

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4611/2007

ATAS/683/2008

ORDONNANCE D'EXPERTISE

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

du 5 juin 2008

Chambre 5

En la cause

Madame M_____, domiciliée à Thônex, CH

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. Mme M _____ (ci-après : l'assurée), est au bénéfice d'un certificat fédéral de capacité (CFC) d'employé de commerce. Elle s'est mariée en 1989 et son divorce a été prononcé en 1999, après la séparation des époux en 1996. Elle est mère de trois enfants nés le 17 avril 1991, le 22 mars 1994 et le 5 juillet 2002. En dernier lieu, elle a travaillé du 1^{er} juin 1998 au 31 mai 2001 comme secrétaire à l'Université de Genève à un pourcentage de 80%. Selon l'employeur, elle a été en incapacité de travail à 100% du 31 janvier au 1^{er} mai 2000, à 50% du 2 mai au 6 août 2000, à 100% le 19 septembre 2000, du 4 au 11 octobre 2000 et du 6 novembre 2000 au 31 mai 2001.
2. Par demande reçue le 2 décembre 2003, l'intéressée dépose une demande de prestations d'invalidité en vue de l'obtention d'une rente.
3. Selon le rapport du 23 février 2004 de la Dresse A _____ de la Consultation psychiatrique de la Navigation la patiente est en incapacité de travail totale depuis décembre 2000 pour une durée indéterminée. L'état s'aggrave et la capacité de travail ne peut pas être améliorée par des mesures médicales. Elle pose les diagnostics de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de la cocaïne, de sédatifs ou d'hypnotiques, ainsi que de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, sans syndrome somatique, d'anxiété généralisée et de personnalité dépendante. A titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, elle mentionne une dépendance aux opiacés, sous substitution à la méthadone, et des troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de sédatifs ou d'hypnotiques. Dans l'anamnèse, elle indique que la patiente a arrêté de travailler en 2000, en raison d'un trop grand nombre d'absences et d'un état dépressif prolongé. En décembre 2000, l'ex-mari a appelé le Service de protection de la jeunesse pour demander que la garde de ses deux enfants soit retirée à la mère, demande à laquelle ce service a donné suite en les confiant d'abord à la sœur de la patiente, puis en les plaçant dans différents foyers à Genève et finalement chez le père. En 1999, après le divorce, la patiente a commencé la consommation d'héroïne, initiée par son compagnon. Depuis janvier 2000, elle consomme de l'héroïne de façon régulière en sniff ou en fumée. Elle consomme du cannabis depuis l'âge de 20 ans et a arrêté en 1999 environ. Dès fin 2003 et début 2004, les consommations de cocaïne sont devenues de plus en plus fréquentes. Son état général se dégrade de plus en plus. Après une hospitalisation à l'hôpital psychiatrique de Belle-Idée, elle est suivie régulièrement, depuis décembre 2000, à la Consultation psychiatrique. Ses habiletés pour la vie quotidienne ont beaucoup baissé. Elle souffre de manière importante de troubles de la concentration, de la mémoire, de fixation, de tristesse

et d'anxiété. Dans les plaintes, la Dresse A_____ mentionne que la patiente se plaint d'être très seule, triste, abandonnée, angoissée et de sentiments d'insécurité. Elle fait également état d'un sommeil mauvais et non réparateur, de pleurs fréquents et spontanés, d'être vide à l'intérieur. Elle a aussi des idées noires, voire suicidaires, pour lesquelles elle a dû être hospitalisée. Dans les constatations objectives, ce médecin indique ce qui suit :

"Madame M_____ est déprimée. Elle est très triste. Pleure souvent. Se sent fatiguée. Sommeil non réparateur. Besoin de réassurance pour chaque démarche. Dégradation importante de son état physique et psychique. Grave baisse de l'activité constructive, clochardisation, se sent rejetée par sa famille, solitude. Pas d'élément de la lignée psychotique."

