

GE_GERICHTE A/1741/2022 vom 14. Februar 2023

GE Cour de justice, 2023-02-14, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1741_2022

FR: GE_GERICHTE A/1741/2022 du 14 février 2023

IT: GE_GERICHTE A/1741/2022 del 14 febbraio 2023

Erwägungen

E. 8

En l'espèce, seul le début de l'incapacité de travail est litigieux.!

E. 8.1

Le 18 octobre 2012, le docteur I_____ atteste une incapacité de travail de 100% dès le 26 avril 2011 et de 75% dès le 27 juin 2012 avec une tentative de reprise à 100% entre décembre 2011 et février 2012.!

Dans le rapport du 10 septembre 2012, les docteurs J_____, généraliste, F_____, rhumatologue, et K_____, psychiatre-psychothérapeute, du centre multidisciplinaire d'étude et de traitement de la douleur, retiennent les diagnostics de lombalgies chroniques et d'un probable syndrome radiculaire S1 droit en mars 2011 sur hernie discale L5-S1. Ils rapportent que le recourant présente des douleurs lombaires basses violentes, après avoir porté un lourd fauteuil de voiture le 22 avril 2011. Il constate alors qu'il est dans l'impossibilité de s'asseoir. L'évolution du syndrome radiculaire est favorable, mais les lombalgies persistent avec une perte de coordination musculaire et un cercle vicieux de limitations antalgiques et déconditionnement. Le 25 octobre 2012 a lieu un entretien avec un spécialiste de réinsertion professionnelle de l'intimé. Le recourant n'est resté assis que 10 minutes. Le reste de l'entretien se poursuit en position debout. Il montre beaucoup d'émotion en faisant état d'un manque de soutien de son épouse et d'une forme d'harcèlement moral de la part de sa belle-mère à cause de son handicap. Il apparaît aussi triste et abattu du fait qu'il ne peut plus porter ses enfants. Le 23 décembre 2012, le docteur K_____, psychiatre-psychothérapeute, atteste un trouble dépressif majeur du recourant depuis l'été 2012, après une décompensation progressive fin 2011 en réaction à ses problèmes de dos. Ce médecin ne se prononce pas sur la capacité de travail. Dans son rapport du 27 décembre 2012, le Dr F_____, responsable du programme PRODIGE des institutions universitaires de Genève, retient un syndrome lombo-vertébral persistant avec une douleur cotée à 7,5 sur 10. Le handicap fonctionnel est très sévère. Il y a quelques éléments pour un trouble anxieux, mais surtout pour un trouble dépressif avec une kinésiophobie très marquée. Le score de qualité de vie est effondré. Malgré la discipline et la constance dans le suivi du programme, le recourant n'a pas réussi l'objectif de rester assis pendant 15 minutes. Uniquement de petites améliorations ont pu être obtenues. Selon le rapport du 8 avril 2013 du docteur L_____, psychiatre-psychothérapeute et médecin consultant mandaté par le Service de santé et du personnel de l'État (ci-après : SPE), le recourant présente une somatisation. Il est euthymique et sans anxiété, semblant attendre des autres qu'ils règlent son problème. Le pronostic est très réservé au vu de la durée de l'absence. Dans leur rapport d'examen du 14 avril 2014, les docteurs M_____, spécialiste en chirurgie orthopédique, et N_____, psychiatre-psychothérapeute, du SMR, retiennent les diagnostics incapacitants de lombalgies chroniques, de discopathie L5-S1 avec protrusion discale et d'arthrose des

