

GE_GERICHTE ATAS/156/2010 vom 17. Februar 2010

GE Cour de justice, 2010-02-17, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_156_2010

FR: GE_GERICHTE ATAS/156/2010 du 17 février 2010

IT: GE_GERICHTE ATAS/156/2010 del 17 febbraio 2010

Erwägungen

E. 29

A la demande du Tribunal de céans, le Dr V _____ l'informe le 15 avril 2009 que la fatigabilité et l'intolérance à l'effort peuvent s'expliquer partiellement par la dépendance du patient aux opiacées, en rémission sous traitement de méthadone, et également par sa dépendance à l'alcool imparfaitement incontrôlée. Les crampes peuvent être expliquées par une polyneuropathie qui est cependant peu marquée. La capacité de travail est de 70 % dans une activité adaptée à la tolérance du patient à l'effort et dans un environnement protecteur ne pratiquant pas les normes de rentabilité ordinaires, compte tenu des limitations objectivables. Le Dr V _____ partage par ailleurs le diagnostic retenu par le Dr Q _____, ainsi que son appréciation de la capacité de travail, et estime que l'avis médical du Dr S _____ est pertinent. Une abstinence complète d'alcool pourrait améliorer la symptomatologie et éviter une aggravation de la polyneuropathie. Quant au dysfonctionnement du sous cortico-frontal, il est probablement réversible et pourrait également être amélioré par une abstinence totale d'alcool. Le Dr V _____ ajoute enfin que le recourant est un sujet marginalisé dont la réinsertion sociale et professionnelle sera difficile, mais néanmoins possible avec un suivi médical visant le contrôle de la prise de méthadone et l'abstinence d'alcool.

A/3872/2008 - 14/24 -

E. 30

Le 30 avril 2009, le Dr R _____, rhumatologue, se détermine sur l'avis médical du Dr S _____ du SMR du 29 septembre 2008. Il estime que, dans un emploi permettant de changer de position, n'impliquant pas des marches prolongées ni des nombreuses heures en position debout statique, il n'y a pas d'incapacité de travail. Cependant, les douleurs de la tendinobursite trochantérienne peuvent parfois provoquer des périodes d'incapacité de travail de quelques jours à deux semaines lors des exacerbations des douleurs. Il ne semble pas à ce médecin qu'il y ait une incapacité de travail prolongée. En cas de persistance des douleurs, des investigations complémentaires devraient être effectuées, par exemple une IRM à la recherche de lésions musculaires plus sérieuses.

E. 31

Le 15 mai 2009, le recourant se détermine sur les renseignements communiqués par les Dr V _____ et R _____. Il relève que chacun de ces médecins ne se prononce qu'au regard de sa propre spécialisation et se limite dès lors uniquement à une partie de sa problématique. Le recourant persiste ainsi dans l'intégralité de ses conclusions.

E. 32

Par écritures du 20 mai 2009, l'intimé persiste dans ses conclusions, en relevant que tant le Dr V _____ que le Dr R _____ rejoignent et adhèrent à l'évaluation médicale par les Drs P _____ et Q _____.

E. 33

Entendu en comparution personnelle des parties le 17 juin 2009, le recourant déclare qu'il ne boit pas tous les jours et jamais plus que 2 à 3 bières par jour. Il ne consomme plus de cannabis du tout. Son conseil précise par ailleurs que son mandant conclut à l'octroi d'une rente d'invalidité entière.

E. 34

Le 18 juin 2009, le recourant produit le certificat médical du 8 juin 2009 de la Dresse M _____, selon lequel son patient présente une aggravation de l'état général, avec une aggravation de la fatigue, une perte de poids (67 kg en 2004 et 59 kg en juin 2009), une aggravation des douleurs des hanches qui deviennent aussi nocturnes malgré un traitement de physiothérapie et d'anti-inflammatoires.

E. 35

Le recourant produit à la même date le rapport du 9 juin 2009 du Dr G _____ relatif à une IRM des hanches effectuées la veille. Selon ce rapport, le patient présente une incongruence coxo-fémorale ou conflit fémoro-acétabulaire bilatérale.

