

GE_GERICHTE A/4013/2010 vom 3. Mai 2011

GE Cour de justice, 2011-05-03, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_4013_2010

FR: GE_GERICHTE A/4013/2010 du 3 mai 2011

IT: GE_GERICHTE A/4013/2010 del 3 maggio 2011

Erwägungen

E. 5

ème Chambre En la cause Monsieur F _____, domicilié c/o Me VOUILLOZ Daniel, Rue de la Terrassière 9, 1207 Genève, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître VOUILLOZ Daniel Recourant contre OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, rue de Lyon 97, case postale 425, 1211 GENEVE 13 Intimé EN FAIT Monsieur F _____, né en 1954, a travaillé en dernier lieu à 90% à la Clinique X _____ pour un salaire de 5'789 fr. 05 brut par mois en 2008 et une gratification de 82,5%. Le 20 mai 2008, son employeur fait parvenir à l'Office cantonal de l'assurance-invalidité, aujourd'hui Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après OAI), le formulaire de communication pour la détection précoce concernant son employé. Il y indique qu'il est en incapacité de travail depuis le 14 septembre 2007 en raison d'un trouble psychique. Selon le procès-verbal d'entretien "Détection Précoce" du 30 mai 2008, l'assuré a été abusé pendant son enfance par trois hommes et a été maltraité pendant des séjours à l'hôpital. S'en est suivi un problème avec l'alcool pour oublier et se passer de ses douleurs (douleurs dorsales et lombaires depuis plusieurs années). En 2004, il a démarré une thérapie et le médecin ne voulait pas qu'il reprenne le travail. Suite à une chute, les douleurs au niveau du dos se sont intensifiées. Il a toujours peur et ressent de la tristesse et des angoisses. Son médecin traitant est le Dr L _____ qu'il consulte depuis septembre 2007. Une opération pour une hernie est prévue, mais repoussée du fait que sa femme est hospitalisée. L'assuré ne se projette pas dans l'avenir et ne peut pas vivre comme tout le monde. Quant à la charge physique dans son travail, il indique qu'il ne peut pas se baisser et porter des charges. En ce qui concerne la charge mentale, il indique être autonome et polyvalent et qu'il effectue des horaires irréguliers. Il a eu de la reconnaissance au travail. A la question de savoir si des modifications de sa place de travail pourraient lui faciliter la tâche, il répond « il faudrait que je sois à l'opposé de ce que je suis aujourd'hui ». En ce qui concerne son avenir professionnel, il indique ne pas pouvoir se projeter ni dans l'avenir professionnel ni personnel. Selon le rapport du 20 juin 2008 du Dr L _____, l'assuré présente les diagnostics suivants : modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe soit abus sexuels répétés dans l'enfance, personnalité schizoïde depuis l'adolescence, phobies sociales depuis l'âge adulte, épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques depuis le printemps 2008 et ancien OH chronique, arrêté en 2004. A titre de diagnostics sans effet sur la capacité de travail, il mentionne une probable hernie inguinale et des lombalgies chroniques. Les troubles psychiques chroniques sont exacerbés par des difficultés professionnelles (plan Victoria aux Hôpitaux universitaires de Genève - HUG). A la suite d'une grave maladie de son épouse apparaît un épisode dépressif majeur. Il n'a cependant pas rechuté dans l'alcoolisme. Actuellement, il présente une symptomatologie anxio-dépressive prédominante et aggravant le fonctionnement de type schizoïde. Il y a une amélioration depuis trois à quatre semaines. Dans les indications

