

GE_GERICHTE ATAS/536/2015 vom 2. Juli 2015

GE Cour de justice, 2015-07-02, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_536_2015

FR: GE_GERICHTE ATAS/536/2015 du 2 juillet 2015

IT: GE_GERICHTE ATAS/536/2015 del 2 luglio 2015

Erwägungen

E. 20

Le 20 mai 2015, le Dr G _____ a transmis les rapports d'interventions de l'unité d'urgences psychiatriques des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) des 14 octobre, 12 et 20 novembre 2002. Selon le premier rapport, le recourant avait été amené par la police à ladite unité dans l'après-midi pour agitation psychomotrice sur la voie publique. Le médecin de la garde extra-hospitalière avait constaté un discours incohérent chez un patient non collaborant. Les médecins ont posé le diagnostic de décompensation psychotique aiguë et de trouble de la personnalité, sans précision. Au moment de l'hospitalisation, il est notamment constaté que le recourant avait un discours incohérent et était désorienté dans le temps et dans l'espace. Son discours était pauvre et ponctué d'éléments incohérents, avec des réponses inappropriées. Le lendemain de son hospitalisation, il avait refusé de rester à l'hôpital, était calme, mais peu collaborant et opposant, niant toute agitation de la veille et se focalisant sur son genou qui lui faisait mal. La thymie était neutre et il n'y avait plus d'éléments de la lignée psychotique ni de désorientation. Selon le rapport du 12 novembre 2002 de l'unité d'urgences psychiatriques, le motif de la consultation était un trouble du comportement, le recourant s'étant allongé sur la route. Dans les éléments anamnestiques, il est mentionné que l'assuré était connu pour une hospitalisation en 1994 pour raison inconnue et qu'il était suivi régulièrement à la policlinique de médecine HUG, dernièrement sous traitement de Zyprexa et Vioxx. Les médecins se posaient la question s'il souffrait d'un trouble psychotique et s'il présentait un trouble schizotypique ou un syndrome post-

- 7/11-

A/3557/2014 traumatique. L'attention et la concentration étaient perturbées, le recourant ne savait pas comment il était arrivé dans ladite unité. Le cours de la pensée était plutôt lent, son contenu pauvre, sans idée délirante franche. Il n'y avait pas d'hallucinations. Le 20 novembre 2002, le recourant a été de nouveau amené à l'unité d'urgences psychiatriques à cause d'un état confusionnel et de mutisme. Il avait erré dans la rue avec un couteau à la main, était mutique, désorienté et difficilement évaluable. Il se plaignait principalement d'un problème au genou droit. Il est relevé que le recourant était calme, non collaborant, ne répondait pas aux questions, avait une attitude perplexe, le regard fixe, des rires immotivés et un comportement désinhibé. Il était légèrement désorienté dans le temps, mais évaluable dans l'espace. L'attention, la concentration et la volonté étaient diminuées. Le bilan de toxicologie et d'alcoolémie était négatif et un scanner cérébral normal. Une heure et demie après son admission, le recourant était orienté, opposant et répondait aux questions, mais se montrait agressif et interprétatif. Il ne présentait pas d'hallucinations, ni d'idées de concernement, mais conservait des rires immotivés. Renseignements pris auprès d'une infirmière qui avait traité le recourant en août 2001 pour un épisode de violence lors d'une hospitalisation à Fribourg, où il était resté deux jours pour alcoolisation aiguë et agressivité,

le recourant avait travaillé alors dans un camp pour handicapés et rencontré des problèmes relationnels avec les membres de l'équipe. Il avait été hospitalisé pour des raisons inconnues. Il n'avait pas de travail fixe, peu d'amis, pas de relation amoureuse. Les médecins de l'unité d'urgences psychiatriques ont posé le diagnostic de schizophrénie paranoïde. En raison de son comportement labile et imprévisible, engendrant un risque auto- et hétéro-agressif, le recourant a été admis avec un statut de non volontaire dans l'unité psychiatrique, pour mise à l'abri, évaluation et mise en place d'un traitement.

E. 21

Le 28 mai 2015, la chambre de céans a informé les parties qu'elle avait l'intention de mettre en œuvre une expertise psychiatrique et de la confier au docteur J_____, psychiatre FMH. Elle leur a également communiqué la liste des questions à poser à l'expert.

E. 22

Par écriture du 22 juin 2015, l'intimé n'a pas formulé d'objection quant au choix de l'expert et a suggéré la modification d'une des questions, sur la base de l'avis médical du 17 juin 2015 du Dr I_____ du SMR.

