

## **GE\_GERICHTE A/3479/2010 vom 11. Juni 2012**

GE Cour de justice, 2012-06-11, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_3479\\_2010](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3479_2010)

FR: GE\_GERICHTE A/3479/2010 du 11 juin 2012

IT: GE\_GERICHTE A/3479/2010 del 11 giugno 2012

### **Erwägungen**

#### **E. 3**

ème Chambre En la cause Monsieur B \_\_\_\_\_, domicilié à Onex, représenté par l'Assoc. permanence défense des patients et assurés recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, rue de Lyon 97, case postale 425, 1211 Genève 13 intimé Monsieur B \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), né en 1976, a exercé la profession d'ouvrier de production chez X \_\_\_\_\_ de janvier 2004 à octobre 2008 pour un revenu moyen d'environ 80'000 fr. par année. Le 8 novembre 2008, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après OAI) en invoquant une psychose. Le 12 décembre 2008, le Dr L \_\_\_\_\_, du Centre de thérapies brèves (CTB) de la Servette (Département de psychiatrie des Hôpitaux Universitaires de Genève [HUG]), a rédigé un rapport dont il ressort que l'assuré souffrait alors d'un état dépressif moyen apparu deux ans plus tôt. Le médecin attestait que l'incapacité de travail de l'assuré était totale, à tout le moins depuis le 11 novembre 2008, date du début de son suivi au CTB, et précisait que l'état dépressif était aggravé par la consommation de cannabis et que l'apparition d'éléments psychotiques avait nécessités une hospitalisation. Le médecin émettait l'avis qu'avec une prise en charge médicale médicamenteuse et psychothérapeutique et un soutien social, une amélioration était possible dans les deux ans. Le 20 janvier 2009, le Dr M \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a rendu à son tour un rapport à l'OAI. Y étaient mentionnés les diagnostics de trouble dépressif récurrent et de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis, syndrome de dépendance, utilisation actuelle, apparus en février 2007. Le psychiatre, qui suit l'assuré depuis avril 2007, a expliqué que son patient avait augmenté sa consommation de cannabis - jusqu' alors occasionnelle - à près de dix joints par jour suite à une rupture sentimentale survenue en septembre 2007. L'assuré avait alors commencé à se replier sur lui-même, à devenir méfiant, à se sentir persécuté et avait perdu toute motivation. Il avait été dans l'incapacité d'assumer son activité professionnelle. Fin juin 2008, il avait interrompu son suivi, rechuté et finalement été hospitalisé en septembre 2008, dans un contexte de décompensation psychotique aigüe probablement en relation avec sa consommation de cannabis. Le Dr M \_\_\_\_\_ a fait état des incapacités de travail suivantes : 25 % du 9 mai au 11 juin 2007, 100 % du 23 juin au 15 juillet 2007, 50 % du 16 juillet 2007 au 4 février 2008 et 100 % depuis lors. Le 12 février 2009, l'OAI a décidé d'accorder à l'assuré une mesure d'intervention précoce sous forme d'orientation professionnelle auprès des ETABLISSEMENTS PUBLICS POUR L'INTEGRATION (ci-après EPI) pour une durée d'un mois, du 16 mars au 12 avril 2009. Du rapport établi par les EPI le 20 mai 2009, il ressort que l'assuré s'est montré assidu tout au long des trois premières semaines de stage (jusqu'au 6 avril 2009) - même s'il n'a pas toujours été ponctuel - mais n'a ensuite plus donné signe de vie. Il s'est absenté à la veille du jour où il était prévu de l'aider à définir une cible