subjectives, le médecin indique fatigabilité, perte d'énergie, tristesse marquée, attente craintive avec anticipation de malheurs et sensation d'être « à bout » et trop vieux pour vivre, indécision importante, sentiments de colère et de frustration intense après échecs professionnels répétés. Le pronostic de l'état dépressif est favorable. Quant aux autres diagnostics, le pronostic est également favorable à condition que l'assuré retrouve une activité professionnelle régulière. Le traitement consiste en entretiens psychothérapeutiques hebdomadaires avec médication psychotrope, ainsi que la mise en place d'un appui auprès de la Fédération suisse d'aide et de soins à domicile (FSASD) et du Centre l'action sociale et de santé (CASS). L'activité actuelle n'est plus exigible et le rendement de l'assuré est nul dans celle-ci. Il indique à cet égard que les HUG offraient des conditions de travail supportables au patient. En juillet 2008, l'assuré dépose une demande de prestations d'assurance-invalidité. Selon le rapport d'évaluation du 12 août 2008 de l'OAI, l'assuré souhaiterait être réorienté dans un métier qui ne le mettrait pas en danger, et changer de métier, car la mort lui est devenue insupportable. L'activité d'aide-soignant est également très lourde physiquement. Quant à la situation familiale, son épouse est très malade et elle a également trois enfants d'un précédent mariage. En ce qui concerne sa scolarité, il a suivi toute sa scolarité en classe spécialisée à Genève. Il a eu de nombreux ennuis de santé dans son enfance, lesquels ont nécessité des hospitalisations fréquentes. Il a ainsi été déscolarisé pendant plusieurs périodes. Après la scolarité obligatoire, il a débuté un apprentissage de dessinateur en installations sanitaires qu'il a stoppé après deux ans. En 1981, il obtient un certificat de fin d'apprentissage d'aide-soignant et travaille aux HUG pendant 10 ans, puis il démissionne et part s'installer à St-Cergue où il travaille pendant deux ans dans la sécurité. Par la suite, il revient à Genève et trouve un emploi d'aide-soignant aux HUG. Il aime les promenades et la décoration. Quant aux relations sociales, il vit en solitaire, n'a pas d'amis ni de relations avec des anciens collègues de travail. Son couple avec sa seconde femme a été très heureux. Il a peu de contact avec ses enfants. A cet égard, il précise qu'en raison de son état de santé fragile, durant toute sa vie, il s'est peu investi dans leur éducation. L'assuré sort très peu, sauf pour faire des courses. Tout lui est difficile. Il a du mal à entreprendre des choses. Quant à son handicap et ses conséquences, il indique qu'il est très fatiguant de vivre avec un corps sur lequel on ne peut pas compter et qu'il lui est difficile de porter son attention sur les choses. Il culpabilise d'être malade, estime qu'il est devenu un peu aigri et qu'il a perdu le plaisir de vivre, en raison de ses atteintes. Il se plaint également de douleurs au dos et aux jambes jusqu'aux genoux. Quant à son avenir professionnel, il n'arrive pas à se projeter dans l'avenir. L'activité d'aide-soignant n'est plus possible, selon l'assuré. Par ailleurs, cette activité n'est pas adaptée à ses atteintes physiques. Une tentative de reclassement à l'interne auprès des HUG a échoué, ceux-ci ne souhaitant pas le reprendre dans un autre poste en raison d'un absentéisme important. Toutefois, l'assuré souhaiterait être réintégré professionnellement. Dans son rapport du 18 août 2008, la Dresse M_____ émet les diagnostics d'état anxieux et de probable état dépressif depuis août 2007. A titre de diagnostics sans effet sur la capacité de travail, elle mentionne des dorso-lombalgies et une hypercholestérolémie. Dans l'anamnèse, elle indique un état de stress et des difficultés d'adaptation au travail en raison du stress professionnel. La capacité de travail est nulle depuis le 13 septembre 2007. Du 22 septembre au 19 octobre 2008, l'assuré est mis au bénéfice d'une orientation professionnelle. Selon le rapport du 23 octobre 2008 des Établissements publics pour l'intégration (ci-après EPI), l'assuré est actuellement inapte au placement en entreprises en raison de troubles liés à la sphère psychique. En vue d'une orientation professionnelle adéquate, les EPI estiment qu'il serait