articulations postérieures pluri-étagées. À titre de diagnostics sans répercussion de la capacité de travail, ils mentionnent un status après lombosciatalgies et une hernie discale L5-S1 et après cervicobrachialgies en 2008 et 2010 et une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques. Il s'agit d'une amplification involontaire avec un ressenti des douleurs très supérieur à ce que laisserait supposer l'atteinte organique initiale. Il n'y a pas de comorbidité psychiatrique manifeste, mais néanmoins un état psychique cristallisé, sans évolution possible sur le plan thérapeutique. Toutefois, il n'y a pas de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et le recourant a conservé des centres d'intérêts (cuisiner, regarder la télévision, surfer sur internet et jouer aux cartes avec les enfants). Le diagnostic de somatisation est écarté, en l'absence du caractère de variabilité des plaintes dans le temps et du critère d'absence de toute cause organique. La capacité de travail est dès lors totale, selon les médecins du SMR. Le 12 février 2013, le spécialiste en réadaptation note qu'une mesure d'adaptation ergonomique de la place de travail n'a pas pu être effectuée, le recourant n'ayant pas repris de travail depuis le 10 novembre 2012. Les douleurs sont très fortes et il lui est difficile de se déplacer. Dans son rapport du 15 décembre 2014, le Dr F_____ se détermine sur le rapport d'examen du SMR. Il relève qu'il n'est pas mentionné dans ce rapport que le recourant a passé l'intégralité des deux entretiens sans s'asseoir. Dans la description de la vie quotidienne, il n'est pas non plus indiqué qu'il ne s'assoit jamais et qu'il passe de la position debout à la position couchée à de nombreuses reprises pendant la journée, la position debout et la marche étant également fortement limitées. Par ailleurs, un poste semi-sédentaire essentiellement debout avait été essayé en 2012 à 25%, mais le recourant n'avait pas eu la capacité physique de poursuivre au-delà de trois mois, compte tenu des déplacements nécessaires pour se rendre à son travail. Ainsi, l'appréciation de la capacité de travail par le SMR ne correspond pas au handicap fonctionnel dont il est affecté. Le docteur O_____, médecin à la consultation de médecine physique et réhabilitation du Centre hospitalier universitaire vaudois (ci-après : CHUV), pose, dans son rapport du 9 février 2016, les diagnostics de lombalgies dans le cadre d'une discopathie L5-S1 avec un status après hernie discale à ce niveau en régression spontanée, de déconditionnement physique et psychique et de probables troubles anxieux. Il semble qu'il y a une exacerbation des scores au test de dépression sur le plan de l'anxiété. Par contre, la dépression est un peu moins marquée. Le score de kinésiophobie reste élevé (40/68). Ce tableau montre une importante souffrance restreignant de manière sévère la fonction du recourant. Dans leur rapport du 26 octobre 2020, les experts de la CRR constatent que le recourant a présenté en avril 2011 une lombo-sciatalgie droite sur une hernie discale L5-S1. Après un traitement conservateur, l'évolution s'est faite vers des lombalgies chroniques persistantes. Les traitements à visées antalgiques ont uniquement permis de diminuer la kinésiophobie. L'assuré se dit incapable de vivre autrement que debout ou couché depuis plusieurs années. Au niveau psychique, un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive brève est diagnostiqué devant un état dépressif léger transitoire, ne persistant pas au-delà d'un mois, en lien avec la demande de séparation par son épouse. La capacité de travail est complète dans une activité adaptée permettant le changement des positions deux fois par heure, sans port de charges supérieures à 5 kg et sans positions en porte-à-faux du rachis. Dans son rapport du 18 janvier 2021, la Dresse E_____ retient également le diagnostic de lombalgies communes chroniques. La situation familiale est compliquée avec un conflit de couple majeur, surtout depuis que les lombalgies empêchent le recourant de travailler. Sa belle-mère le déconsidère aux yeux de sa femme. En 2017, il rejoint sa femme à Londres où la situation était plutôt paisible avec son épouse, hormis les

