

GE_GERICHTE A/2503/2012 vom 20. März 2013

GE Cour de justice, 2013-03-20, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2503_2012

FR: GE_GERICHTE A/2503/2012 du 20 mars 2013

IT: GE_GERICHTE A/2503/2012 del 20 marzo 2013

Erwägungen

E. 5

ème Chambre En la cause Monsieur A _____, domicilié à VESENAZ, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître PETITAT Pierre-Bernard Recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, Service juridique, rue des Gares 12, GENEVE Intimé EN FAIT Monsieur A _____, né en 1952 et originaire d'Afghanistan, est entré en Suisse en octobre 1980. Il est père d'une fille née en 1988. Après un premier mariage dissout par le divorce, il se remarie en 1998. L'intéressé a obtenu une licence en biologie en Afghanistan. Selon son curriculum vitae, il a travaillé comme vendeur indépendant de 1984 à 1987 à Zurich, puis en tant que chauffeur en 1992 et ensuite exploité un magasin d'artisanat de 1993 à 2004. De 2000 à 2002, il a travaillé également à 50% en tant que chauffeur. Après une période de chômage, il est entretenu par l'Hospice général. Du 21 janvier au 3 février 1992, l'assuré est hospitalisé pour la première fois à la Clinique de psychiatrie des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG). Selon le résumé de séjour y relatif, c'est lors d'un séjour dans sa belle-famille à Albertville pour un voyage d'affaires et le jour même du départ de son père définitivement pour l'Afghanistan, que l'assuré a développé un état délirant aigu persécutoire accompagné d'hallucinations auditives et d'une agitation psychomotrice, nécessitant son hospitalisation dans une clinique psychiatrique à Chambéry. Après cinq jours, il est rapatrié aux HUG, lesquels poursuivent le traitement neuroleptique, auquel l'assuré répond favorablement. Du 18 au 24 décembre 1993, l'assuré est hospitalisé une deuxième fois en entrée non-volontaire à la Clinique psychiatrique des HUG pour un état d'angoisse important avec perplexité et hallucinations auditives, alors qu'il est en rupture de traitement, erre dans la ville et tente de se défenestrer. Marié depuis quatre à cinq ans, il a des problèmes de couple depuis un peu plus d'un an. Il rencontre par ailleurs des problèmes financiers. Depuis un mois, il aurait un comportement inadéquat avec de grandes craintes d'attaques de l'extérieur. Dans ce contexte, sa femme aurait demandé le divorce. Un entretien de famille avec notamment le frère de l'assuré a mis en évidence que la problématique actuelle est en lien avec le projet du divorce. Une demande de prise en charge au Centre de thérapie brève (CTB) est effectuée. En mai 2009, l'Hospice général fait parvenir à l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci après: OAI) le formulaire concernant la détection précoce de l'invalidité concernant l'intéressé. Il y indique que celui-ci est en incapacité de travail totale depuis le 1^{er} février 2006 en raison d'une dépression. Du procès-verbal de l'entretien d'évaluation à la division de la détection précoce du 18 novembre 2009 résulte que l'assuré a subi une dépression, suite au divorce en 1992, avec plusieurs hospitalisations, la première en 1992 et la dernière en 2008. Il est suivi par le Dr L _____, psychiatre, et prend un traitement antidépresseur. A titre de profession, l'assuré indique la profession de chauffeur, placé par l'Hospice général en dernier lieu. Il espère pouvoir retravailler en tant que chauffeur. Ses occupations dans la journée sont la lecture de journaux, la télévision et parfois la