nécessaire de mettre conjointement en place une prise en charge psychologique soutenue, tout en précisant que l'environnement socio-familial est perturbant, et une mesure d'observation ou d'orientation plus longue, éventuellement à temps partiel, de type « travail de transition ». A l'heure actuelle, le niveau de résistance au stress, l'image de soi et les aptitudes relationnelles sont quasiment inexploitable chez cet assuré. Il ressort par ailleurs de ce rapport que l'assuré désire sincèrement travailler mais ne semble pas être en mesure de le faire. Du 17 novembre au 19 décembre 2008, l'assuré a participé au module « DOP » à raison de cinq matinées par semaine de 9h00 à 12h00. Dans son rapport du 19 décembre 2008, le formateur conclut qu'on pourrait imaginer que l'assuré puisse être occupé à quelques activités, mais qu'il court le risque de ne pas être engagé au vu de son état psychologique, à savoir un manque de concentration, des difficultés d'intégration dans une équipe, d'un état dépressif et d'un manque de réalisme. Le manque de compétences professionnelles dans les activités de bureau pourrait être un autre facteur de non engagement. A cet égard, un cours de base Word et Excel pourrait être approprié. En février 2009, l'assuré est soumis à une expertise psychiatrique par le Dr N_____, psychiatre, au Centre d'expertise médicale (CEMED) à Nyon. Dans son rapport du 14 avril 2009, celui-ci ne constate aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail, sur le plan psychiatrique. Les diagnostics sans répercussions sur celle-ci sont une dysthymie depuis septembre 2008 et une dépendance primaire d'alcool avec une utilisation épisodique depuis au moins 1989. Dans les données subjectives, l'expert mentionne que l'assuré dit connaître depuis son enfance un sentiment d'étrangeté et d'être très différent par rapport aux autres, associé à un sentiment de révolte contre les hiérarchies, se sentant comme emprisonné par les obligations. Parallèlement, survient une nervosité diffuse, ainsi que des angoisses face à la confrontation avec des personnes inconnues. Dans un contexte de stress et de pression au travail, où l'assuré dit avoir subi du mobbing, cette situation s'aggrave. C'est la raison pour laquelle il réduit son taux d'activité à 90% en 2005, puis arrête complètement le travail le 15 septembre 2007, à cause d'un état d'épuisement avec incapacité à faire les choses correctement au travail. La situation de l'assuré s'aggrave à nouveau en réaction à la survenue d'une endocardite infectieuse de son épouse, diagnostiquée le 9 avril 2008 et nécessitant une opération le 18 mai 2008. L'assuré s'est occupé principalement de la prise en charge de sa femme à la maison depuis lors. Son état de santé s'améliore, avec le rétablissement de sa femme. Cependant, il ne se voit toujours pas en mesure de reprendre un travail en raison d'un sentiment de nervosité, ainsi que d'une difficulté d'accepter des hiérarchies et de travailler en groupe. Il a également un sentiment de dégoût face à l'idée de soigner des personnes malades. Dans les plaintes actuelles, l'assuré dit souffrir d'un fort sentiment de solitude, d'un sentiment de nervosité avec incapacité de ressentir de la joie et du bonheur. Il se plaint aussi de douleurs corporelles. A cela s'ajoute un sentiment d'épuisement. Dans la vie quotidienne, l'assuré dit se lever vers 8 heures et de se recoucher ensuite après avoir pris ses médicaments, sauf lorsqu'il a des rendez-vous ou qu'il doit amener sa femme chez son médecin. Après ces rendez-vous, il rentre et se recouche pendant quelque temps. A midi, il se prépare un sandwich, puis s'allonge à nouveau au lit ou se rend à des rendez-vous. Sinon il regarde la télévision où il s'intéresse particulièrement aux nouvelles. Le soir, il mange avec sa femme. Le repas principal est préparé à tour de rôle. Le reste de la soirée, il regarde la télévision puis se couche vers 22h et s'endort après la prise d'un somnifère. Il fait des courses dans les supermarchés, parfois avec sa femme, la lessive et la vaisselle à tour de rôle avec sa femme ainsi que le nettoyage de l'appartement. Il décrit par ailleurs, au début de l'âge adulte, une consommation de plus en plus régulière d'alcool