Quant au pronostic, ce médecin déclare que la patiente nécessite un suivi psychothérapeutique médicamenteux et de substitution à très long terme. Le pronostic est défavorable, la patiente se dégradant de plus en plus . Il serait meilleur, si elle poursuivait son traitement. Dans le questionnaire complémentaire pour les troubles psychiques, cette praticienne note notamment que les troubles psychiques ne disparaîtraient pas, si les circonstances se modifiaient. Ils ne sont pas réactionnels à des événements de la vie adverses et l'incapacité de travail est due à une ou des affections physiques ou mentales uniquement. Dans les remarques, la Dresse A_____ relève enfin qu'une rente d'invalidité est tout à fait justifiée. Dans le questionnaire en cas de toxicomanie, elle affirme que la toxicomanie est la conséquence d'une atteinte à la santé mentale, à savoir d'une dépression sévère et d'une anxiété généralisée qui existent depuis 1999, atteintes qui sont qualifiées d'importantes. La toxicomanie a causé un dommage physique et mental important consistant en une aggravation de troubles anxieux et des symptômes dépressifs, une diminution des habiletés dans le travail et au niveau de la gestion de la vie quotidienne (ménage, enfants, amis, hygiène). Elle a été hospitalisée aux dates suivantes à l'hôpital psychiatrique de Belle-Idée : du 4 au 29 juillet 2003, du 13 au 24 juin 2003, du 14 au 19 mars 2003, du 4 au 10 décembre 2002, du 23 au 24 mai 2002, du 26 septembre au 8 octobre 2001, du 19 au 29 mars 2001, du 1^{er} au 12 février 2001, du 27 novembre au 1^{er} décembre 2000 et du 16 au 23 novembre 2000. En outre, elle a été hospitalisée plusieurs fois d'une nuit ou d'un jour à l'Hôpital cantonal, en urgence.

4. Par ordonnance du 17 mars 2004, le Tribunal tutélaire retire à l'assurée la garde de ses enfants.

5. Selon le résumé de séjour relatif à l'hospitalisation de l'assurée du 8 au 19 octobre 2005, elle souffre principalement de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacés et d'une intoxication aiguë avec d'autres complications médicales. Les autres diagnostics sont les suivants: bronchopneumonie nasale; anémie mixte de type inflammatoire et ferriprive; tabagisme chronique; probable BPCO; personnalité émotionnellement labile de type borderline; troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de cocaïne, syndrome de dépendance, actuellement abstinente; troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de sédatifs ou d'hypnotiques et de dérivés du cannabis, syndrome de dépendance, en utilisation continue; hépatite C. Il s'agit de la quinzième hospitalisation de la patiente en entrée non volontaire en raison d'un probable tentamen à la méthadone avec persistance d'idées suicidaires, après avoir été retrouvée inconsciente dans le tram en date du 6 octobre 2005.
6. Le 25 octobre 2005, l'assurée est examinée par la Dresse B _____, du Service médical régional AI pour la Suisse romande (ci-après : SMR). Selon ce médecin, elle ne présente aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail. A titre de diagnostics sans répercussion sur cette capacité, elle mentionne des épisodes récurrents de dépression réactionnelle, actuellement en rémission, des troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'opiacés, actuellement abstinente, mais dans un environnement protégé, des troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de cocaïne, actuellement abstinente dans un environnement protégé, des troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de cannabis, de sédatifs ou d'hypnotiques, utilisation continue, une personnalité dépendante non décompensée et une anxiété généralisée en rémission complète. Il ressort de l'anamnèse que l'assurée a arrêté depuis 2004 la consommation de l'héroïne et de cocaïne, mais qu'elle continue de fumer du cannabis. Elle suit un traitement médicamenteux antidépresseur, anxiolytique et hypnotique. Le diagnostic d'épisode dépressif moyen, retenu par la Dresse A _____, est en rémission, suite à l'arrêt de la consommation de cocaïne et d'héroïne. Par ailleurs, selon la Dresse B _____, il s'agit d'une polytoxicomanie primaire, l'assurée ayant commencé la consommation de drogues dans le cadre d'une relation sentimentale avec un toxicomane. Quant au trouble de la personnalité dépendante, il est non décompensé, mais présent depuis l'adolescence. Ce trouble ne correspond pas à un dysfonctionnement durable des conduites de l'expérience vécue, déviant de la norme et donnant lieu à une altération du fonctionnement personnel, social ou à une souffrance significative. Il n'a ainsi pas de valeur invalidante. Les difficultés socioprofessionnelles sont expliquées par la polytoxicomanie. Celle-ci étant actuellement en rémission, la capacité de travail est entière.