fréquentation du marché aux puces. En décembre 2009, l'assuré requiert des prestations de l'assurance-invalidité. Dans son rapport du 15 janvier 2010, le Dr L_____ émet les diagnostics d'alcoolisme chronique, de lombosciatalgies L3-L4 et L4-L5, ainsi que d'état dépressif. A titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, il mentionne une goutte, un status post-traumatique cranio-cérébral (alcoolisation aigue) en 2008 et 2009. Il y a eu plusieurs hospitalisations en urgence aux HUG pour traumatismes liés à l'alcoolisation aigue jusqu'en 2009. Le traitement actuel consiste en abstinence d'opiacés, traitement antidépresseur et infiltrations pour les douleurs du dos. Depuis une condamnation de l'assuré en 2008, une psychothérapie ambulatoire a été ordonnée. Sa capacité de travail est nulle. Enfin, selon ce praticien, le patient vit dans l'alcool depuis plusieurs années. Il est dépressif et évolue dans un milieu entouré d'amis alcooliques ou drogués. Ce praticien ne voit que très difficilement une reprise d'activité. Selon le rapport du 16 juin 2010 du Dr L_____, le patient est un ancien alcoolique qui a subi plusieurs traumatismes cranio-cérébraux. Il présente une humeur dépressive, des troubles du sommeil, une perte de libido et une anhédonie. Sur plan somatique, il se plaint de douleurs au dos, ainsi que de céphalées frontales, indépendamment des traumatismes post-chutes fréquents liés à l'alcool. L'évolution n'est pas favorable. Une recherche est en cours pour trouver un psychiatre parlant la langue maternelle de l'assuré à cause de l'aggravation de son état psychique. Les examens sanguins sont compatibles avec une abstinence d'alcool ou une consommation très modérée. Le 2 juillet 2010, l'OAI communique à l'assuré que les mesures de réadaptation professionnelle ne sont actuellement pas indiquées. En février 2011, l'assuré est soumis à une expertise bi-disciplinaire rhumatologique et psychiatrique et, en juin 2011, à un examen radiologique au Bureau Romand d'Expertises Médicales (BREM). Dans leur rapport du 5 octobre 2011, le Dr M_____, rhumatologue, et le Dr N_____, psychiatre, n'émettent aucun diagnostic avec effet sur la capacité de travail, que ce soit sur le plan somatique ou psychique. A titre de diagnostics sans répercussions sur la capacité de travail, ils mentionnent des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, utilisation continue (début de la consommation d'alcool depuis 1980), des troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation du cannabis, utilisation épisodique, des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation du tabac, utilisation continue, et des lombalgies chroniques sur discopathie L5-S1. Les experts concluent ainsi à une capacité de travail entière sans diminution de rendement. Sur le plan somatique, l'assuré indique souffrir de lombalgies depuis 20 ans, aggravées depuis 2010, suite à un accident de la circulation. Il décrit de fortes lombalgies, présentes 24 heures sur 24, soulagées par la kinésithérapie et la natation. Le traitement antalgique semble sans effet. Néanmoins, l'examen clinique rhumatologique est dans la norme et permet d'exclure une atteinte radiculaire ou un problème de posture. Une IRM des sacro-iliaques est aussi dans la norme, même si elle montre la présence d'une hernie discale L5-S1. Celle-ci ne semble toutefois pas avoir de répercussions sur l'état clinique, l'assuré ne se plaignant pas d'irradiations dans la jambe gauche et l'examen neurologique étant dans la norme. L'examen clinique n'a pas mis en évidence des signes cliniques liés à l'alcoolisme chronique et les dosages sanguins, montrant des tests hépatiques légèrement perturbés et une Carbohydre Deficient Transferrin (CDT; il s'agit d'un test de la consommation d'alcool) douteux, ne permettent pas de confirmer une consommation chronique d'alcool. Sur le plan psychiatrique, le Dr N_____ considère que l'assuré ne remplit pas les critères pour le diagnostic d'épisode dépressif, dans la mesure où il sort tous les jours, rencontre des amis, effectue des activités telles que le jeu d'échec, la lecture et l'écoute de la musique. Il n'y a actuellement pas de

