

GE_GERICHTE A/1118/2007 vom 4. Januar 2008

GE Cour de justice, 2008-01-04, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1118_2007

FR: GE_GERICHTE A/1118/2007 du 4 janvier 2008

IT: GE_GERICHTE A/1118/2007 del 4 gennaio 2008

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 04.01.2008
A/1118/2007

A/1118/2007 ATAS/1/2008 du 04.01.2008 (AI) En fait En droit RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/1118/2007 ATAS/1/2008 ORDONNANCE D'EXPERTISE DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES du 4 janvier 2008 Chambre 5 En la cause Monsieur M _____, domicilié à CAROUGE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître MEYER Daniel Recourant contre OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, rue de Lyon 97, GENEVE Intimé EN FAIT Monsieur M _____, , était machiniste sur pelle et trax. En raison de lombo-sciatalgies, il dépose une première demande de prestations d'invalidité en date du 25 octobre 1988 et est mis au bénéfice d'un reclassement professionnel dans l'horlogerie. Cette formation est interrompue le 1^{er} novembre 1991, l'assuré ayant trouvé un emploi comme concierge avec son épouse. Le salaire dans cette profession était de 5'767 fr. par mois en 2003. Le 30 septembre 2003, l'assuré dépose une seconde demande de prestations d'invalidité, en vue de l'obtention d'un reclassement dans une nouvelle profession et d'un placement. Dans son rapport daté du 7 octobre 2003, le Dr A _____ diagnostique une hernie discale, des lombo-sciatalgies récidivantes et un état dépressif anxieux sévère. A titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, il mentionne une hypertension artérielle, une hyperuricémie et une gastrectomie des deux tiers en 1987. L'incapacité de travail est de 100 % dès le 13 mai 2003 pour une durée indéterminée. L'état de santé s'aggrave. L'état dépressif sévère s'est développé à la suite d'un conflit avec certains locataires. Le patient se sent dévalorisé et humilié. Dans l'annexe à son rapport médical concernant la réinsertion professionnelle, le Dr A _____ met un point d'interrogation à la question de savoir si on peut exiger que l'assuré exerce une autre activité. Selon le rapport du 14 octobre 2003 du Dr B _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, l'assuré présente un status post-intervention pour hernie discale en 1997, un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique depuis 2001 et aggravé en 2003, ainsi qu'une lombalgie sur arthrose depuis plusieurs années et aggravée en 2003. Sa capacité de travail est nulle depuis le 3 mai 2003 à ce jour. L'état est stationnaire. Des mesures médicales ne sont pas indiquées. Dans les plaintes subjectives, ce médecin mentionne des douleurs au dos, maux de tête, fatigue, irritabilité et troubles de la mémoire. Dans l'anamnèse, il est indiqué que l'assuré se trouve moins bien depuis 2001, ayant de plus en plus mal au dos et s'énervant facilement dans son travail de concierge. Selon les constatations objectives de ce médecin, le patient est triste et a le visage tendu. Le Dr B _____ relève en outre un ralentissement psychomoteur, une diminution de l'élan vital, des troubles de l'attention et de la concentration, des difficultés à mémoriser, des idées de dévalorisation, une angoisse avec boule oesophagienne, une perte de confiance en soi, une attitude morose vis-à-vis de l'avenir, une perturbation du sommeil avec éveils précoces