7. Le 9 février 2006, l'OCAI notifie à l'assurée une décision de refus de prestations, sur la base de l'examen psychiatrique de la Dresse B_____.
8. Par lettre du 21 avril 2006, le Dr C_____ de l'Unité de toxicodépendances du Service d'abus de substances du département de psychiatrie des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) s'oppose à cette décision. Il allègue que l'état de la santé de la patiente s'aggrave régulièrement avec passages à l'acte auto-dommageables, sous forme de prises massives de médicaments tranquillisants (benzodiazépines) ou d'opiacés (méthadone au noir), ayant nécessité des hospitalisations en urgence plusieurs fois depuis la reprise des soins à la Consultation ambulatoire de la rue Verte. Les médecins observent une grande fragilité de la patiente sous forme de labilité marquée de son humeur, sensibilité excessive à divers éléments de la relation interpersonnelle en lien avec des envahissements anxieux et des défenses parfois massives. Les éléments cliniques observés s'apparente à un trouble de la personnalité complexe avec traits anxieux, paranoïdes et borderline. Ainsi, les médecins modifient les diagnostics de la Dresse A_____ dans ce sens, les diagnostics ayant trait à la consommation de substances restant toutefois inchangés. Depuis quelques semaines, on assiste à une amélioration qui peut être liée à une atténuation des sollicitations extérieures, la rencontre régulière de la patiente avec ses enfants, tous placés sous l'autorité tutélaire, et le début d'une thérapie de couple. Trois fois par semaine, la patiente rencontre une infirmière à la Consultation de la rue Verte. Le suivi du couple a débuté à la fin de l'hiver et semble permettre une amélioration des interactions interpersonnelles. Il est toutefois trop tôt pour affirmer une nette et constante amélioration de l'état psychique.
9. Par lettre reçue à l'OCAI le 25 avril 2006, le Dr Marc E_____ de la Polyclinique de médecine atteste que l'assurée souffre de douleurs chroniques de la colonne lombaire, pour lesquelles une antalgie simple ne semble que partiellement efficace. Ce médecin est toutefois réticent à une antalgie plus lourde, au vu des antécédents de toxicomanie et de la fragilité psychiatrique de la patiente.
10. Dans la lettre de sortie et résumé de séjour relatif à l'hospitalisation de l'assurée du 29 avril au 5 mai 2006 sont posés les diagnostics de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacés, de sédatifs ou d'hypnotiques et de dérivés du cannabis, syndrome de dépendance, en utilisation continue, et de trouble spécifique de la personnalité de type émotionnellement labile de type borderline. L'assurée est hospitalisée en raison d'un risque auto-agressif important. Elle a été retrouvée inconsciente suite à une overdose à l'héroïne et à la cocaïne.