E. 36

Par ordonnance du 1er septembre 2009, le Tribunal de céans met en œuvre une expertise psychiatrique judiciaire et commet à ses fins le Dr Philippe ROSSIGNON. Celui-ci ne pouvant accepter le mandat, le Tribunal de céans commet le Dr Roger H _____, psychiatre, avec l'accord des parties, par ordonnance du 25 septembre 2009.

A/3872/2008 - 15/24 -

E. 37

Dans son rapport du 20 décembre 2009, le Dr H _____ pose les diagnostics de trouble mixte de la personnalité, phobie sociale, dysthymie et trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission, dépendance aux opiacées, actuellement en régime de substitution par la méthadone, abus d'alcool, utilisation nocive pour la santé et d'abus de cannabis, utilisation nocive pour la santé. Le trouble de la personnalité implique des dysfonctionnements cognitifs, émotionnels et comportementaux associés à une mauvaise estime de soi, parfois un sens déficient de l'identité personnelle. Il provoque de la souffrance et des problèmes psycho-sociaux. Chez l'expertisé, il y a un mélange de traits appartenant à plusieurs pathologies de la personnalité ainsi que des traits évitants (repli social, refus des conflits), perfectionnistes (besoin de bien faire), sociopathiques (refus des règles et normes sociales, problèmes avec l'autorité), schizoïdes (marginalité) et borderline (impulsivité, dépendance). Le trouble de la personnalité fait habituellement le lit d'autres pathologies psychiques, comme les troubles anxieux, les troubles dépressifs, les abus de substances et les troubles du comportement alimentaire. Depuis le début de l'âge adulte, l'expertisé présente des comorbidités appartenant aux trois premiers groupes. En ce qui concerne le trouble anxieux, l'expert expose qu'il se manifeste avec des symptômes subjectifs et objectifs (tremblements massifs, sudations palmaires). L'anxiété est en partie diffuse et est présente en particulier dans les situations sociales où l'expertisé est exposé à

des figures d'autorité, comme dans la situation d'expertise. L'anxiété sociale est bien documentée par les rapports psychiatriques de 1976 et 1981 et persiste à ce jour. La réponse de l'expertisé à son anxiété sociale a été et reste encore actuellement l'évitement des situations anxiogènes, ainsi que le recours à l'alcool et au cannabis comme anxiolytique et stimulant. Ces symptômes correspondent au diagnostic de phobie sociale. L'expert relève à cet égard que les tensions musculaires peuvent être douloureuses dans la phobie sociale et que les crampes douloureuses de l'expertisé pourraient, en partie du moins, être imputées au trouble du tonus musculaire dû à l'anxiété. Il en va de même de la transpiration excessive et du besoin urgent d'uriner. L'expert judiciaire rappelle par ailleurs que tous les psychiatres ont mentionné la présence d'une composante anxieuse et des signes objectifs d'anxiété sont signalés dans les expertises (voix chevrotante et saccadée, tremblements, prise d'alcool avant le rendez-vous). Il est vrai que les médecins n'ont pas retenu le diagnostic du trouble anxieux. L'expert judiciaire pense cependant qu'il est suffisamment documenté dans le dossier et manifeste lors de l'examen pour être retenu. Quant au trouble dépressif, l'expert judiciaire constate que le syndrome dépressif a atteint le degré d'un véritable épisode dépressif à plusieurs reprises, notamment en 1976, 1981 et 2005, ce qui justifie le diagnostic de trouble dépressif récurrent. Actuellement, les symptômes dépressifs sont peu sévères. Quant à l'abus de substances, il est une complication fréquente du