difficultés financières. En 2020, la famille rentre en Suisse et sa femme le quitte et coupe tout contact. Il se retrouve finalement sans domicile et moyens financiers, si bien qu'il doit faire appel à l'aide de l'Hospice général qui lui procure également une chambre à l'hôtel. Le Dr F_____ a posé le diagnostic de lombalgies communes, dans son rapport du 29 janvier 2021. Le bilan met en évidence un important déconditionnement physique, psychique et social. Du 8 février au 16 avril 2021, le recourant participe au programme ProMIDos. À la fin de ce programme, le Dr F_____ pose le diagnostic de trouble somatoforme douloureux, dans son rapport du 10 mai 2021. L'assuré a une extrême difficulté à s'asseoir. Les tentatives pour s'asseoir sont accompagnées de manifestations anxieuses et cette situation ne peut se comprendre par un phénomène uniquement musculo-articulaire dans le cadre d'une lombalgie commune. Dans son rapport du 11 mai 2021, le Dr G_____ retient les diagnostics d'épisode dépressif moyen provoquant une incapacité de travail de 80% et d'autre trouble spécifique de la personnalité entraînant une incapacité de travail d'au moins 50%. Il relève notamment que le recourant essaie de donner une bonne image de lui-même, mais que cette posture est souvent difficile à tenir. Il se dévoile alors dans sa grande détresse avec des pleurs soudains. Le recourant est limité pour identifier ses émotions et même pour les mentaliser. Ce fait a rendu les évaluations difficiles, l'expert n'ayant pas le temps nécessaire pour avoir accès à l'histoire effective, ainsi qu'à la détresse morale et émotionnelle. Par ailleurs, les anciens amis et connaissances du recourant ne prennent plus contact avec lui et la seule personne de contact est le deuxième mari de feu sa mère. Enfant, il était toujours sur ses gardes et en alerte, ayant été victime de bullying. Il se décrit comme très responsable avec un sens élevé du devoir et une incapacité de se pardonner l'échec. Les abandons dans son histoire l'ont profondément marqué (son père quitte la famille à sa naissance, sa sœur coupe les ponts, la mère meurt subitement d'un cancer en 2010, puis dernièrement sa femme se sépare de lui). Dans le complément d'expertise de la CRR du 13 septembre 2021, la Dresse D_____ admet un trouble de la personnalité anankastique (obsessionnel compulsif) et une anxiété généralisée. Les éléments dépressifs n'atteignent pas le seuil diagnostique d'un épisode dépressif et le recourant ne bénéficie d'aucun traitement antidépresseur. Elle écarte le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant, l'assuré ne décrivant pas de douleur persistante et intense s'accompagnant d'un sentiment de détresse. Pourtant, au ch. 7.1 de son rapport, l'experte psychiatre mentionne que le recourant rapporte une symptomatologie douloureuse intense au niveau du dos qui l'empêche de s'asseoir et rend toute activité professionnelle impossible. Selon cette experte, c'est la séparation abrupte de sa femme qui a entraîné une déstabilisation de l'équilibre psychique du recourant qui avait pu fonctionner jusque-là malgré un trouble de la personnalité, pouvant s'occuper des enfants à Londres par exemple. Cette séparation a aussi contribué à l'installation d'une anxiété généralisée. Une prise en charge par antidépresseurs et anxiolytiques pourrait améliorer la capacité de travail. Ce traitement médicamenteux pourrait également permettre dans un second temps une meilleure gestion de la douleur. Il n'y a pas d'exagération des troubles. L'incapacité de travail est totale depuis mai 2020, soit depuis la décompensation du trouble de la personnalité et l'installation progressive d'une anxiété généralisée dès son retour en Suisse et la séparation du couple. Dans rapport du 25 mai 2022, le Dr G_____ déclare que le trouble de la personnalité s'est décompensé depuis fin 2014, soit à la fin du versement de la rente provisoire du 2^e pilier, de sorte que le recourant est en incapacité de travail depuis cette date. Dès la perte des revenus, le recourant commence à être l'objet d'humiliations, de rabaissement et d'insultes de son épouse et de récriminations de sa belle-mère. Afin de préserver son idéal d'une famille unie,

il a passé des années figé et isolé à s'occuper de la maison et des enfants, avec l'espoir de calmer son épouse. Cela est l'expression de la manifestation d'un trouble de la personnalité déjà décompensé, selon ce médecin.