11. Dans son avis médical du 22 mai 2006, le Dr D_____ du SMR indique notamment que le trouble de la personnalité signalé par le Dr C_____ n'a pas été mis en évidence par l'examen au SMR, tout en relevant que les troubles de la personnalité ne sont pas des diagnostics qui apparaissent subitement, mais se développent depuis l'adolescence. Il ne retient ainsi pas ce diagnostic comme élément nouveau.
12. Le 18 août 2006, le Dr E_____ atteste d'une lombosciatalgie droite chronique et, à titre de diagnostic sans répercussion de la capacité de travail, d'une incontinence urinaire mixte sur hépatite C chronique. Dans l'annexe à son rapport médical, il déclare que l'activité exercée jusqu'à maintenant est encore exigible.
13. Dans le résumé de séjour relatif à l'hospitalisation de l'assurée du 20 au 30 octobre 2006, l'hôpital psychiatrique de Belle-Idée pose les mêmes diagnostics que lors de son hospitalisation en octobre 2005. Cette nouvelle hospitalisation est motivée par un tentamen médicamenteux sur état dépressif sévère dans un contexte de conflit de couple.
14. Dans son rapport médical du 6 novembre 2006, le Dr Luis I_____, généraliste et médecin traitant, émet les diagnostics de toxicomanie, de troubles de la personnalité et d'état anxio-dépressif. Il mentionne également une obésité, sans répercussion sur la capacité de travail. L'incapacité de travail est totale depuis qu'il suit cette patiente, à savoir le 29 mars 2006. Dans l'anamnèse, il fait état d'une toxicomanie et des troubles de la personnalité. La patiente a été hospitalisée deux fois depuis cet été pour des tentamens médicamenteux. Dans les constatations objectives, il indique un état anxio-dépressif et un syndrome parkinsonien sur prise de neuroleptiques. Le traitement médicamenteux consiste en neuroleptiques, anxiolytiques, antidépresseurs et méthadone. Le pronostic est défavorable. Selon ce médecin, il n'y a aucune capacité de travail dans n'importe quelle activité.
15. Le 28 septembre 2007, les Drs F_____ et G_____, médecins à l'Unité de toxicodépendances des HUG, adressent un rapport détaillé à l'OCAI. Il y est notamment mentionné que l'assurée a fait un sevrage de méthadone à la Clinique Belmont en juin 2003 durant environ sept mois, puis n'a plus eu de suivi jusqu'au mois de septembre 2005. Elle se présente alors à la Consultation de la rue Verte pour suivre un programme médico-psychosocial pour la gestion de son traitement de benzodiazépines et d'antidépresseurs. Les diagnostics sont les suivants: troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de sédatifs ou d'hypnotiques, utilisation continue; troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'opiacés, avec régime de maintenance ou de substitution sous

surveillance médicale; troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de cocaïne, actuellement abstinente; trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, sans syndrome somatique; trouble de la personnalité complexe avec traits anxieux, paranoïdes et borderline. Dans le status, les Drs F_____ et G_____ observent ce qui suit :

"La patiente se plaint toujours de difficultés à s'endormir et d'angoisses apparaissant lorsqu'il y a du monde autour d'elle (par exemple, dans les magasins). Thymie fluctuante. Emotion labile. Elle présente des troubles de concentration, de la mémoire et de l'appétit. Elle exprime sa tristesse du fait qu'elle ne peut pas récupérer ses enfants."

Par ailleurs, les médecins constatent une certaine amélioration au niveau de sa thymie, consistant notamment en l'absence de passages à l'acte auto-dommageables depuis le mois de décembre 2006, probablement en lien avec son abstinence à la cocaïne et à l'héroïne. Néanmoins, ils relèvent une grande fragilité, sous forme de labilité marquée de l'humeur, d'une sensibilité excessive à divers éléments de la relation interpersonnelle en lien avec des envahissements anxieux et des défenses parfois massives. Depuis le début de l'année, il y a une amélioration liée à une atténuation des sollicitations extérieures, à la rencontre régulière avec ses enfants et à la continuité d'une thérapie de couple. Elle bénéficie par ailleurs d'un suivi régulier à la Consultation de la rue Verte, avec passages deux fois par semaine. Les tests salivaires montrent une absence de consommation de cocaïne et d'opiacés depuis quelques mois. Dans les limitations fonctionnelles, ces médecins mentionnent que la patiente souffre d'une grande difficulté à gérer ses émotions, une labilité de l'humeur importante et également des difficultés relationnelles interpersonnelles, des angoisses. Au vu du "grave" trouble de la personnalité, le pronostic reste très réservé. La reprise d'une activité professionnelle est actuellement impossible.