symptomatologie de la lignée psychotique. L'expert recommande une prise en charge spécifique par rapport au problème de la dépendance à l'alcool par un médecin- psychiatre. Le 30 avril 2012, l'OAI informe l'assuré qu'il a l'intention de lui refuser le droit aux prestations d'invalidité. Par courrier daté du 7 juin 2012, l'assuré s'oppose à ce projet. Par décision du 15 juin 2012, l'OAI confirme le projet de décision précité. Par acte posté le 16 août 2012, l'assuré recourt contre cette décision, par l'intermédiaire de son conseil, en concluant à son annulation et à l'octroi des prestations de l'assurance-invalidité, soit notamment d'une rente entière. Préalablement, il demande son audition. Il relève être suivi depuis 2011 par le Dr O _____, psychiatre, selon lequel il souffre d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, confirmant ainsi les diagnostics émis par le Dr L _____. Le Dr N _____ est ainsi le seul médecin à écarter ce diagnostic. Le recourant fait valoir être empêché de poursuivre son activité professionnelle à 100% également pour des raisons somatiques et que sa capacité de gain était nulle. Selon le rapport du 15 août 2012 du Dr O _____, le diagnostic de troubles dépressifs récurrents, épisode actuel moyen, est clairement établi. Le fait que l'assuré joue quelques fois par semaine aux échecs n'est pas un critère suffisant pour justifier l'absence d'un tel trouble. Il s'agissait de la seule activité qui détendait l'assuré et lui permettait de faire face aux idées noires et de désespoir. Les jours où il ne jouait pas aux échecs, il était bien plus irritable et "persécuté" avec une symptomatologie dépressive plus marquée. A deux reprises cette symptomatologie comportait également des épisodes avec symptômes psychotiques. Ce facteur aggravant ne pouvait pas être constaté lors d'une expertise ponctuelle. Enfin, ce praticien a fait état d'une nouvelle hospitalisation de trois semaines de l'assuré en raison de sa symptomatologie dépressive. A la demande de la Cour, la Clinique genevoise de Montana lui fait parvenir son rapport du 22 mai 2012, selon lequel l'assuré y a séjourné du 4 au 10 mai 2012 en raison d'une dépendance à l'alcool, abstinent en milieu protégé. Les comorbidités sont un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen sans somatisation, une consommation occasionnelle de cannabis et un tabagisme actif, ainsi qu'un status post-décompensation psychotique en 2005, 1993 et 1992. Le motif d'hospitalisation est un sevrage d'alcool. L'assuré a signé un contrat d'abstinence auquel il s'est tenu et a régulièrement participé au groupe d'addiction, aux entretiens et au groupe relaxation. Durant les groupes et les entretiens, il a montré une bonne introspection et a pu verbaliser les effets positifs du sevrage. Il a toutefois écourté son séjour, son épouse ayant beaucoup de difficultés à être éloignée de lui. Ladite clinique transmet également son rapport du 2 août 2012 relatif à l'hospitalisation de l'assuré du 24 juillet au 6 août 2012. Elle y pose les mêmes diagnostics. L'hospitalisation est indiquée pour un sevrage d'alcool avec soutien psychologique. La participation de l'assuré aux groupes et aux entretiens est régulière. Il a conscientisé avoir besoin de se sentir utile afin de donner un sens à sa vie. Il aimerait postuler pour des traductions auprès de l'association Appartenance ou suivre des cours à l'université comme auditeur, à son retour à Genève. Le bilan du séjour est positif, l'assuré ayant retrouvé de l'élan vital. Dans son avis médical du 27 novembre 2012, la Dresse P _____ du SMR se demande s'il existe une aggravation de l'état de santé psychique du recourant postérieure à la décision querellée. Elle requiert ainsi d'interroger le Dr O _____ à ce sujet, tout en précisant qu'en l'absence d'une atteinte psychiatrique préexistante à la dépendance éthylique, l'existence d'un alcoolisme primaire ne peut être remise en question. Par courrier daté du 11 décembre 2012, le Dr O _____ informe la Cour que l'assuré est suivi à son cabinet depuis le 26 septembre 2011. Son anamnèse est superposable à celle de l'expertise du BREM. Le status de cette expertise était succinct. Le

