

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2026/2008

ATAS/877/2009

ORDONNANCE D'EXPERTISE
DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES

du 3 juillet 2009

Chambre 8

En la cause

Madame C_____, domiciliée à Genève, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître MARSANO Jean-Luc

Recourante

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, rue de
Lyon 97, 1203 Genève

Intimé

Siégeant : Georges ZUFFEREY, Président.

EN FAIT

1. Madame C_____ (ci-après l'assurée ou la recourante), née en 1960 à Genève, divorcée depuis le 27 janvier 2006, n'a pas de formation professionnelle achevée, mais a toutefois travaillé durant toute sa vie dans le domaine du secrétariat.
2. Durant son enfance, l'assurée a été victime de violences de la part de son père et durant sa jeunesse, elle a été également victime de deux viols. En 1992, l'assurée a été victime d'une agression alors qu'elle est en voyage au Pérou.
3. A 18 ans, l'assurée a subi un premier épisode de dépression et souffre, depuis 2003, également d'une fatigabilité extrême qui la handicape tous les jours.
4. Le 20 mars 2000, le Dr. L_____, neurologue, a diagnostiqué chez l'assurée un syndrome cervical et radiculaire essentiellement algique gauche, d'un niveau vraisemblablement C6.
5. Le 25 juin 2003, l'assurée a été hospitalisée d'urgence aux HUG en raison d'une atteinte des fonctions vestibulaires.
6. Après un voyage à l'étranger, l'assurée est revenue à Genève en 1993 et a entrepris, par la suite, une formation en qualité d'apprentie-marquinière à Carouge. Toutefois, elle n'est pas allée au terme de sa formation.
7. L'assurée a travaillé de janvier 2006 à mars 2007 auprès de l'association, Groupe Sida Genève.
8. Depuis 1997, l'assurée est suivie par plusieurs médecins psychiatres, à savoir la Dresse M_____, le Dr. N_____, la Dresse O_____, le Dr. P_____, la Dresse Q_____, et enfin le Dr. R_____.
9. Le 16 mars 2007, l'assurée a déposé une demande de prestations AI pour adultes auprès de l'Assurance-invalidité.
10. Le 25 avril 2007, le Dr. S_____, neuropsychiatre, a expliqué que Madame C_____ présentait, pendant le sommeil, des mouvements périodiques. Il précise encore « comme autre pathologie la patiente présente une fatigabilité durant la journée, cette fatigue est à mettre sur le compte d'un probable état dépressif. »

11. Le 16 mai 2007, le Dr. P_____, psychiatre, et Madame D_____, psychologue, ont diagnostiqué chez l'assurée un trouble dépressif récurrent avec un épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques et une personnalité anxieuse.
12. Le 6 novembre 2007, le Dr. T_____, médecin-généraliste, relève les diagnostics suivants : état dépressif chronique épisode moyen à sévère, (état anxieux chronique), personnalité anxieuse. Le Dr T_____ confirme, à cette occasion, une incapacité de travail à 100 %, un état de santé de l'assurée stationnaire et un pronostic très réservé.
13. Dans un complément de rapport médical du 28 novembre 2007 adressé au SMR, le Dr. P_____ et Madame D_____ précisent au sujet du pronostic concernant la capacité de travail : « En se référant à sa dernière expérience professionnelle (à savoir une contre-prestation à 50 % durant 18 mois) nous ne pouvons qu'avoir un pronostic défavorable quant à sa capacité de travail. En effet cette expérience n'a pas apporté une amélioration de l'état dépressif de Madame C_____ mais au contraire une aggravation de son état d'anxiété et de fatigue. Alors que le cadre de travail était favorable (petite équipe) et qu'il n'y avait aucune attente de rendement vis-à-vis des tâches qui lui étaient proposées à Madame. Ce cadre « favorable » n'a pourtant pas permis à Madame de progresser dans ses difficultés ».
14. Le 14 janvier 2008, l'assurée a subi un examen psychiatrique qui a fait l'objet d'un rapport de la Dresse U_____ et de la Dresse V_____, médecins du SMR, en date du 28 janvier 2008.
15. Les médecins du SMR ont posé les diagnostics suivants : avec répercussion sur la capacité de travail : aucun ; sans répercussion sur la capacité de travail : personnalité émotionnelle labile type borderline avec des traits anxieux non décompensés et anxiété généralisée d'intensité légère. Ils précisent encore que « sur le plan psychiatrique, nous n'avons pas objectivé de dépression majeure, de décompensation psychotique, de trouble phobique, de syndrome douloureux somatoforme persistant, de perturbation sévère de l'environnement psychosocial, ni de limitations fonctionnelles psychiatriques invalidantes. »
16. Le SMR considère donc que l'assurée serait capable de travailler à 100 % et qu'elle n'aurait aucune incapacité de travail. Le SMR précise que le diagnostic de trouble dépressif récurrent n'a pas été retenu car la présence de plusieurs épisodes dépressifs n'a pas été objectivée.