professionnelle à concrétiser par une formation alors qu'il avait pourtant manifesté un intérêt pour une formation de moniteur d'auto-école ou encore de patrouilleur chez Y\_\_\_\_\_. Son absence a empêché les EPI d'estimer ses chances dans de telles filières. Les EPI ont relevé que l'attitude de l'assuré dénotait une difficulté d'adaptation au stress et des troubles relationnels. Il a été constaté qu'il n'avait pas assumé les responsabilités qui lui avaient été confiées dans le contrat d'objectifs et que la mesure ne pouvait être menée à terme. Le 22 avril 2009, l'OAI a estimé qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était possible dans ces conditions. Le 29 juillet 2009, il a ordonné une expertise psychiatrique dont il a confié le soin au Dr BAUD, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie aux HUG. Ce mandat n'a cependant pu être honoré, l'assuré s'étant montré impossible à joindre malgré de multiples tentatives, si bien qu'un nouveau mandat a été donné aux HUG le 1<sup>er</sup> février 2010. Dans l'intervalle, le 6 août 2009, le Dr N\_\_\_\_\_, du Centre médical de Chêne-Bourg, a adressé à l'OAI un rapport confirmant que l'atteinte à la santé remontait à 2007 environ et précisant qu'il ne suivait plus l'assuré, ce dernier ne se conformant pas à son traitement. Le médecin a conclu à une totale incapacité de travail. Les Drs O\_\_\_\_\_, médecin interne et expert auprès du Département de psychiatrie des HUG et P\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et médecin-adjoint responsable de la supervision aux HUG, ont rendu leur rapport d'expertise en date du 20 avril 2010 (pièce 46 OAI), sur la base du dossier, de trois entretiens avec l'assuré, d'un entretien téléphonique avec le Dr N\_\_\_\_\_ et d'un autre avec la Dresse Q\_\_\_\_\_, médecin traitant. Il ressort de l'anamnèse que l'assuré a terminé sa scolarité en 1993 sans avoir obtenu son diplôme en raison des mauvais résultats obtenus en langues. Il a alors débuté l'École de culture générale, qu'il a fréquentée durant deux ans avant de la quitter, non promu. Il a été relevé que l'assuré n'avait pas souffert de problèmes de comportement durant cette période : il était certes décrit comme timide et plutôt réservé mais sans anxiété invalidante. Sa vie sociale était satisfaisante. En janvier 2004, l'assuré a débuté une nouvelle formation en tant que technologue en production chimique chez X\_\_\_\_\_, activité impliquant travail d'équipe et manipulation de produits dangereux. Il n'a plus été en mesure d'assumer son travail depuis février 2007 mais jusqu'alors, il s'était acquitté de sa tâche à la satisfaction de son employeur. Il a été relevé que l'assuré motivait ses différents changements d'activité par la recherche de centres d'intérêt personnels, sans rapporter de difficultés relationnelles à leur origine. Une rupture sentimentale survenue en février 2007 a eu pour conséquence l'augmentation de la consommation de cannabis débutée vers l'âge de vingt-sept ans dans le cadre d'un usage social permettant à l'assuré de vaincre sa timidité envers les autres. Jusqu'alors, sa consommation n'avait été qu'occasionnelle. Avec l'augmentation de la consommation étaient apparues des idées "de concernement" et un caractère délirant persécutoire. Un suivi psychiatrique avait débuté en avril 2007. Du 10 au 28 septembre 2008, l'assuré avait été hospitalisé en raison d'une décompensation psychotique aiguë liée à l'utilisation du cannabis. Une seconde hospitalisation était intervenue en décembre 2009 pour les mêmes raisons. Les experts ont retenu les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode sévère avec symptômes psychotiques depuis février 2007, troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis, troubles psychotiques depuis février 2007 et anxiété généralisée depuis février 2009. Ils ont précisé que ces pathologies distinctes avaient un effet de renforcement mutuel dépassant le simple effet cumulatif. Les experts ont relevé que la persistance de la consommation de cannabis rendait difficile l'appréciation de la présence d'une affection apparentée au spectre des schizophrénies. Cependant, la rémission des éléments psychotiques durant les périodes