A/3872/2008 - 16/24 - trouble de la personnalité et de la phobie sociale. L'expertisé a commencé à consommer des substances à partir de l'âge de 20. Dès 23 ans, il a ajouté l'héroïne, connue également pour ses effets sédatifs et stimulants à la fois. Depuis 2001, la dépendance à l'héroïne est sous contrôle médical (substitution de méthadone). Il est probable qu'actuellement la consommation d'alcool et de cannabis est plutôt sporadique, assez régulière pour l'alcool, plus rare pour le cannabis. Dans les perspectives psychothérapeutiques et le pronostic, l'expert judiciaire souligne que les divers troubles psychiques sont solidement ancrés dans la durée et n'ont pas connu de véritables rémissions depuis une trentaine d'années, à l'exception du trouble dépressif. Il paraît ainsi peu probable qu'ils puissent s'améliorer, d'autant plus qu'ils se renforcent réciproquement et que le genre de pathologie rend toute forme de psychothérapie problématique pour l'expertisé (crainte d'une relation trop rapprochée). Les conséquences des troubles psychiques (délabrement physique et cognitif, retrait social) contribuent à leur chronicisation. Le retrait social intervenu avec l'arrêt de l'activité professionnelle contribue probablement à l'atténuation de la phobie sociale et de son corolaire, la consommation d'alcool. Toutefois, si l'expertisé devait reprendre une activité, le risque d'une recrudescence de l'anxiété sociale et de ses conséquences est significatif. Ni le trouble dépressif, ni l'abus sporadique de cannabis, ni la prise régulière de méthadone ne devraient interférer avec la capacité de travail. Cependant, le trouble de la personnalité, le trouble anxieux et l'abus d'alcool entraînent des limitations durables des capacités fonctionnelles, mais les limitations dues à ces affections se cumulent. Le trouble de la personnalité provoque des difficultés dans les relations sociales (méfiance, difficulté d'insertion dans les groupes, intolérance aux stress sociaux, impulsivité, manque de constance dans l'effort). Le trouble anxieux entraîne aussi une difficulté à tolérer les stress sociaux et un malaise en groupe avec des sensations pénibles (tremblements, crispations, transpiration), lesquels le rendent moins performant et augmentent sa consommation d'alcool. Cette dernière diminue la capacité de concentration et la régularité dans la performance. A la longue, elle induit des troubles mnésiques de plus en plus irréversibles. De tels troubles ont été observés lors de l'expertise et sont documentés dans le dossier par un examen neuro-psychologique. L'abus d'alcool chez l'expertisé doit

par ailleurs être considéré comme une toxicomanie secondaire lié à l'existence d'un trouble de la personnalité et de la phobie sociale. L'ensemble des éléments ne permet de retenir qu'une capacité de travail de 40 % sur le plan psychiatrique. En outre, selon l'expert, ce n'est probablement pas seulement par choix personnel que le recourant n'a travaillé que de manière intermittente durant toute sa vie à un taux d'activité réduit et le choix de ce mode de vie est très vraisemblablement en partie lié aux limitations dues aux troubles psychiques. L'expert relève aussi que des facteurs psycho-sociaux ou socio-culturels n'ont pas été pris en considération

A/3872/2008 - 17/24 - pour l'évaluation de la capacité de travail. Quant à sa différence d'évaluation des atteintes psychiques et de leur répercussion sur la capacité de travail par rapport à l'expertise du Dr P_____, il relève qu'il est d'accord avec l'évaluation clinique de ce dernier, sauf en ce qui concerne le trouble anxieux et la consommation abusive d'alcool.

E. 38

Le 19 janvier 2010, le recourant se détermine sur l'expertise judiciaire. Il estime qu'il convient de lui attribuer une pleine valeur probante. Par ailleurs, compte tenu de ce que sa capacité de travail est également diminuée de 30 % au niveau somatique, selon le Dr Q_____, il considère que son incapacité de travail globale dépasse le taux de 70 %. Cela étant, il persiste dans ses conclusions.

E. 39

Sur la base de l'avis médical du 19 janvier 2010 du Dr S_____ du SMR, l'intimé persiste également dans ses conclusions, par écritures du 20 janvier 2010. Le Dr S_____ estime dans cet avis que le trouble de la personnalité ne justifie pas une incapacité de travail, dès lors que le Dr P_____ a considéré qu'il n'était pas plus décompensé aujourd'hui qu'hier. Selon le médecin du SMR, le mode de vie marginal constitue plus un choix de vie qu'une pathologie. Il souligne à cet égard que le trouble de la personnalité n'a pas empêché le recourant de faire un CFC et de travailler. Se fondant sur les critères de la CIM-10, le Dr S_____ conteste en outre que le recourant remplisse les critères du diagnostic de phobie sociale, dès lors qu'il n'a jamais été empêché de rencontrer des personnes du sexe opposé, a pu faire un CFC et n'a pas été gêné dans les rapports avec ses maîtres d'apprentissage. Ainsi, selon le médecin du SMR, la clinique ne correspond pas à ce diagnostic, mais à un choix de vie itinérant entraînant son lot de difficultés et d'incertitudes, avec développement d'une déchéance sociale.