et une diminution de la libido. Dans le questionnaire complémentaire pour les troubles psychiques, le Dr B _____ indique que des particularités comportementales de nature sociale, culturelle ou familiale ne jouent aucun rôle dans l'affection actuelle. Les troubles psychiques ne sont pas non plus induits par le surmenage ou un milieu défavorable ni réactionnels à des événements de vie adverse. L'incapacité de travail est due à des affections physiques ou mentales uniquement. Dans leurs rapports du 16 décembre et du 20 décembre 2004, les Drs A _____ et B _____ confirment leurs déclarations précédentes. Le Dr B _____ ajoute que la compliance est optimale et que l'assuré bénéficie d'une prise en charge psychiatrique en son cabinet. Il estime qu'un retour au travail ne peut pas être envisagé ultérieurement, en raison des difficultés du patient à s'intégrer dans une équipe dues à des sentiments de persécution, une irritabilité et un ralentissement psychomoteur. Le 22 novembre 2005, l'assuré fait l'objet d'un examen clinique bidisciplinaire par le Service régional AI du Léman (ci-après : SMR). Selon le rapport du 5 décembre 2005 des Drs. C _____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, et D _____, psychiatre, l'assuré présente les diagnostics suivants, avec répercussion sur la capacité de travail : trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée, lombalgies communes, cervicalgies communes et goutte. A titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, ces médecins mentionnent un trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline, un excès pondéral et une suspicion de névrome de Morton au pied gauche. En raison des atteintes au rachis lombaire, il doit alterner une fois par heure la position assise et la position debout, ne doit pas soulever régulièrement des charges d'un poids excédant 10 kilos, porter régulièrement des charges d'un poids excédant 15 kilos et travailler en porte-à-faux statique prolongé du tronc. A cause des atteintes au rachis cervical, un travail exigeant le maintien de la tête dans une position immobile prolongée et le déploiement de force avec les membres supérieurs à plus de 60 degrés de flexion et/ou d'abduction des épaules est proscrit. S'agissant des limitations fonctionnelles au niveau psychiatrique, il est mentionné que "l'assuré doit reprendre un travail respectant les limitations fonctionnelles somatiques dès que possible, le travail de concierge n'est pas exclu, mais il doit se faire dans un autre lieu." Le rapport contient par ailleurs l'appréciation suivante : "Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20 % au moins ? La date de la mise en arrêt de travail de mai 2003 doit être considérée comme la date de la décompensation de son trouble de la personnalité sur un mode de réaction dépressive prolongée. Quant aux atteintes à la santé somatique, notamment ostéo-articulaires, elles sont compatibles avec l'activité de concierge, hors des périodes de crises de goutte; cette affection intercurrente d'apparition inopinée malgré un traitement médical approprié limite globalement l'exigibilité d'une activité même adaptée au plan bio-mécanique à environ 80 %. Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ? Tenant compte de la classification CIM-10 qui considère qu'une réaction dépressive prolongée est une atteinte à la santé qui ne persiste pas au-delà de deux ans, on peut considérer que l'assuré aurait pu reprendre une activité professionnelle adaptée, (c'est-à-dire non au contact avec ses voisins conflictuels) dès le mois de mai 2005. L'exigibilité somatique reste limitée à 80 % comme cela est précisé à l'alinéa précédent. Concernant la capacité de travail exigible, elle est totale du point de vue psychiatrique mais reste limitée à 80 % dans une activité adaptée comme celle de concierge dans l'optique somatique." Le rapport indique en outre que l'assuré est une personne avec une scolarité rudimentaire, dotée d'une fragilité sur le plan relationnel qui correspond à un trouble de la personnalité, lequel est responsable des difficultés à gérer les conflits et à amortir les situations interpersonnelles stressantes. Son

travail de concierge lui donnait satisfaction et il compensait les difficultés physiques en sollicitant des ressources propres, démontrant sa bonne volonté et son assiduité au travail. Toutefois, en raison d'un conflit avec une famille de locataires, l'assuré finit par devenir la risée des habitants de son quartier et ne reprendra plus son activité de concierge. Il n'a pas les moyens de résoudre le conflit actuel et sa souffrance inhérente génère une réaction dépressive et des douleurs qui s'amplifient à mesure de la confrontation avec les locataires. Toutefois, selon les déclarations de l'assuré, s'il n'avait pas eu les conflits de voisinage, il travaillerait toujours. De l'avis des médecins du SMR, l'assuré doit reprendre un travail qui ne ressort pas forcément de l'activité de concierge, mais qu'il doit exercer ailleurs où il ne sera plus en contact avec la famille de locataires conflictuelle. Enfin, il est relevé que sa souffrance est réelle, qu'elle ne peut pas être atténuée par une prise en charge médicale ni par des mesures professionnelles. Par décision du 15 juin 2006, l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OCAI) octroie à l'assuré une rente entière d'invalidité du 1^{er} mai 2004 au 31 juillet 2005, en admettant une amélioration de l'état de santé depuis mai 2005 et une capacité de travail de 80% dès cette date, sur la base du rapport d'examen du SMR. Par courrier du 14 septembre 2006, l'assuré, par l'intermédiaire de son mandataire, forme opposition à cette décision. Dans le cadre de cette procédure, il produit un courrier que le Dr B _____ a adressé à son mandataire le 10 novembre 2006. Dans ce courrier, ce médecin déclare notamment que les atteintes psychiques justifiaient à elles seules une incapacité de travail de 100 % et que celles-ci se sont chronicisées pour une durée indéterminée. Il estime par ailleurs que le patient n'est pas à même d'exercer le travail de concierge. Il existe uniquement une capacité de travail résiduelle dans un métier léger avec un encadrement bienveillant. Le pronostic est très difficile compte tenu de la situation clinique actuelle. Le 12 février 2007, l'OCAI détermine la perte de gain de l'assuré à 32,4 %. Par décision du 14 février 2007, l'OCAI rejette l'opposition de l'assuré, en se fondant sur le rapport du SMR, auquel il attribue une pleine valeur probante. Il persiste à considérer que l'assuré serait à même de poursuivre son activité habituelle de concierge, dans un autre contexte professionnel. Il relève par ailleurs que la problématique psychique est empreinte de facteurs sociaux et contextuels, mettant en doute sa valeur d'invalidité eu égard à la jurisprudence du Tribunal fédéral. Enfin, il lui refuse des mesures professionnelles, estimant que celles-ci seraient d'emblée vouées à l'échec, au vu de la conviction de l'assuré de ne plus pouvoir travailler à plein temps. Par acte du 19 mars 2007, l'assuré recourt contre cette décision, en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité entière au-delà du 1^{er} août 2005 pour une durée indéterminée, sous suite de dépens. Il conteste l'appréciation de sa capacité de travail sur le plan rhumatologique par les médecins du SMR et fait valoir que l'activité de concierge n'est pas adaptée à ses limitations fonctionnelles, comme l'a constaté le Dr A _____. Sur le plan psychique, le recourant souligne que l'atteinte dépressive se poursuit, au dépit de l'appréciation de la psychiatre du SMR, selon laquelle le trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée est compensée après deux ans. Il conteste en outre que la problématique psychiatrique trouve son origine dans le conflit relationnel vécu avec une famille de locataires, mais estime qu'elle résulte bien plus d'un état psychique indépendant de tout contexte psycho-social. Il fait également valoir que son état de santé physique s'est aggravé depuis 2003. Il reproche enfin à l'intimé de lui avoir refusé des mesures d'ordre professionnel, alors même que l'activité de concierge professionnel n'est plus adaptée à son état de santé. Dans son préavis du 15 mai 2007, l'intimé conclut au rejet du recours, en se référant à sa décision sur opposition. Par missive du 6 juin 2007, le recourant transmet au Tribunal de céans le rapport du 30 avril 2007 du