d'abstinence, l'évolution rapidement favorable lors de l'introduction de traitements neuroleptiques et l'absence d'éléments pré-morbides avant la décompensation de février 2007 leur permettaient d'écarter cette hypothèse de diagnostic. La sévérité des symptômes psychotiques (idées de persécution pouvant inclure la mère de l'assuré dans un complot pour le tuer ayant pour conséquence un isolement et un repli total avec négligence de l'hygiène et de l'alimentation) restaient cependant suspects et ne permettaient pas d'exclure une évolution ultérieure vers une maladie schizophrénique. Les experts ont estimé qu'une amélioration était envisageable avec un traitement psychiatrique et psychothérapeutique intégré et une abstinence totale; pour autant que l'assuré accède à des mesures de réintégration professionnelle. Des mesures de réadaptation professionnelle ont été qualifiées envisageables à condition qu'elles soient entreprises conjointement avec une prise en charge médicale. L'assuré pourrait ainsi recouvrer une capacité de travail de 60 voire 100 %. Ils ont conclu à une totale incapacité de travail de mi-février à début mai 2007 puis à nouveau depuis janvier 2008. Ce rapport a été soumis au service médical régional AI (SMR) qui, relevant qu'il n'avait jamais été fait état du moindre antécédent psychiatrique avant le début de la consommation de cannabis, en a tiré la conclusion que la consommation de l'assuré était donc primaire et qu'il n'y avait par conséquent pas d'invalidité. Par décision du 15 septembre 2010, l'OAI a nié à l'assuré le droit à des prestations. L'OAI, se basant sur l'expertise, a estimé que la toxicomanie de l'assuré devait être qualifiée de primaire et seule cause de son incapacité de gain. Par écriture du 12 octobre 2010, l'assuré a interjeté recours auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales - alors compétent - en concluant à ce que soit ordonné un complément d'expertise auprès du Dr O \_\_\_\_\_, à ce que soit examinée la question de l'opportunité de lui accorder des mesures de réinsertion préparant à une réadaptation professionnelle et à ce que la décision litigieuse soit annulée. Le recourant soutient en substance que l'expertise ne saurait se voir reconnaître pleine valeur probante car elle comporterait des lacunes et des erreurs. Par écriture complémentaire du 18 octobre 2010, la recourant a en outre demandé à être dispensé du paiement des frais de justice au motif qu'il est assisté par l'HOSPICE GENERAL. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 9 novembre 2010, a conclu au rejet du recours. L'intimé soutient que l'expert n'a omis aucun élément important, de sorte que son rapport peut se voir reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il fait remarquer que le recourant se borne à donner son propre avis sur les conséquences des événements qu'il estime importants et substitue sa propre appréciation à celle de l'expert, pourtant spécialisé en la matière. L'intimé rappelle que l'anamnèse ne constitue pas un récit objectif des événements déterminants de la vie de l'assuré mais une démarche subjective, visant à retracer les antécédents médicaux et l'historique des plaintes, de sorte qu'on ne saurait conclure à une lacune du seul fait que l'anamnèse ne fait pas état de l'ensemble des circonstances qui semblent importantes à l'assuré. L'intimé rappelle par ailleurs que les modalités de l'examen clinique et le choix des examens est laissé au libre arbitre de l'expert et qu'en l'absence de données médicales pertinentes permettant de nier toute valeur scientifique au protocole utilisé, il n'appartient pas au juge de remettre en question le principe de leur utilisation. Quant aux considérations du recourant quant à une éventuelle décompensation des troubles liés à sa consommation de cannabis, ils ne sont étayés par aucune source médicale autorisée selon l'intimé qui souligne à cet égard qu'il n'a été fait mention d'aucun antécédent psychiatrique antérieur à la consommation de cannabis. Par écriture complémentaire du 22 novembre 2010, le recourant a défendu l'opinion que l'anamnèse était indispensable pour déterminer si sa toxicodépendance est primaire ou secondaire. Pour le reste, il a persisté dans ses