E. 40

%. Cette expertise remplit en principe tous les critères jurisprudentiels précités pour lui reconnaître une pleine valeur probante. Il est notamment à relever que l'examen clinique est fondé sur trois entretiens d'une durée totale de trois heures. Toutefois, les conclusions d'expertise sont contredites par celles du Dr P_____, lequel n'a notamment pas retenu le diagnostic de phobie sociale et n'a admis qu'une incapacité de travail de 30 % sur le plan psychiatrique. Il y a cependant lieu de constater que le rapport d'expertise du Dr P_____ paraît nettement moins fouillé et qu'il est fondé sur un seul entretien. Le Dr P_____ n'a par ailleurs pas pris en comptes les plaintes du recourant. Il n'a pas non plus essayé d'expliquer pourquoi le recourant a présenté et présente toujours une dépendance à des substances toxiques. En outre, alors même qu'il admet que le trouble de la personnalité est décompensé depuis le début de l'âge adulte, il n'explique pas pour quelle

raison il estime que ce trouble n'a pas une influence sur la vie marginale menée par le recourant et ne limite pas sa capacité de travail. Enfin, cet expert semble avoir manqué de distance et d'impartialité par rapport à l'expertisé, dès lors qu'il émet des jugements de valeur sur celui-ci, en qualifiant notamment sa vie de parasitaire, ce qui semble de surcroît inexacte. Pour ces raisons, le

A/3872/2008 - 21/24 - Tribunal de céans estime qu'une valeur probante ne peut être attribuée à cette expertise, ce qui a précisément motivé la mise en œuvre d'une expertise judiciaire. Quant à l'avis du Dr S_____ du 19 janvier 2010, il convient en premier lieu de constater que celui-ci procède à une nouvelle appréciation des atteintes psychiques du recourant, en contestant le diagnostic de phobie sociale, alors qu'il est spécialiste en médecine interne et non pas en psychiatrie. Il n'a pas non plus examiné le recourant. Il paraît ainsi douteux qu'il puisse mettre en doute ce diagnostic retenu par le Dr H_____. L'appréciation du Dr S_____ est en outre fondée sur l'expertise du Dr P_____, alors même que celle-ci ne revêt pas de valeur probante, de l'avis du Tribunal de céans. En tout état de cause, les troubles anxieux ressortent également des différents tests effectués par le Dr P_____, à savoir le questionnaire C.D.Spielberger et AI auquel le recourant a été soumis le 15 janvier et le 5 février 2008. La première fois, son score pour "anxiété et état" avait été de 59, ce qui correspond à une anxiété élevée, et pour "anxiété trait" de 53, ce qui correspond à une anxiété moyenne. La seconde fois, ces scores étaient encore plus élevés, à savoir de respectivement de 60 et 55. Le Dr P_____ a également soumis le recourant au test "Le symptom check list SCL-90R" aux dates précitées. La première fois, son score global était de 57, alors que la pathologie se situe entre $50.03 + 22.4$, et la seconde fois, de 69. Dans ce dernier test, le score de l'anxiété était la première fois de 0.9 (pathologie $1.48 + 1$) et celui de phobies de 0.42 (pathologie entre $0.96 + 1$). Lors du retest en date du 5 février 2008, le score de l'expertisé était de 1.1 pour l'anxiété et 0.71 pour les phobies. Selon le Dr P_____, ces résultats suggèrent une tendance à l'amplification des symptômes, ce qui semble cependant en contradiction avec sa constatation que le recourant ne donne pas le sentiment de vouloir amplifier ou de majorer ses difficultés. Il convient également d'ajouter que l'expert judiciaire a relevé des symptômes objectifs de l'anxiété (tremblements massifs et sudations palmaires). Partant, le Tribunal de céans est convaincu par ce diagnostic. Par ailleurs, il ressort de l'expertise judiciaire que c'est le cumul de plusieurs troubles psychiatriques qui provoquent la diminution de la capacité de travail du recourant. Il s'agit du trouble de la personnalité, du trouble anxieux et de l'abus d'alcool. Concernant ce dernier, l'expert estime qu'il s'agit d'une toxicomanie secondaire, à savoir d'une dépendance liée au trouble de la personnalité et à la phobie sociale.