17. En conclusion, les médecins examinateurs du SMR relèvent que sur le plan psychiatrique, l'assurée ne souffre d'aucune pathologie psychiatrique invalidante et que la capacité de travail exigible est de 100 % dans toute activité.
18. Sur la base des conclusions du SMR, l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OCAI) a élaboré un projet de décision et l'a notifié à l'assurée, le 8 février 2008.
19. L'assurée a contesté de façon très détaillée le projet de décision de l'OCAI en insistant en particulier sur son état dépressif récurrent et un état de fatigabilité extrême.
20. Sur la base de ces éléments, l'OCAI a décidé de procéder à un nouvel examen clinique psychiatrique et a confié le mandat au Dr. W_____, psychiatre, médecin-examineur du SMR.
21. Suite à l'examen du 17 avril 2008, le Dr. W_____ a établi un rapport en date du 21 avril 2008. Le Dr. W_____ confirme, à cette occasion, les diagnostics posés à la suite de l'examen du 14 janvier 2008, à savoir : avec répercussion sur la capacité de travail : aucun diagnostic sur le plan psychiatrique ; sans répercussion sur la capacité de travail : personnalité émotionnelle labile type borderline avec traits anxieux non décompensés et troubles anxieux sans précision.
22. Le Dr. W_____ relève notamment : « Notre examen clinique psychiatrique n'a pas montré de signes de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée invalidante, de troubles de la personnalité morbides décompensés, de syndrome douloureux somatoforme persistant. Nous pouvons avancer que l'examen SMR du 17 avril 2008 est superposable à celui du 14 janvier 2008. Nous pouvons donc conclure que l'examen clinique SMR ne met pas en évidence de maladie psychiatrique ayant pour conséquence une atteinte à la capacité de travail de longue durée ». Concernant la capacité de travail exigible, le Dr. W_____ conclut que sur le plan psychiatrique, la capacité de travail exigible est de 100 % dans toute activité, et ceci depuis toujours.
23. En date du 9 mai 2008, l'OCAI, relevant que le nouvel examen psychiatrique ne mettait pas en évidence de maladie psychiatrique ayant pour conséquence une atteinte à la capacité de travail de longue durée, confirme la décision du rejet de la demande.
24. En date 6 juin 2008, la recourante a recouru contre la décision de l'OCAI en concluant préalablement à l'ordonnance d'une expertise pluridisciplinaire sur la

personne de Madame C_____ et principalement à l'annulation de la décision du 9 mai de l'OCAI et au constat du fait que Madame C_____ est invalide à 100% et qu'elle a droit à une rente pleine et entière depuis le 1^{er} janvier 2003, avec suite de dépens. Subsidiairement, la recourante demandait des mesures de réadaptation professionnelles adéquates.

25. Par certificat médical du 20 juin 2008, le Dr. T_____ fait mention notamment d'un syndrome des jambes sans repos et certifie que la recourante présente une incapacité de travail de 100 % depuis le 1^{er} septembre 2007 et précise encore qu'il ne pense pas que cette capacité de travail s'améliore dans les mois à venir.
26. Le 15 août 2008, le Dr P_____ et Madame D_____ relèvent « Malgré les traitements médicamenteux et psychothérapeutique, les troubles psychiques existants sont une source réelle de souffrance et posent un vrai problème d'insertion sociales et professionnelle. Nous restons donc dubitatif quand à sa capacité de pouvoir reprendre un travail même adapté et à temps très partiel, puisque les expériences faites n'ont pas apporté ce que l'on aurait pu espérer. Par conséquent nous estimons que Madame C_____ a une incapacité de travail à 100 %. »
27. Interpellé par le Tribunal de céans, l'OCAI a proposé le rejet du recours et le maintien de la décision du 9 mai 2008.
28. Par certificat médical du 15 septembre 2008, le Dr T_____ confirme que la recourante demeure actuellement en incapacité de travail à 100 %, et ceci pour une durée indéterminée.
29. Entendue en comparution personnelle, en date du 18 septembre 2008, la recourante a confirmé les conclusions de son recours, en précisant qu'elle se sentait tout à fait incapable de reprendre une activité, même partielle, ceci parce qu'elle se sent très fatiguée, même pour les activités quotidiennes. Enfin, à cette occasion, la recourante relève un profond manque de concentration, une impression d'agir à faux en permanence (symptôme de la dépression), et ceci en raison d'une grande fatigabilité due au sommeil qui n'est pas réparateur. Pour sa part, l'intimé a, à cette occasion, précisé que l'OCAI s'était limité à une expertise psychiatrique, et non pluridisciplinaire, en raison des informations obtenues par le SMR, aussi bien des HUG que du Dr. T_____, au sujet du syndrome des jambes sans repos. A l'issue de cette audience le Tribunal de céans a ordonné l'audition du Dr. T_____, médecin généraliste et le Dr. R_____, psychiatre, médecins traitants de la recourante. Pour sa part, considérant que leur audition ne se justifiait pas, l'OCAI a refusé l'audition par le Tribunal des médecins du SMR qui ont effectués les examens psychiatriques des 14 janvier et 17 avril 2008.