16. Dans son avis médical du 8 novembre 2007, la Dresse H_____ du SMR relève que le trouble de la personnalité n'est pas invalidant, selon l'examen psychiatrique de la Dresse B_____, l'assurée n'ayant commencé la consommation de drogues dures qu'en 1999. Par ailleurs, les lettres de sortie des hospitalisations en 2005 et 2006 retiennent comme diagnostic la toxicomanie et non pas les diagnostics de trouble dépressif ou de trouble anxieux. La Dresse H_____ estime ainsi qu'il n'y a pas lieu de modifier les conclusions du rapport d'examen de la Dresse B_____.

17. Par décision du 16 novembre 2007, l'OCAI rejette l'opposition de l'assurée, sur la base de l'examen de la Dresse B_____ et des avis de la Dresse H_____.
18. Par acte posté le 26 novembre 2007, l'assurée recourt contre cette décision. Elle fait valoir que, s'il est vrai qu'elle va mieux dans la mesure où elle ne prend plus que 20 ml de méthadone, elle est néanmoins dépressive et anxieuse, ce que son psychiatre pourrait confirmer. Elle invite également le Tribunal de céans à prendre contact avec son interniste, le Dr I_____, afin qu'il confirme qu'elle souffre énormément du dos et du bas ventre. Il lui a par ailleurs prescrit des séances d'acupuncture. Elle présente également une incontinence, laquelle est, selon ses dires, trop grave pour être opérée. A cela s'ajoute qu'elle a besoin de lunettes. Enfin, une coloscopie a révélé trois tumeurs bénignes qui ont dû être retirées.
19. Dans son préavis du 4 janvier 2004, l'intimé relève que le recours ne contient pas de conclusions, de sorte que la question de sa recevabilité se pose. Sur le fond, il conclut à son rejet, tout en renvoyant à sa décision sur opposition, en ce qui concerne la motivation.
20. Le 23 avril 2008, le Tribunal de céans informe les parties qu'il a l'intention de mettre en œuvre une expertise psychiatrique judiciaire et de la confier au Dr J_____, psychiatre, et leur communique la liste des questions posées.
21. Le 6 mai 2008, l'intimé transmet au Tribunal de céans "l'original" du rapport d'examen du SMR effectué par la Dresse B_____ le 25 octobre 2005. En fait, il s'agit d'une copie. Le rapport est signé par le médecin précité avec le titre "psychiatre FMH" et daté du 19 décembre 2005. Dans sa lettre d'accompagnement, l'intimé précise que le rapport de la Dresse B_____ a été avalisé le 23 mars 2007 par la Dresse K_____, médecin-chef du SMR, et le Dr L_____, psychiatre.
22. Dans son avis médical du 20 mai 2008, la Dresse H_____ du SMR déclare qu'elle n'a pas d'objection à la désignation du Dr J_____ en tant qu'expert, pour autant qu'il réalise l'expertise personnellement et non pas le candidat médecin qui porte le même nom. Elle souhaite par ailleurs que l'expert-psychiatre décrive une anamnèse et un status détaillés.
23. Dans sa détermination du 2 juin 2008, l'intimé fait sien l'avis du SMR précité.