- 8/11-

A/3557/2014 EN DROIT 1. Selon le principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge doit établir (d'office) les faits déterminants pour la solution du litige, avec la collaboration des parties, administrer les preuves nécessaires et les apprécier librement (art. 61 let. c LPGA; cf. ATF 125 V 193 consid. 2) ; Il doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; ATFA non publié I 751/03 du 19 mars 2004, consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise. Un renvoi à l'administration reste possible, notamment lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; ATF non publié 8C_760/2011 du 26 janvier 2012, consid. 3). 2. A 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). 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 déterminé en tenant compte de l'ensemble des limitations liées à la maladie psychique et à la dépendance (arrêt du Tribunal fédéral 9C_72/2012 du 21 août 2012 consid. 3).

- 9/11-

A/3557/2014 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_618/2014 du 9 janvier 2015 consid. 5.4). 3. En l'occurrence, il appert que le Dr F_____ n'a pas eu connaissance des consultations psychiatriques en urgence du recourant en 2002, voire auparavant. Il est à relever à cet égard que les troubles du comportement alors constatés ne semblaient pas être en rapport avec une alcoolisation aiguë. Au demeurant, l'expertise du Dr F_____ n'explique d'aucune façon les troubles de comportement du recourant, ainsi que son parcours de vie très instable. Il semble à cet égard que l'expert ait mis ces troubles en rapport avec une consommation d'alcool problématique, ce qui ne peut cependant être confirmé et ne ressort notamment pas des rapports établis par l'unité d'urgences psychiatriques. De surcroît, le Dr G_____ a relevé que le recourant était souvent anosognosique. De ce fait, les déclarations du seul recourant à l'expert ne sont pas suffisantes pour établir les diagnostics. Enfin, il ressort de l'expertise même du Dr F_____ que le cours et le contenu de la pensée du recourant sont manifestement troublés, son discours pauvre étant ponctué d'éléments incohérents et de réponses inappropriées. Cela constitue également un indice pour des troubles psychotiques. Cela étant, l'expertise du Dr F_____, outre le fait qu'elle a été établie sur la base d'un dossier médical incomplet, n'est pas convaincante. Aussi, il s'avère nécessaire de mettre en œuvre une expertise psychiatrique judiciaire. 4. Celle-ci sera confiée au Dr J_____. 5. Quant à la modification de la question n° 3 concernant l'évolution de la capacité de travail depuis 2010, le Dr I_____ souhaite que cette évolution soit évaluée depuis 2008, sans toutefois motiver cette requête. Même si a priori on ne voit pas en quoi l'état de santé du recourant à partir de 2008 serait décisif, la chambre de céans n'a néanmoins pas d'objection à ce que l'expert se prononce sur l'évolution de la capacité de travail des sept dernières années.

- 10/11-

A/3557/2014 6. Il sera encore relevé que l'expertise doit être l'expression impartiale de la connaissance scientifique et de l'expérience, ce qui implique que l'expert doit garder la distance nécessaire à l'égard de l'expertisé et présenter un comportement neutre. La rédaction doit être sobre et libre de toute qualification subjective, dans un sens ou dans un autre (Jacques MEINE, L'expert et l'expertise – Critères de validité de l'expertise médicale, in L'expertise médicale, Médecine et Hygiène 2002, p. 16).

PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : 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 M. A_____. - Examiner personnellement l'expertisé. - Prendre tous renseignements utiles, notamment auprès des médecins ayant eu connaissance du cas de l'expertisé, 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 sont vos diagnostics sur le plan psychiatrique ? 2. Quelles sont les limitations fonctionnelles de Monsieur A_____ sur le plan psychiatrique ? 3. Quelle est la capacité de travail de Monsieur A_____ et comment celle-ci a-t-elle évolué depuis 2008 ? 4. Si vous deviez avoir diagnostiqué des troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de psychotropes, y compris l'alcool, estimez-vous que la dépendance doit être qualifiée de primaire ou de secondaire ? Dans la première hypothèse, quelle est la pathologie psychiatrique qui a entraîné la dépendance aux

- 11/11-

A/3557/2014 psychotropes et cette atteinte doit-elle être considérée comme grave ? 5. Quelle serait la capacité de travail de Monsieur A_____, s'il s'abstenait de prendre des psychotropes, tels que l'alcool et les benzodiazépines ? 6. Dans l'hypothèse où l'abstinence de telles substances pourrait améliorer la capacité de travail de Monsieur A_____, serait-il exigible qu'il s'abstienne de la consommation d'alcool et de benzodiazépines ? 7. Comment vous déterminez-vous sur l'expertise du Dr F_____ ? 8. Quel est votre pronostic ? D. Invite le Dr J_____ à déposer le plus rapidement possible un rapport en trois exemplaires à la chambre de céans. E. Réserve le fond.

La greffière

Diana ZIERI

La présidente

Maya CRAMER

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties par le greffe le

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