Service de rhumatologie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) signé par les Dresses E_____ et F_____. Il signale également une aggravation de son état de santé psychique et qu'il est maintenant suivi au Centre de thérapie brève (ci-après : CTB) Epinette. Enfin, il sollicite une audience de comparution personnelle des parties et l'audition du Dr B_____. Selon le rapport précité des Dresses E_____ et F_____, le recourant a été hospitalisé du 10 au 27 avril 2007 en raison d'une lombo-sciatalgie gauche. Outre cette atteinte, elles diagnostiquent une hernie discale médiane et para-médiane gauche L5-S1, une hypertension artérielle, une hyperuricémie, un status post-gastrectomie de deux tiers pour ulcère perforé, des lombalgies chroniques et un état dépressif. L'évolution est favorable sous traitement antalgique. Au premier plan, ces médecins constatent un état dépressif sévère, sans idées suicidaires, réactionnel à son handicap actuel et aggravé par une frustration sur le plan professionnel. A la demande du Tribunal de céans, les HUG lui transmettent leur rapport d'ergothérapie préprofessionnel du 16 mai 2007 concernant le recourant. Les capacités fonctionnelles de l'assuré ont été évaluées aux HUG les 23 et 24 avril 2007. Leur conclusion est la suivante : "Il avait auparavant un travail bien payé et avait la liberté de s'organiser. Pour les activités de jardinage, il employait une personne car cette activité lui était trop pénible. Il se faisait aider par ses fils dans certaines tâches quand celles-ci sont devenues trop difficiles à exécuter. Il aimait le contact avec les locataires. Monsieur M_____ vit de l'aide sociale de l'Hospice Général. Il supporte mal cette situation. Monsieur M_____ intègre dans ses tâches les gestes qui peuvent économiser son dos mais malgré cette protection, il n'arrive pas à exécuter certains mouvements. Le manque de force et la perte de sensibilité dans son membre inférieur gauche le gênent dans ses déplacements et ont une répercussion au niveau de son dos. D'autre part, M. M_____ manque d'endurance dans toute activité due à un déconditionnement global." Le 14 août 2007, le Service de psychiatrie adulte du CTB de la Jonction répond aux questions posées par le Tribunal de céans par son courrier du 3 juillet 2007. Le Dr. G_____, chef de clinique, diagnostique un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques. La capacité de travail du recourant est actuellement nulle. Ce médecin ne peut toutefois se prononcer sur l'évolution de la capacité de travail depuis 2003. Il ne partage par ailleurs pas le diagnostic de trouble de l'adaptation retenu par le SMR et évoquerait davantage un trouble dépressif récurrent. S'agissant du trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline retenu par le SMR, il retiendrait plutôt des traits de personnalité émotionnellement labile, au vu du fonctionnement antérieur normal du patient jusqu'à ces dernières années. Selon le Dr G_____, il semble que les difficultés relationnelles évoquées dans le rapport du SMR ont été exacerbées par une symptomatologie dépressive déjà présente. A cet égard, il relève que, lors de son suivi au CTB, le patient avait une interaction avec les autres patients, ainsi que les soignants non problématique. En revanche, il a des difficultés d'élaboration, ce qui dans les moments de conflit peut l'handicaper passablement. Lors de son séjour au CTB, il a bénéficié de plusieurs groupes thérapeutiques, d'un traitement médicamenteux comportant un traitement anti-dépresseur à dosage conséquent, associé à un deuxième anti-dépresseur sédatif, afin de diminuer les troubles du sommeil importants, avec également un somnifère classique, ainsi qu'un traitement anxiolytique. Le Dr G_____ relève également les douleurs chroniques et leur impact sur l'état dépressif, raison pour laquelle il a proposé au patient de suivre la consultation spécialisée de la douleur des HUG. Le 31 août 2007, le Tribunal de céans informe les parties qu'il a l'intention de mettre en œuvre une expertise psychiatrique et de la

