable?
3. Quelle est la capacité de travail de l'expertisée dans une activité lucrative et comment cette capacité a-t-elle évolué depuis janvier 2008 ?
4. Quelle est la capacité de travail de l'expertisée dans le ménage et comment cette capacité a-t-elle évolué depuis janvier 2008 ?
5. En cas de diagnostic d'une dépendance, la comorbidité psychiatrique à celle-ci présente-t-elle un degré de gravité et d'acuité suffisant pour justifier en soi une diminution de la capacité de travail?
6. Quelle est la répercussion sur la capacité de travail de chacune des atteintes diagnostiquées, dans le cadre de l'exercice d'une activité lucrative et dans le ménage?
7. Quelles atteintes à la santé diagnostiquées sont essentiellement invalidantes ?
8. En cas de diagnostic d'une dépendance, quelle serait la capacité de travail de l'expertisée en faisant abstraction de ce diagnostic?
9. Le traitement médical est-il adéquat?
10. Quelle est la compliance?
11. Quel est votre pronostic ?
12. Comment vous déterminez-vous sur le rapport du SMR relatif à l'examen clinique du 26 août 2008 ?
13. 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 par le greffe le