avec parfois des excès de consommation vers l'âge de 35 ans. En 2004, il fait un sevrage et ne consomme depuis lors de l'alcool que dans un cadre festif. Quant aux problèmes somatiques durant l'enfance, l'assuré ne peut mentionner qu'une hernie inguinale vers l'âge de 5 ans, une circoncision vers l'âge de 7 ans. Il déclare une relation conflictuelle avec ses parents souvent absents. Vers l'âge de 25 ans, il quitte ses parents et se marie. L'assuré dit par ailleurs avoir subi un attouchement sexuel pendant sa jeune enfance et avoir gardé le souvenir de dégoût et de choc après avoir été embrassé dans une voiture garée dans un bois par une personne connue de sa mère. A l'âge de 10 ans, il a subi plusieurs attouchements sexuels par un prêtre durant les vacances dans une colonie chez des sœurs. A 14 ans, il a évité une tentative d'attouchement par un voisin adulte. De sa première union sont nés trois enfants avec lesquels il garde de bons contacts avec sa fille aînée qu'il voit environ toutes les deux semaines. Il a également gardé un bon contact avec ses deux fils. Il s'occupe d'ailleurs régulièrement des affaires de son cadet qui vit chez son ex-épouse. Il y a un mois, l'assuré a entrepris un dernier voyage avec son épouse pour se rendre chez le fils de celle-ci à Chambéry. En l'absence de perte de l'environnement psychosocial, l'expert n'objective pas de trouble de la personnalité décompensé ni de limitations fonctionnelles psychiatriques incapacitantes. Il estime aussi qu'il n'y a pas de diminution de l'intérêt et du plaisir, l'assuré rencontrant volontiers ses enfants et entreprenant des excursions avec sa femme, ni une réduction de l'énergie avec des efforts minimales entraînant une fatigue importante (observations cliniques lors de l'examen de l'assuré et vie quotidienne d'un assuré qui soutient sa femme malade). En l'absence d'une diminution de la concentration, de l'attention et de l'appétit, d'idées de culpabilité, d'une attitude morose et pessimiste face à l'avenir, d'idées auto-agressives ou suicidaires, il estime que le diagnostic d'un état dépressif n'est pas justifié. Il ne constate pas non plus une phobie sociale incapacitante, dès lors que l'assuré utilise les ascenseurs. même s'il a des malaises dans des espaces fermés, et tout en, et se rend régulièrement dans des lieux publics, en dépit de sa peur face aux personnes inconnues. L'expert exclut également une personnalité schizoïde. Enfin, il écarte le diagnostic d'un trouble de la personnalité ou d'une modification durable de la personnalité, l'assuré ayant été capable de s'intégrer pendant plusieurs années d'une manière stable dans différents emplois, nécessitant un travail en équipe, et dans la vie sociale, ainsi que de fonder une famille. Il n'y a ainsi pas de déviations extrêmes ou significatives des perceptions, des pensées, des sensations et des relations avec autrui, ni de perturbations sévères de la constitution caractérologique. Cela étant, l'expert conclut à une capacité de travail totale, tout en reconnaissant, anamnesticquement, une incapacité de travail de 50% au maximum entre septembre 2007 et août 2008 pour un épisode dépressif de sévérité moyenne. Le 15 avril 2009, le Dr L_____ répond au médecin-conseil de la Caisse de prévoyance des HUG (CEH) pour justifier l'octroi d'une rente d'invalidité par cette caisse. Il indique que l'assuré souffre principalement d'un trouble schizophrénique de type schizophrénie pseudo-névrotique. Depuis le début de l'âge adulte, il présente une symptomatologie invalidante de phobies multiples. Dès 2007-2008, dans le contexte de durcissement des conditions de travail aux HUG, où il avait toujours bénéficié d'un traitement de faveur, il développe un état dépressif se manifestant principalement par une agressivité importante. Le médecin-conseil des HUG qui l'a examiné, le Dr O_____, ne pensait pas pouvoir le maintenir dans son poste ni lui offrir un autre travail très peu contraignant. Dans un avis médical du 26 mai 2009, le Dr P_____ du Service médical régional de l'assurance-invalidité pour la Suisse romande (ci-après : SMR), retient une incapacité de travail de 50% du 14 septembre 2007 au 31 août 2008 et dès cette date une