30. Entendu en audience d'enquêtes du 17 octobre 2008, le Dr. T_____, médecin généraliste, relève en particulier « sur question de l'OCAI, actuellement les trois diagnostics (jambes sans repos, dépression et stress post-traumatique) dont d'actualité. Au sujet de l'évolution, l'état de Mme C_____ est stationnaire : elle est toujours en incapacité totale de travail. »

31. Entendu également en audience d'enquêtes du 17 octobre 2008, le Dr. R_____, psychiatre, relève que « il y a une corrélation entre le syndrome des jambes sans repos, d'une part, et l'anxiété et dépression, d'autre part. Le fait que Mme C_____ ne dorme pas normalement depuis de longues années en raison du syndrome des jambes sans repos amplifie grandement sa dépression et son anxiété et cela a un impact sur la capacité de travail en raison de la fatigabilité.

En termes de fonctionnalité, l'état de dépression moyenne peut devenir sévère en raison du syndrome des jambes sans repos. »

32. A l'issue de cette audience, le SMR s'est prononcé sur le contenu de ces auditions ainsi que sur les pièces complémentaires produites par la recourante au sujet du syndrome des jambes sans repos.

En effet, par courrier du 10 novembre 2008, l'OCAI a transmis au Tribunal de céans un rapport du SMR qui précise notamment : « il est indéniable que les mouvements périodiques des jambes au cours du sommeil sont responsables d'une désorganisation et d'une fragmentation du sommeil, comme le relèvent les nombreuses publications sur le sujet, dont celles annexées dans ces documents. En revanche, il y est bien précisé : « les mouvements périodiques au cours du sommeil... entraînent un sommeil de qualité insuffisante, et donc parfois une somnolence au cours de la journée ». C'est précisément le test de maintien de l'éveil qui permet d'objectiver les conséquences éventuelles de cette pathologie au cours de la journée, qui se manifesteraient alors par une somnolence. Ce test, pratiqué chez l'assurée, a permis d'exclure une hypersomnolence pathologique. On ne peut donc pas imputer à ces mouvements périodiques des jambes, ni à ces troubles du sommeil, une somnolence diurne responsable d'une diminution de la capacité de travail.

Quant à la fatigue et à la fatigabilité, il s'agit-là de symptômes qui ne justifient pas en eux-mêmes une incapacité de travail de longue durée, s'ils ne sont pas corrélés avec une cohorte de symptômes faisant partie d'une entité clinique, et ne revêtent pas une sévérité particulière. Ces points ont été discutés dans les deux examens SMR psychiatriques. »

33. Commentant les témoignages des médecins traitants, l'OCAI relève d'une part que le Dr. T_____ atteste toujours une incapacité de travail totale et l'attribue aux trois diagnostics de syndrome des jambes sans repos, dépression et stress post-traumatique et d'autre part que le Dr. R_____ ne confirme pas le diagnostic d'état de stress post-traumatique.
34. Si le syndrome des jambes lourdes a été évoqué, comme le relève l'OCAI dans sa réponse au recours du 7 juillet 2008, ce syndrome n'a, en revanche, pas fait l'objet d'investigations particulières sur ses répercussions sur la capacité de travail de la recourante.
35. Poursuivant l'instruction du dossier, le Tribunal de céans ordonne une expertise bi-disciplinaire sur les plans neurologique et psychiatrique.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI).

La compétence du tribunal de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 à 60 LPGA).
3. Est litigieuse la question de savoir si les troubles présentés par la recourante aussi bien somatiques que psychiatriques constituent une invalidité au sens de l'AI engendrant une incapacité totale de gain.
4. Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). L'invalidité (art. 8 LPGA) peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. (art. 4 al. 1 LAI). En l'occurrence, les avis sont totalement divergents au sujet de la question de l'invalidité de Madame C_____.

5. 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, 4^{ème} édition Berne 1984, p. 136 ; Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2^{ème} 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). Aussi, n'existe-t-il pas en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5 let. a).

En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice 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 contient des contradictions, ou qu'une surexpertise 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 et les références).