médecin traitant décrit le status de la manière suivante: patient calme, orienté, collaborant; hygiène limite inférieure à la norme, voire négligée; thymie triste, idée de dévalorisation, de ruine, de désespoir avec un caractère délirant congruent à l'humeur, partiellement anosognosique. L'assuré n'a pas d'idées suicidaires et dit entendre des voix-bruits la nuit. Il est méfiant et refuse le traitement neuroleptique proposé (il l'acceptera deux séances plus tard). Actuellement le status est superposable à celui au début du suivi avec toutefois une disparition des idées délirantes congruentes à l'humeur. Les hallucinations auditives et idées de ruine, ainsi que la symptomatologie dépressive persistent. Depuis juin 2012, l'état est stationnaire. Outre un traitement médicamenteux, l'assuré suit une psychothérapie une fois par semaine. Enfin, la compliance n'est pas toujours optimale. Dans son avis médical du 11 janvier 2013, la Dresse P_____ du SMR relève qu'il y a une aggravation de l'état de santé antérieure à la décision querellée. A cet égard, elle signale n'avoir pas été au courant que le recourant est suivi par le Dr O_____. Par ailleurs, le rapport d'expertise du BREM a recommandé la mise en place d'une prise en charge psychiatrique. Cela étant, le médecin du SMR préconise une expertise psychiatrique avec bilan neuropsychologique. Par écriture du 15 janvier 2013, l'intimé fait sien l'avis médical du SMR. A la même date, le recourant soutient, sur la base des rapports de ses médecins traitants, qu'il souffre d'une dépression récurrente et de lombalgies basses, ainsi que de cervicalgies rendant toute activité physique impossible. Il relève par ailleurs avoir été victime de trois accidents, à savoir le 7 janvier 2009 (chute d'un arbre), le 31 mai 2010 (chute dans les escaliers) et le 18 décembre 2010 (accident sur la voie publique). Selon le recourant, ces accidents ont vraisemblablement laissé des séquelles sur sa santé. Cela étant, le recourant persiste dans ses conclusions. Le 26 février 2013, la Cour informe les parties qu'elle a l'intention de mettre en œuvre une expertise judiciaire et de la confier au Dr Q_____, psychiatre à Genève. Elle leur communique également la mission de l'expert. Le 1^{er} mars 2013, le recourant accepte le choix de l'expert et sa mission. Sur la base d'un avis médical du SMR du 4 mars 2013, l'intimé accepte également le choix de l'expert et requiert que le questionnaire à celui-ci soit complété. EN DROIT 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 ; ATF 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). 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). Notre Haute

Cour a à cet égard précisé que 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_395/2007, consid. 2.2). Le Tribunal fédéral a aussi exposé qu'en matière de dépendance à l'alcool, la science médicale distingue les troubles psychiatriques induits (secondaires à la prise d'alcool) des troubles psychiatriques indépendants (associés à la consommation d'alcool). La démarche diagnostique est délicate, dans la mesure où les effets d'une consommation abusive d'alcool affectent inévitablement le tableau clinique. En règle générale, les signes et symptômes psychiatriques sont induits et s'amendent spontanément par l'arrêt de la consommation dans les semaines qui suivent le sevrage. Dès lors, ils ne sauraient par conséquent faire l'objet d'un diagnostic psychiatrique séparé. En revanche, si à l'issue d'une période d'abstinence suffisante, les éléments réunis sont suffisants, il y a lieu de retenir l'existence d'une comorbidité psychiatrique. L'anamnèse, notamment l'historique de la consommation d'alcool depuis l'adolescence, peut constituer un instrument utile dans le cadre de la détermination du diagnostic, notamment s'agissant de la préexistence d'un trouble indépendant (arrêt du Tribunal fédéral 9C_395/2007, consid. 2.3 et réf. y citées, à savoir THONNEY/GAMMETER, Alcool: problèmes psychiatriques courants. « La boîte à outils du praticien », Revue médicale de la Suisse romande, 2004; 124: p. 415 ss; Roland GAMMETER, Comorbidités psychiatriques associées à la dépendance à l'alcool, Forum Med Suisse, 2002; 23: p. 562 ss; SHIVANI/GOLDSMITH/ANTHENELLI, Alcoholism and psychiatric disorder: diagnostic challenges, Alcohol Research & Health, 2002; 26(2): p. 90 ss; Christine DAVIDSON, Identification et traitement des comorbidités psychiatriques associées à l'alcoolodépendance, Praxis 1999; 88: p. 1720). 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_395/2007, consid. 2.4). En l'espèce, l'appréciation de l'état de santé et de la capacité de travail par les experts du BREM et par le médecin traitant sont diamétralement opposés. Par ailleurs, même le médecin du SMR recommande de procéder à une expertise judiciaire, ce que l'intimé reprend dans ses conclusions. Cela étant, la Cour juge nécessaire de soumettre le recourant à une expertise

psychiatrique judiciaire. Quant à la mission d'expertise, la Cour estime qu'il n'y a pas lieu de la compléter. En effet, la question suggérée par le SMR concernant le taux de capacité de travail dans l'activité habituelle ou une autre activité adaptée est déjà contenue à la question 7 communiquée aux parties, étant précisé que l'activité habituelle était celle de chauffeur. Par ailleurs, à la question 8, il est demandé comment la capacité de travail a évolué depuis l'expertise du BREM, ce qui revient à demander depuis quand l'assuré peut éventuellement effectuer une activité adaptée aux limitations fonctionnelles psychiatriques, tel que requis par le médecin du SMR. L'expertise sera confiée au Dr Q_____.

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