A/3872/2008 - 22/24 - Au vu de ce qui précède, les conclusions de l'expert judiciaire emportent la conviction du Tribunal de céans, de sorte qu'il retiendra une incapacité de travail de 60 % sur le plan psychiatrique. 8. Sur le plan somatique, le Dr Q_____ a estimé que le recourant présentait une capacité de travail de 70 % en tant que cuisinier et dans toute autre activité adaptée. Cependant, ce médecin a admis qu'il ne pourrait pas travailler sur le marché du travail ordinaire, au vu des doléances multiples et la réalité d'un état général diminué qui ne permettait pas d'envisager une vie professionnelle avec une exigence de rentabilité normale. Selon ce médecin, il faudrait plutôt imaginer une activité dans le cadre d'un travail intermédiaire, par exemple au sein d'une entreprise à vocation d'aide à la réinsertion avec exigence de rentabilité en-dessous des normes usuelles du

marché de l'emploi. Cet avis est partagé par le Dr V _____, en ce qu'il a considéré que la capacité de travail du recourant était de 70 % dans une activité adaptée à la tolérance du patient à l'effort et dans un environnement protecteur ne pratiquant pas les normes de rentabilité ordinaires, compte tenu des limitations objectivables. Par ailleurs, il sied de constater que l'état somatique du recourant s'est encore détérioré récemment, dès lors les douleurs de la tendino-bursite tronchantérienne ont augmentées et le limitent dans la marche. A cet égard, le Dr S _____ a admis avec le Dr R _____, dans son avis médical du 30 avril 2009, que ces douleurs peuvent parfois provoquer des périodes d'incapacité de travail de quelques jours à deux semaines lors des exacerbations des douleurs. Il appert ainsi que l'absentéisme du recourant serait important, ce qui serait difficilement acceptable pour un employeur. Il est à noter enfin que la tendino-bursite ne pouvait pas être traitée par des infiltrations, contrairement à ce que le Dr Q _____ avait admis dans son expertise, à cause de la présence de l'hépatite B, comme cela ressort du rapport du Dr R _____ du 27 juin 2008. En tout état de cause, même en admettant que la capacité de travail du recourant n'est réduite que de 30 % sur le plan somatique, il y a lieu de considérer que, selon toute vraisemblance, l'incapacité de travail totale est supérieure à 70 %, en tenant compte des atteintes psychiatriques et somatiques. Dans la mesure où il n'est guère envisageable que le recourant réalise, dans une activité adaptée et légère, un revenu supérieur à celui obtenu dans son dernier emploi, il y a lieu de considérer que son degré d'incapacité de travail correspond également à sa perte de gain. Ainsi, il peut prétendre à une rente d'invalidité entière.

A/3872/2008 - 23/24 - 9. Le Dr H _____ ne s'est cependant pas prononcé sur l'évolution de la capacité de travail qui a diminué progressivement. Cela étant, le Tribunal de céans estime qu'il y a lieu de se fonder sur le rapport du 18 mai 2008 de la Dresse M _____, où elle a constaté une incapacité de travail de 50 % à partir de décembre 2005, puis à 100 % dès janvier 2006. Auparavant, le Dr N _____ avait constaté une capacité de travail de 100% dès le 1er juillet 2004, dans son rapport du 24 mai 2004. Partant, il convient d'admettre que le droit à la rente est né en décembre 2006. 10. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis, la décision annulée et le recourant mis au bénéfice d'une rente d'invalidité entière dès le 1er décembre 2006. 11. Dans la mesure où le recourant obtient gain de cause, l'intimé sera condamné à lui verser une indemnité de 3'000 fr. à titre de dépens. 12. L'émolument de justice, fixé à 200 fr., est mis à la charge de l'intimé.

A/3872/2008 - 24/24 -

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.