Meine souligne que l'expertise doit être fondée sur une documentation complète et des diagnostics précis, être concluante grâce à une discussion convaincante de la causalité, et apporter des réponses exhaustives et sans équivoque aux questions posées (Meine, L'expertise médicale en Suisse : satisfait-elle aux exigences de qualité actuelles ? in RSA 1999 p. 37 ss). Dans le même sens, Bühler expose qu'une expertise doit être complète quant aux faits retenus, à ses conclusions et aux réponses aux questions posées. Elle doit être compréhensible, concluante et ne pas trancher des points de droit (Bühler, Erwartungen des Richters an den Sachverständigen, in PJA 1999 p. 567 ss).

6. En l'espèce, le Tribunal de céans constate que l'OCAI s'est limité à une expertise psychiatrique et non pas pluridisciplinaire en se bornant à mentionner que l'assurée

présentait un syndrome de jambes sans repos, responsable d'un sommeil de mauvaise qualité, déstructuré, objectivé par polysomnographie et sans approfondir particulièrement l'éventuel impact de ce syndrome sur la capacité de travail.

7. De son côté, le Dr. T_____ a constaté que Madame C_____ était en incapacité de travail à 100% pour une durée indéterminée en raison d'un état dépressif de sévérité récurrent et un syndrome des jambes sans repos. Pour sa part, le Dr. R_____ rappelle qu'en termes de fonctionnalité, l'état de dépression moyenne peut devenir sévère en raison du syndrome des jambes sans repos.
8. Les doutes émis par la recourante sur la valeur probante des conclusions des différents rapports médicaux, orientés essentiellement sur l'aspect psychiatrique de son état de santé sont justifiés.
9. Par conséquent, vu la jurisprudence susmentionnée, vu le doute résultant des avis médicaux divergents, il y a lieu d'ordonner une expertise pluridisciplinaire de la recourante. En application des articles 38 et suivants de la loi sur la procédure administrative (LPA), un délai de 10 jours a été accordé aux parties pour indiquer les questions particulières qu'elles souhaitent voir figurer dans la mission d'expertise, ainsi que pour se déterminer sur le nom des experts, à savoir le Dr. A_____, neurochirurgien, et le Dr B_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, comme expert.
10. Compte tenu du fait que le Dr. A_____ n'est pas neurologue mais neurochirurgien, la recourante a proposé de désigner la Dresse C_____, neurologue, en qualité d'expert.
11. Informé, l'OCAI n'a pas formulé d'objection au sujet du nom des experts et de la mission d'expertise.
12. La Dresse C_____ a ainsi reçu l'intégralité du dossier du Tribunal de céans et des pièces de la recourante et de l'OCAI. Toutefois, ce médecin pensait être chargée du volet psychiatrique de l'expertise et non pas du volet neurologique, et elle a indiqué qu'elle ne pratiquait plus suffisamment la neurologie pour être à même d'accepter la mission qui lui était confiée.
13. Le Tribunal de céans a alors proposé aux parties de désigner le Dr D_____, spécialiste FMH en neurologie, en qualité d'expert et leur a imparti un délai pour se déterminer.
14. Ni la recourante ni l'OCAI n'ont formulé d'objection.

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

1. Ordonne une expertise pluridisciplinaire (neurologie et psychiatrie) de Madame C_____.
2. La confie au Dr D_____, spécialiste FMH en neurologie, c/o Hôpitaux universitaires de Genève à Genève, et au Dr. B_____, spécialiste FMH psychiatrie et psychothérapie, Département de psychiatrie des HUG, à Chêne-Bourg.
3. **Dit que leur mission sera la suivante :**
 - a) Prendre connaissance de l'intégralité du dossier médical de Madame C_____.
 - b) Prendre, si nécessaire, tous renseignements auprès des médecins ayant traité Madame C_____
 - c) Examiner Madame C_____
 - d) cela fait, établir un rapport détaillé et répondre aux questions suivantes :
 1. Anamnèse.
 2. Données subjectives de la personne (description des plaintes).
 3. Constatations objectives.
 4. Diagnostic(s) avec influence sur la capacité de travail.
 5. Appréciation du cas.
 6. Réponse aux questions spécifiques suivantes :
 - a. Les troubles physiques, en particulier le syndrome des jambes sans repos, et psychiques diagnostiqués constituent-ils des atteintes invalidantes.
 - b. Quelles sont les limitations dues à l'atteinte à la santé.

- e. Existe-t-il une capacité résiduelle de travail ?
 - f. Dans l'affirmative quel est le degré de la capacité résiduelle en % dans l'activité lucrative exercée ?
 - g. La capacité de travail peut-elle être cas échéant améliorée par des mesures médicales.
 - h. La capacité de travail peut-elle être améliorée par des mesures d'ordre professionnel.
 - h. Votre pronostic.
7. Remarques et commentaires de l'expert.
8. Invite les experts à déposer leur rapport, en deux exemplaires, au greffe du Tribunal de céans dans les meilleurs délais.
4. Réserve le fond.
5. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre la présente ordonnance 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).

Florence SCHMUTZ

Greffière

Georges ZUFFEREY

Président suppléant

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