confier au Dr H_____. Dans le délai qui leur est imparti, les parties ne formulent pas d'objections quant aux questions à poser à l'expert ni quant à la personne de celui-ci. EN DROIT 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). En l'espèce, les médecins du SMR, d'une part, et les Drs B_____ et G_____, d'autre part, ne sont pas d'accord sur les diagnostics. En effet, les premiers retiennent un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée, ainsi qu'accessoirement un trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline, alors que les seconds diagnostiquent un épisode dépressif moyen à sévère, qualifié de récurrent par le Dr G_____. Il ne résulte pas clairement du rapport du 5 décembre 2005 du SMR si l'assuré, au moment de l'examen, présentait toujours une symptomatologie dépressive sur la base de l'examen clinique. Il est uniquement mentionné que, puisque le trouble de l'adaptation ne persiste pas au-delà de deux ans, l'assuré aurait pu reprendre une activité professionnelle adaptée dès mai 2005. Cela donne l'impression que la fin de la symptomatologie dépressive a été arrêtée à cette date indépendamment du status psychiatrique réel du recourant. Par ailleurs, si la symptomatologie dépressive devait perdurer, comme cela semble être le cas, au vu du rapport des Drs B_____ et G_____, le diagnostic de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée ne paraît pas correct, puisqu'un tel trouble ne persiste généralement pas au-delà de deux ans. A tout le moins, il semble que ce diagnostic aurait dû être complété par le SMR. Cela étant, le rapport des médecins de ce service n'emporte pas la conviction du Tribunal de céans. Dans la mesure où la décision dont est recours est fondée sur ce rapport médical, il s'avère ainsi nécessaire de mettre en oeuvre une expertise psychiatrique. PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES : A. Ordonne une expertise judiciaire médicale. B. La confie au Dr H_____. C. Dit que la mission de ce médecin sera la suivante : Prendre connaissance du dossier médical de M. M_____. Examiner personnellement l'expertisé. Prendre tous renseignements utiles, notamment auprès des médecins ayant eu connaissance du cas de l'intéressé, en particulier des médecins traitants. S'adjoindre tout spécialiste requis au titre de consultant. Etablir un rapport écrit et répondre notamment aux questions suivantes : Quels diagnostics posez-vous dans une classification reconnue ? Quelle est la capacité de travail de M. M_____, compte tenu de ses affections psychiques ? Sur le plan psychiatrique et indépendamment de ses atteintes somatiques, M. M_____ pourrait-il travailler en tant que concierge dans un autre lieu, c'est-à-dire où il n'est pas en contact avec les voisins conflictuels ? Comment sa capacité de travail, sur le plan psychique, a-t-elle évolué depuis 2003 (en pourcentage) ? Son état de santé psychique s'est-il amélioré en mai 2005 ? Partagez-vous les diagnostics et l'appréciation de la capacité de travail pour raisons psychiques par le Service médical régional AI, dans son rapport du 5 décembre 2005 ? Le traitement des affections psychiques de M. M_____ est-il adéquat ? Quelle est sa compliance ? Au cas où le traitement médicamenteux des affections psychiques devait être considéré comme étant adéquat, comment vous expliquez-vous, le cas échéant, que la symptomatologie dépressive perdure ? Quel est votre pronostic ? Quelles autres observations avez-vous éventuellement à ajouter ? D. Invite le Dr H_____ à déposer le plus rapidement possible un rapport en deux

exemplaires au Tribunal de céans. E. Réserve le fond. La greffière Claire CHAVANNES 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.