conclusions. Interrogée par la Cour de céans, la Dresse P \_\_\_\_\_, du Département de psychiatrie des HUG - qui avait supervisé l'expertise du Dr O \_\_\_\_\_ -, a répondu par courrier du 21 juin 2011. A la question de savoir si l'on pouvait considérer que les affections mises en avant par le Dr O \_\_\_\_\_ étaient consécutives à la consommation de cannabis, la Dresse P \_\_\_\_\_ a répondu qu'il n'était pas possible d'attribuer une causalité linéaire entre les troubles dépressifs et anxieux et l'utilisation de cannabis. Selon elle, les troubles dont souffre l'assuré sont indépendants de sa consommation de cannabis comme en attestent les observations médicales durant les périodes en question, qui plaident en faveur de troubles distincts. Le médecin a estimé que chez l'assuré, au moment de l'examen, le trouble dépressif récurrent et l'anxiété généralisée étaient en eux-mêmes totalement incapacitants. En revanche, la Dresse P \_\_\_\_\_ s'est déclarée dans l'impossibilité d'indiquer comment avait évolué la capacité de travail de l'assuré depuis son dernier entretien avec lui. La Dresse P \_\_\_\_\_ a rappelé que le Dr O \_\_\_\_\_ avait indiqué qu'en cas d'évolution favorable, avec un traitement psychiatrique et psychothérapeutique intégré, l'assuré pourrait recouvrer une capacité de travail de 60 voire 100 % dans une activité exempte de stress et de pressions et a confirmé qu'il fallait entendre par là que, même totalement abstinent, l'assuré ne recouvrerait pas une capacité pleine et entière. A cet égard, la Dresse P \_\_\_\_\_ a expliqué que, même abstinent, l'assuré souffrirait de troubles anxieux et de l'humeur incapacitants sur le plan professionnel puisque le trouble dépressif récurrent et l'anxiété généralisée n'étaient pas induits par la consommation de cannabis comme c'est le cas des décompensations psychotiques qui, elles, semblent consécutives à la prise de substances psycho-actives. En l'absence d'une longue période d'abstinence associée à des soins psychiatriques adaptés, la Dresse P \_\_\_\_\_ a précisé qu'il était difficile de se déterminer sur l'imbrication des pathologies ; l'absence d'éléments pré-morbides avant la décompensation psychiatrique de 2007 et l'existence de traitements reconnus pour les troubles de l'assuré permettaient d'envisager le retour à une pleine capacité de travail ; en revanche, la sévérité et la persistance des symptômes durant plusieurs années conduisaient à un pronostic plus réservé, raison pour laquelle l'expertise avait conclu en définitive à une capacité de 60 à 100 %. Quant à savoir si la toxicomanie était la conséquence d'une atteinte à la santé incapacitante, la Dresse P \_\_\_\_\_ a expliqué que l'assuré avait consommé des dérivés de cannabis dans le cadre d'un usage social ; cela lui avait permis de surmonter sa timidité et les difficultés rencontrées dans les contacts sociaux tout en gardant un fonctionnement social et professionnel suffisant. En l'absence d'éléments antérieurs au suivi de 2007 permettant de faire un lien avec d'autres pathologies et d'antécédents médico-chirurgicaux rapportés, la Dresse P \_\_\_\_\_ a conclu à une consommation de cannabis primaire malgré le fait que le trouble dépressif récurrent, la dépendance aux dérivés du cannabis et l'anxiété généralisée se renforcent mutuellement. Par écriture du 18 juillet 2011, le recourant a relevé que la capacité résiduelle de travail évoquée avait été soumise à la condition d'une évolution favorable dont il a fait remarquer qu'elle ne s'était pas réalisée. Subsidiairement, le recourant a demandé, s'il devait être procédé à une comparaison des revenus, à ce que les activités pouvant répondre aux limitations énoncées par les experts soient énoncées précisément. Il a fait remarquer que jusqu'alors, ses troubles psychiques l'ont empêché de travailler autrement que dans un processus de formation à l'exception d'une courte expérience professionnelle. Quant à l'intimé, il s'est prononcé en date du 11 août 2011 en faveur d'un complément d'instruction sous forme d'un examen psychiatrique ayant pour objet de déterminer si l'assuré souffre d'une maladie psychique ayant actuellement des répercussions sur sa capacité de travail.