EN DROIT

1. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 43 LPG), 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'occurrence, le refus de prestations est fondé sur le rapport d'examen de la Dresse B_____. Se pose dès lors en premier lieu la question de la valeur probante de celui-ci.
 - a) Dans un arrêt du 31 août 2007 (I 65/07), le Tribunal fédéral a constaté que la Dresse B_____ s'était prévalue du titre de psychiatre FMH dans son rapport, titre auquel elle ne pouvait prétendre dès lors que le titre post-grade de spécialiste ne lui avait pas été délivré par la FMH, en l'absence d'un diplôme fédéral de médecine ou d'un diplôme de médecine étranger reconnu en Suisse. Au moment de l'examen de l'assuré, elle ne disposait pas non plus d'une autorisation d'exercer une activité à titre de médecin dépendant puisque celle-ci ne lui avait été délivrée que le 24 novembre 2006 par le Département vaudois de la santé et de l'action sociale. Le Tribunal fédéral a estimé qu'indépendamment des compétences professionnelles propres de la Dresse B_____, les irrégularités d'ordre formel liées à sa personne et à l'exercice de son activité au sein du SMR entachaient la fiabilité du rapport médical établi sur mandat de l'administration. Dès lors, on ne pouvait accorder une pleine valeur probante à l'appréciation médicale de la Dresse B_____.

 - b) Dans le cas d'espèce, la Dresse B_____ a rendu un rapport médical et l'a signé en tant que psychiatre FMH, alors qu'elle n'était pas habilitée de porter ce titre. Conformément à la jurisprudence précitée, il convient dès lors de constater que cette irrégularité d'ordre formel enlève la valeur probante à ce rapport.

A cet égard, il est à relever que le fait que ce rapport a été avalisé, plus d'une année après cet examen et postérieurement à la décision de refus du 9 février 2006, par les Drs K_____ et L_____, n'y change rien, en l'absence d'un nouvel examen en la présence de ces médecins.

 3. Cela étant, au vu des diagnostics des médecins traitants de la recourante, il s'avère nécessaire de mettre en oeuvre une expertise psychiatrique.
-

S'agissant du complément des questions posées à l'expert suggéré par le SMR, le Tribunal de céans relève que toute expertise doit contenir une anamnèse et un status clinique détaillés, de sorte qu'il n'est en principe pas nécessaire de le préciser.

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

Statuant préparatoirement

- A. Ordonne une expertise judiciaire médicale.
- B. La confie au Dr J_____.
- C. Dit que la mission de ce médecin sera la suivante :
- Prendre connaissance du dossier médical de Mme M_____.
 - Examiner **personnellement** l'expertisée.
 - Prendre tous renseignements utiles, notamment auprès des médecins ayant eu connaissance du cas de l'intéressée, en particulier de ses médecins traitants.
 - S'adjoindre tout spécialiste requis au titre de consultant.
 - Etablir un rapport écrit et répondre notamment aux questions suivantes :
1. Quels sont vos diagnostics sur le plan psychiatrique dans une classification reconnue ?
 2. Madame M_____ présente-t-elle notamment un trouble de la personnalité et, dans l'affirmative, lequel ?

3. En cas de réponse affirmative à la question précédente, ce trouble de la personnalité est-il décompensé, comment se manifeste cette décompensation, quelle en est la raison et depuis quand est-il décompensé ?
 4. Un trouble de la personnalité présent depuis l'adolescence peut-il se décompenser ultérieurement à l'âge adulte ou est-il nécessairement déjà décompensé à l'adolescence ?
 5. La toxicomanie de l'expertisée est-elle la conséquence d'une atteinte psychiatrique et, si oui, de laquelle ?
 6. Quelles limitations fonctionnelles engendrent les atteintes psychiatriques dont est affectée l'expertisée ?
 7. Quelle est la capacité de travail de l'expertisée et depuis quand cette capacité est-elle éventuellement diminuée ?
 8. Comment vous déterminez-vous sur le rapport du SMR relatif à l'examen de l'expertisée du 25 octobre 2006 ?
 9. Quelles autres observations avez-vous éventuellement à ajouter ?
- D. Invite le Dr J_____ à déposer le plus rapidement possible un rapport en deux exemplaires au Tribunal de céans.
- E. Réserve le fond.

La greffière

La Présidente

Arlette BLATTNER

Maya CRAMER

Une copie conforme de la présente ordonnance est notifiée aux parties par le greffe le