capacité de travail totale dans l'activité habituelle. Toutefois, l'assuré s'étant soumis à une opération de hernie inguinale le 3 septembre 2008, une appréciation chirurgicale de l'incapacité de travail par l'opérateur est encore nécessaire. Selon le rapport du 24 juillet 2009 de la Dresse M _____, l'état de santé de l'assuré s'est modifié de façon notable depuis 2009. Il présente des difficultés à la marche. L'aggravation est devenue manifeste depuis 2007 et surtout fin 2008 avec une coxarthrose de la hanche droite. Elle observe également un état dépressif. La capacité de travail est nulle dans toute activité. La compliance est bonne et il y a une bonne concordance entre les plaintes et l'examen clinique. Le 8 septembre 2009, la Dresse M _____ indique au SMR que la coxarthrose implique une limitation de la rotation et à la marche après cinq minutes, ainsi qu'une difficulté durant la descente des escaliers. Les lombosciatalgies empêchent le patient de se baisser sans douleurs et impliquent des douleurs constantes dans la région lombaire. A cet égard, elle fait état d'un ancien tassement de D8. Cela étant, le patient ne peut plus assurer son poste de travail. Il ne peut pas non plus rester longtemps dans la même position. La Dresse M _____ joint à son rapport notamment le rapport relatif à un scanner lombaire réalisé le 13 mai 2003. Il ressort de son rapport que le patient est très claustrophobe. La conclusion du rapport est une hernie discale médiane et paramédiane gauche de L4-L5, pouvant expliquer une irritation radiculaire sur conflit ostéophyto-disco-radiculaire mécanique. Un scanner de la colonne dorsale et lombaire du 22 août 2006 révèle des discopathies lombaires étagées de L1 à S1, une discopathie protrusive avec hernie discale paramédiane gauche en L4-L5 et une discopathie protrusive avec prolifération disco-ostéophyttaire paramédiane droite atténuant le foramen en L5-S1. A cela s'ajoute une arthrose facettaire de L3 à S1 et des sacro-iliaques. Le 21 octobre 2009, le Dr L _____ explique au Dr P _____ du SMR, à sa demande, que le trouble schizophrénique de type de schizophrénie pseudo-névrotique lui semble être l'entité nosologique la plus proche pour décrire la réalité du patient. Ce trouble est apparu cliniquement relativement tôt dans la vie de celui-ci, soit durant les premières années de son enfance. En effet, il rapporte des problèmes dès les premières années de son enfance (placement en institution, bandage au niveau de la tête, probable administration de traitements sédatifs etc...). L'expression clinique de ce trouble est sous la forme à la fois de symptômes dits négatifs de la schizophrénie (perte de motivation, difficulté à l'abstraction, difficulté à la concrétisation, etc...) et d'anxiété pouvant engendrer une certaine désorganisation et déstructuration en cas de stress même minime. Ainsi, le patient peut être très vite invalidé par des situations simples de la vie quotidienne. Plus le temps passe, moins il peut faire appel à ses capacités d'adaptation qui ont toujours été très faibles. Pendant longtemps, il a pu bénéficier d'un régime de faveur au sein des HUG qui jouait un rôle « social ». Progressivement, l'assuré n'a cependant plus pu s'adapter aux exigences de l'employeur et a commencé à présenter une symptomatologie dépressive et une agressivité qu'il avait de la peine à contenir. Actuellement, il n'est pas en mesure de travailler et devrait bénéficier d'une période de stabilité financière sans stress pour lui permettre éventuellement de retrouver l'énergie, la motivation, les capacités d'adaptation pour s'insérer partiellement dans la vie active. Il bénéficie toujours d'un traitement psychothérapeutique et d'un traitement médicamenteux. La fréquence des consultations est d'une fois par semaine. Le 30 octobre 2009, le Dr Q _____, psychiatre au CEMED, répond aux questions du Dr P _____ du SMR et expose que le diagnostic retenu par le Dr L _____ correspond au diagnostic d'un trouble schizotypique. Un tel diagnostic fait exclure celui de la personnalité schizoïde, diagnostic retenu par le Dr L _____, raison pour laquelle il