E. 8.2

En l'occurrence, le complément d'expertise de la CRR remplit certes la plupart de critères pour lui reconnaître une pleine valeur probante. Toutefois, la chambre de céans n'est pas convaincue par la date du début de l'incapacité de travail retenue par l'experte psychiatre. En effet, il ressort du dossier médical que depuis la survenance de la hernie discale le 22 avril 2011 la symptomatologie n'a guère changé. Au début, les douleurs du dos et limitations fonctionnelles s'expliquaient par la hernie discale, mais depuis la régression de cette atteinte les médecins sont unanimes pour dénier tout substrat organique objectivable à ces douleurs et surtout à l'impossibilité de s'asseoir. Depuis l'été 2012, des symptômes dépressifs sont également présents (cf. rapport du Dr K_____), étant précisé que l'incapacité de travail du recourant a détérioré dès le départ les relations de couple et provoqué une déconsidération du recourant par sa belle-mère, surtout à partir du moment où le recourant ne pouvait plus participer à l'entretien de la famille. Le handicap fonctionnel est très sévère, comme le note le Dr F_____ le 27 décembre 2012, et il y a aussi des éléments pour un trouble anxieux et surtout un trouble dépressif avec un score de qualité de vie effondré. Les médecins du SMR constatent dans leur rapport du 14 avril 2014, un état psychique cristallisé, sans évolution possible sur le plan thérapeutique. En 2016, le Dr O_____ fait état d'une importante souffrance avec une limitation fonctionnelle sévère. Partant, une aggravation en mai 2020 ne peut être constatée, même si le recourant était devenu, après le départ de sa femme, un sans-abri et dépourvu de tout moyen financier, après avoir vécu, après son licenciement, d'une rente provisoire du 2^e pilier, puis de ses économies jusqu'en 2019. Il n'est ainsi pas convaincant que les atteintes à la santé psychique, en particulier le trouble de la personnalité, se sont décompensées seulement en mai 2020. Ces atteintes, dont les diagnostics précis peuvent rester ouverts, notamment celui du trouble somatoforme douloureux, sont la cause de la limitation fonctionnelle sévère dès le début, même si la qualité de vie du recourant s'est encore considérablement détériorée avec le départ de sa femme et ses enfants. Depuis avril 2011, le recourant n'a plus pu fonctionner normalement, contrairement à ce que la Dresse D_____ affirme, devant passer sa vie entre la position debout ou couchée, même s'il était encore capable de s'occuper de ses enfants. À cela s'ajoute que, comme le Dr G_____ le relève, le recourant cache sa souffrance, en attribuant à ses douleurs et limitations fonctionnelles une étiologie purement physique, de sorte que les expertises ne permettent éventuellement pas de mettre en évidence toute sa souffrance. Selon le Dr G_____, il y a une décompensation du trouble de la personnalité seulement fin 2014. Toutefois, le manque de soutien de son épouse et le harcèlement moral de la part de sa belle-mère sont déjà documentés en octobre 2012 et le Dr F_____ fait état d'un score de qualité de vie effondré en décembre 2012. Il n'est dès lors pas convaincant que les atteintes n'ont provoqué une incapacité de travail que fin 2014, voire plus tard avec la fin du versement de la rente provisoire. Au demeurant, le Dr G_____ n'était pas le psychiatre traitant à cette époque. Il sied de relever qu'en l'absence d'éléments d'exagération ou d'incohérence, ainsi qu'en présence de limitations uniformes dans tous les domaines de la vie et d'un handicap fonctionnel sévère, les indicateurs jurisprudentiels pour examiner le caractère invalidant des troubles psychiques sont réalisés, même si les diagnostics des différents psychiatres consultés sont en partie divergents. Sur le plan social, il est rapporté dans le rapport d'examen du SMR que le recourant avait un ami

qu'il voyait environ une fois par mois et que les époux voyaient aussi d'autres couples d'amis de temps en temps. Toutefois, comme relevé ci-dessus les relations de couple se sont dégradées du fait de l'incapacité de travail du recourant et du comportement de sa belle-mère qui le dévalorisait aux yeux de son épouse. À part sa femme et ses enfants, les relations sociales du recourant étaient donc déjà pauvres au début de sa maladie. Elles sont inexistantes depuis son retour en Suisse, à part les contacts avec ses enfants et le deuxième mari de sa mère. Le recourant a également participé activement aux programmes pour le dos qui lui ont été proposés et s'est montré compliant aux traitements antalgiques. Il est vrai qu'il ne prend pas de traitement antidépresseur. Toutefois, il ne lui a pas été proposé et il ne s'est pas opposé à un tel traitement. Quant aux comorbidités, il est difficile de savoir ce qui constitue la cause de son handicap fonctionnel, se manifestant par une extrême difficulté de s'asseoir, et ce qui doit être considéré comme une comorbidité. En admettant que c'est le trouble de la personnalité qui a provoqué les limitations fonctionnelles, il sied de reconnaître qu'il y a des comorbidités sous forme d'un trouble dépressif, présent à plusieurs reprises dans son histoire, comme l'expose le Dr G_____ et comme cela ressort du dossier médical, et d'une anxiété. Par conséquent, une incapacité de travail doit être admise dès avril 2011. Dans la mesure où le recourant a déposé sa demande en septembre 2012, le droit à la rente naît en mars 2013.

E. 9

Le recours sera ainsi admis, la décision querellée réformée dans le sens que le recourant a droit à une rente d'invalidité entière dès le 1^{er} mars 2013.!

E. 10

Le recourant obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 2'500.- lui est octroyée à titre de dépens. !

E. 11

L'intimé qui succombe sera condamné au paiement d'un émolument de justice de CHF 200.-!
PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

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