L'intimé se réfère à l'avis émis le 10 août 2010 par la Dresse R\_\_\_\_\_, du SMR, qui relève que, s'agissant d'un éventuel trouble dépressif et surtout du trouble anxieux, le dossier ne contient aucun élément permettant de déterminer s'ils sont incapacitant puisque l'assuré n'est plus suivi depuis longtemps. La Chambre des assurances sociales a informé les parties par courrier du 25 avril 2012, de son intention de mettre en œuvre une expertise et leur a accordé un délai pour faire part de leurs questions et faire valoir d'éventuelles causes de récusation. Les parties se sont déterminées sur les questions à poser et n'ont fait valoir aucune cause de récusation de l'expert. EN DROIT Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20). Dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011, cette compétence revient à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 26 septembre 2010). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. Le recours, déposé dans les formes et délai prévus par la loi est recevable à la forme (art. 56 et 60 LPGA). La question préalable à l'octroi d'éventuelles prestations est de savoir si les troubles psychiques de l'assuré sont incapacitants et dans quelle mesure. 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 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; ATFA non publié I 751/03 du 19 mars 2004, consid. 3.3), étant précisé que les coûts de l'expertise peuvent être mis à la charge de l'assureur social (ATF 137 V 210 consid. 4.4.2). Tel est le cas en l'espèce, ainsi qu'en ont convenu les parties. Il convient dès lors d'ordonner une expertise psychiatrique, laquelle sera confiée au Dr S\_\_\_\_\_. **PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES** : Statuant préparatoirement Ordonne une expertise psychiatrique, l'expert ayant pour mission d'examiner et d'entendre Monsieur B\_\_\_\_\_, après s'être entouré de tous les éléments utiles et après avoir pris connaissance du dossier de l'intimé, ainsi que du dossier de la présente procédure en s'entourant d'avis de tiers au besoin ; Charge l'expert de répondre aux questions suivantes : Anamnèse détaillée. Données subjectives de la personne. Constatations objectives. Diagnostic(s). S'agissant des troubles psychiques, répondre aux questions suivantes: a) Le recourant souffre-t-il de troubles psychiques? Depuis quand? b) Quel est le degré de gravité de chacun de ceux-ci, le cas échéant (faible, moyen, grave) ? c) Ces troubles psychiques ont-ils valeur de maladie en tant que telle selon le DSM IV ou la CIM-10 ? d) Quelles sont les limitations fonctionnelles dues à chaque diagnostic? e) Les troubles psychiques constatés nécessiteraient-ils une prise en charge spécialisée ? Mentionner, pour chaque diagnostic posé, ses conséquences sur la capacité de travail du recourant, en pourcent. Mentionner globalement les conséquences des divers diagnostics retenus sur la capacité de travail du recourant, en pourcent. Dater la survenance de l'incapacité de travail durable, le cas échéant. Indiquer l'évolution du taux d'incapacité de travail, en pourcent, depuis avril

2010. Évaluer l'exigibilité, en pourcent, d'une activité lucrative adaptée et indiquer le domaine d'activité adapté. Dire s'il y a une diminution de rendement et la chiffrer. Évaluer les chances de succès d'une réadaptation professionnelle. Évaluer la possibilité d'améliorer la capacité de travail par des mesures médicales. Une amélioration est-elle envisageable à court/moyen/long terme ? Le fait que l'assuré se soit montré presque toujours incapable de travailler en dehors d'un cadre de formation est-il une conséquence des troubles dont il souffre ? Les circonstances entourant le deuil du père et les ruptures qui ont suivi ont-elles contribué ou sont-elles à l'origine des troubles actuels ? La rupture amoureuse intervenue en 2005 a-t-elle contribué ou est-elle à l'origine de la décompensation psychotique de 2007 ? La toxicomanie est-elle à votre avis primaire ou secondaire ? L'assuré augmenterait-il sa capacité de travail par l'abstinence ? Si oui, dans quelle mesure ? La compliance est-elle bonne ? Commenter et discuter les avis médicaux du SMR, des médecins traitants et des experts s'étant déjà prononcés. Formuler un pronostic global. Toute remarque utile et proposition des experts. Commet à ces fins le Dr S \_\_\_\_\_ ; Invite l'expert à déposer à sa meilleure convenance un rapport en trois exemplaires à la Cour de céans ; Réserve le fond. La greffière Marie-Catherine SECHAUD La Présidente Karine STECK Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties le

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