ne peut pas retenir le diagnostic de trouble schizotypique. Par ailleurs, l'assuré était capable de travailler de manière stable et sans interruption majeure jusqu'à l'âge de 53 ans pour le même employeur depuis 1991 dans une activité impliquant un travail en équipe et un contact proche avec des patients. Il a également été capable de fonder une famille et de s'engager dans une nouvelle relation sentimentale décrite harmonieuse. Depuis l'amélioration de son état, il entreprend à nouveau volontiers des excursions pour rencontrer ses enfants et les enfants de son épouse, ce qui ne correspond pas à une tendance au retrait social typiquement observé chez les patients souffrant d'un trouble schizotypique. Les éléments retenus dans la vie sociale et dans la vie quotidienne de l'assuré, ainsi que la description de sa situation affective et de son parcours professionnel permettent de distinguer l'état de l'assuré d'une maladie psychiatrique incapacitante de longue durée. Il relève par ailleurs que la valeur de la notion anamnestique des contacts de l'assuré avec la psychiatrie durant son enfance et à l'âge de 18 ans est très limitée, en l'absence de nécessité d'un traitement psychiatrique par la suite. Par ailleurs, la première consommation d'alcool est clairement décrite dans un cadre festif. Il est difficile au Dr Q_____ de justifier le traitement de Serotram à raison de 120 mg par jour. Il estime aussi que ce traitement, qui se limite à un antidépresseur et des benzodiazépines sans prescription de neuroleptiques atypiques, ne correspond pas au diagnostic lourd d'un trouble schizotypique retenu par le Dr L_____. Par ailleurs, l'assuré répondant que de façon incomplète au traitement antidépresseur, il est recommandé de changer d'antidépresseur au lieu de garder un dosage deux fois plus élevé que le dosage recommandé. Le 4 décembre 2009, l'assuré fait l'objet d'un examen clinique rhumatologique par les médecins du SMR. Dans leur rapport du 25 janvier 2010, ceux-ci retiennent une coxarthrose droite modérée à avancée et des lombalgies chroniques dans le cadre d'un trouble statique dégénératif avec hernie discale L4-L4 (reste L5) et L5-S1, une spondylose et ancienne maladie de Schuurman et des dysbalances musculaires. A titre de diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail, ils retiennent des cervico-dorsalgies dans le contexte d'un trouble statique et légèrement dégénératif, des douleurs multiples mal systématisées, un status post cure de hernie inguinale en 2008, un status post-rhinoplastie, amygdalectomie, cure de prolapsus anal et circoncision, ainsi que des problèmes pulmonaires anamnestiques dans l'enfance. Dans les limitations, il est mentionné que l'assuré doit éviter les positions statiques prolongées assises, debout, en rotation/flexion du tronc, en porte-à-faux, accroupie et agenouillée. Le port de charges est limité à 10kg, occasionnellement et le périmètre de marche est limité à 500 mètres, avec difficultés de monter/descendre les escaliers. L'assuré peut travailler dans une activité sédentaire avec la possibilité de se lever régulièrement. Toutefois, avant printemps/été 2009, il n'y a pas d'atteinte ostéo-articulaire invalidante. La capacité de travail sur le plan ostéo-articulaire est de 60% dans une activité adaptée et elle est nulle dans l'activité habituelle. Sur la base de l'examen du SMR et de l'expertise psychiatrique, le Dr P_____ du SMR retient le 22 février 2010 que la capacité de travail est nulle dans l'activité habituelle et de 60% dans une activité adaptée, en raison des seules atteintes somatiques. Le 29 mars 2010, la réadaptation professionnelle de l'OAI établit la perte de gain de l'assuré à 61,6%. Le 13 avril 2010, une enquête économique sur le ménage est réalisée concernant les atteintes à la santé. Dans le rapport y relatif, il est mentionné que l'assuré se plaint surtout de douleurs dans le bas du dos, dans la hanche droite et aussi dans les épaules et les mains. Il ne peut plus faire ce qu'il aimerait faire et se sent déprimé. La marche est limitée. Sa femme est au bénéfice d'une rente d'invalidité et elle dort dans la pièce d'à côté (à 10h30). Selon l'enquêtrice, l'assuré présente une incapacité de travail de

23% dans le ménage. Par ailleurs, dans ses conclusions, elle retient une capacité de travail de 90% dans la sphère active et de 10% dans la sphère ménagère. Par courrier du 23 juin 2010, l'assuré forme opposition au rapport d'expertise du Dr N_____. Il relève notamment ce qui suit : « Je tiens à signaler également que bien des mots et des phrases de ce dit rapport sont inexacts et très minimalistes, toutes les informations qui ont été données par l'A.I. et mes médecins traitants n'ont pratiquement pas pu être invoquées ni pendant la visite où les questions sont décidées unilatéralement pour en faire des observations écrites propres au sens du médecin N_____. et sans tenir compte que les maux dont je souffre sont bien antérieurs à mon adolescence. Je ne félicite pas le peu de déontologie du Dr N_____ ... » Le 8 juillet 2010, l'OAI fait parvenir à l'assuré un projet d'octroi d'une demi-rente à compter de juillet 2010, sur la base d'un degré d'invalidité de 58,1%, soit de 90% de 62% dans l'activité professionnelle et de 10% de 23% dans le ménage. Par décision du 25 octobre 2010, l'OAI confirme le projet de décision. Par acte du 23 novembre 2010, l'assuré recourt contre cette décision, par l'intermédiaire de son conseil, en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité complète, sous suite de dépens. Préalablement, il demande qu'une expertise psychiatrique judiciaire soit ordonnée. Il réfute la valeur probante de l'expertise du Dr N_____ du fait que ses conclusions sont diamétralement opposées celles des autres médecins et adaptateurs professionnels, à savoir des Drs L_____, M_____ et O_____ ainsi que des EPI et des conseillers et formateurs auprès de l'OAI. Dans sa réponse du 6 décembre 2006, l'intimé conclut au rejet du recours, en se fondant sur l'expertise du Dr N_____, à laquelle il reconnaît une pleine valeur probante. Il s'oppose également à la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique judiciaire, estimant que le dossier contient suffisamment d'indications médicales fiables. A la demande de la Cour de céans, le Dr L_____ se détermine le 4 mars 2011 sur l'expertise du Dr N_____ et le courrier du 30 octobre 2009 du Dr Q_____. Il expose que la longue évolution des difficultés psychique du recourant rend difficile l'établissement clair d'un diagnostic selon la version actuelle de la classification internationale des maladies. Mais, selon ce médecin, il est clair qu'au fil des années, le recourant n'a plus pu s'adapter à ses conditions de travail, de sorte qu'il est incapable de travailler à 100%. Le Dr L_____ relève à cet égard que le O_____, médecin-conseil des HUG, était arrivé à la même conclusion. Quant aux remarques du Dr Q_____ sur le traitement médicamenteux, le Dr L_____ les juge inacceptables. Enfin, il suggère une expertise, afin de mieux tenir compte de l'ensemble de la problématique psychiatrique complexe. Le 30 mars 2011, la Cour entend le Dr N_____, lequel déclare ce qui suit : « Pour l'expertise, j'ai eu un entretien de 90 minutes avec M. F_____. Je confirme mon expertise. Pour émettre les diagnostics, je me tiens strictement à la description des maladies psychiatriques de la CIM 10. Dans le cas présent, j'estime que ce n'est pas mon rôle de me prononcer sur les observations professionnelles de l'expertisé éventuellement divergentes. Si l'on voulait expliquer ces divergences, il faudrait émettre des hypothèses (par exemple bénéfique secondaire tiré de la maladie). Concernant le fait que c'est le Dr Q_____ qui a répondu aux questions complémentaires posées par l'OAI, je précise que ces réponses émanent de ma part, mais que c'est le médecin du CEMED qui les a signées. » « Je précise que dans une expertise il y a toujours une partie ouverte où l'expertisé peu s'exprimer librement. Mais il y a également une partie plus structurée avec des questions ciblées, afin que je puisse faire l'anamnèse complète. » Quant au recourant, il fait les déclarations suivantes : « J'ai été blessé par certains propos de l'expertise, notamment en ce qui concerne mon soi-disant refus d'obéir

et ma difficulté de supporter une hiérarchie. Je précise à cet égard que j'aurais voulu communiquer beaucoup de choses à l'expert, mais qu'il ne m'a pas laissé m'exprimer librement. Il y avait peu de temps pour l'entretien et j'avais l'impression qu'on me poussait à être plus rapide. J'ai dû faire ma vie comme je pouvais avec ce que j'avais, à savoir beaucoup de problèmes psychiques. Mais maintenant je me sens épuisé et j'ai beaucoup de phobies et d'angoisses, notamment de la foule. En 2007, j'ai commencé à aller très mal, au point que j'ai dû rentrer des vacances pour me faire soigner. » « J'ai commencé à travailler comme aide-soignant à 100 %, puis j'ai réduit le taux d'activité à 80 % de 1991 à 2000 pour des raisons personnelles (pour m'occuper des enfants et fatigue). Ensuite, j'ai été déplacé et on m'a forcé la main afin que je travaille à 100 %, ce que j'ai accepté. En 2006, j'ai changé de nouveau de service et je travaillais alors dans les soins. Cela était trop difficile pour moi et, afin de pouvoir garder ma place de travail, j'ai été contraint de diminuer mon taux d'activité à 90 %. En effet, la fatigue morale, mentale et physique était trop grande. » Le 4 avril 2011, la Cours de céans informe les parties qu'il a l'intention de mettre en œuvre une expertise judiciaire et de la confier au Dr R_____, psychiatre aux HUG. Elle leur communique également la liste de questions à l'expert. Le 12 avril 2011, l'intimé fait savoir qu'il n'a aucun motif de récusation à faire valoir contre l'expert pressenti ni de question complémentaire à poser. 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 œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; ATF A non publié du 19 mars 2004, I 751/03 consid. 3.3, RAMA 1985 K 646 p. 240 consid. 4). En l'espèce, le recourant a été soumis à une expertise par un psychiatre indépendant. Celui-ci est arrivé à la conclusion diamétralement opposée à celle du psychiatre traitant, le Dr L_____. En effet, selon ce dernier, le recourant souffre d'un trouble schizophrénique de type de schizophrénie pseudo-névrotique, trouble qui est apparu relativement tôt dans la vie du recourant, soit durant les premières années de son enfance. Les symptômes de ce trouble sont les symptômes dits négatifs de la schizophrénie (perte de motivation, difficulté à l'abstraction, difficulté à la concrétisation, etc.) et d'anxiété pouvant engendrer une certaine désorganisation et déstructuration en cas de stress même minime. Le recourant peut ainsi très vite être invalidé par des situations simples de la vie quotidienne. Par ailleurs, il a pu bénéficier d'un régime de faveur au sein des HUG, son dernier employeur. Ainsi, selon le Dr L_____, le recourant présente une incapacité de travail totale. Or, selon le Dr N_____, le recourant n'est atteint d'aucune maladie psychiatrique avec influence sur la capacité de travail. L'expert a uniquement constaté une dysthymie. Selon lui, la capacité de travail est totale dès le 1^{er} septembre 2008. Il appert que cette expertise est lacunaire, de sorte qu'elle n'emporte pas la conviction de la Cour. En effet, il aurait appartenu à l'expert de contacter le psychiatre traitant, pour mieux comprendre le tableau apparemment assez complexe de l'atteinte psychiatrique du recourant, dès lors que son avis est totalement opposé à celui du médecin traitant. L'expert ne mentionne par ailleurs pas l'observation professionnelle qui a eu lieu du 22 septembre au 19 octobre 2008 aux EPI, dont la conclusion est que le recourant est actuellement inapte au placement en entreprise en raison de troubles liés à la sphère physique. Son niveau de résistance au stress, son image de soi et ses aptitudes relationnelles étaient quasiment inexploitable, selon les maîtres socioprofessionnels, alors même qu'il désirait sincèrement travailler. Le Dr N_____ n'expose pas pour quelle raison il ne

peut partager cette conclusion et ce qui a pu inciter les maîtres socioprofessionnels à conclure à une incapacité de travail complète, en l'absence de toute atteinte psychique, avec influence sur la capacité de travail, diagnostiquée. Il y a à cet égard à relever qu'aucun médecin ni aucun maître socioprofessionnel n'a mis en cause l'authenticité des plaintes du recourant ni retenu une majoration de celles-ci ou une mauvaise volonté de ce dernier. Sur la base de cette expertise, il ne peut non plus être admis que l'état de santé du recourant se soit amélioré depuis l'observation professionnelle, l'expert n'expliquant pas en quoi l'image de soi, la résistance au stress et les aptitudes relationnelles du recourant se seraient améliorées depuis lors. Cela étant, il s'avère nécessaire de mettre en œuvre une expertise psychiatrique judiciaire. Celle-ci sera confiée au Dr R_____. *** PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant préparatoirement Ordonne une expertise judiciaire médicale. La confie au Dr R_____, psychiatre. Dit que la mission de ce médecin sera la suivante : Prendre connaissance du dossier médical de Monsieur F_____. 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 : Quels sont vos diagnostics sur le plan psychiatrique ? Quelles limitations engendrent les éventuelles atteintes psychiatriques que vous avez constatées ? Les limitations constatées par les maîtres socioprofessionnels lors de l'observation du 22 septembre au 19 octobre 2008 sont-elles compatibles avec les diagnostics retenus ? Quelle est la capacité de travail de Monsieur F_____ et comment a-t-elle le cas échéant évolué depuis septembre 2007 ? Le traitement médical est-il adéquat ? Dans la négative, que proposeriez-vous ? Quelle est la compliance ? Si vous ne deviez pas partager les conclusions du Dr N_____, dans son rapport d'expertise du 14 avril 2009, pour quelle raison vous en écarteriez-vous ? Quel est votre pronostic ? Invite le Dr R_____ à déposer le plus rapidement possible un rapport en trois exemplaires à la Chambre de céans. Réserve le fond. La greffière Diana ZIERI La Présidente Maya CRAMER 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.