

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2024/2009

ATAS/111/2010

**ORDONNANCE D'EXPERTISE
DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 8

du 3 février 2010

En la cause

Monsieur O _____, domicilié au Lignon, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître WAEBER Jean-Bernard

recourant

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue
de Lyon 97, 1203 Genève

intimé

Siégeant : Jean-Louis BERARDI, Président suppléant;

Vu

la demande de prestations AI, tendant à l'octroi d'une orientation professionnelle ou d'une rente, déposée le 7 mai 2007 par O_____ (né en 1981, manutentionnaire sans formation spécifique, au bénéfice d'une autorisation de séjour), en raison de troubles neurologiques et psychiques ;

l'accident professionnel du 18 janvier 2006 (chute d'un plateau de 50 kg sur la tête), après lequel l'assuré a en particulier subi une altération de la vue durant 5 minutes, ainsi que des troubles de l'équilibre ;

le courrier du Dr A_____, généraliste, médecin-conseil de l'assurance-perte de gain de l'employeur (GENERALI), du 21 août 2006, indiquant que cet accident n'avait pas entraîné de perte de connaissance et que l'assuré pourrait reprendre le travail à 100% dès le 1^{er} septembre 2006 ;

le rapport du médecin d'arrondissement de la SUVA du 30 novembre 2006 (Dr B_____, orthopédiste), selon lequel il persistait des troubles neuropsychologiques et psychologiques ;

le rapport des H.U.G., Unité de psychiatrie, du 14 décembre 2006, attestant une incapacité de travail de 100% due à des troubles neurologiques et psychiatriques ;

le courrier des H.U.G. du 29 mars 2007, Département de chirurgie, selon lequel le patient (examiné le 19 janvier 2006, soit le lendemain de l'accident) avait subi un traumatisme crânien sans perte de connaissance ;

le rapport du Dr C_____, neurologue, du 5 juin 2007, attestant en particulier que l'assuré présentait un syndrome comportemental traumatique très marqué en lien avec la forte commotion cérébrale de janvier 2006 ;

le rapport de la Dresse D_____, neurologue-conseil de la SUVA, du 24 octobre 2007, selon laquelle l'assuré souffrait de troubles neuropsychologiques sans liens avec des séquelles traumatiques ;

le rapport du Dr E_____, psychiatre traitant et chef de clinique aux H.U.G., du 22 juin 2007, attestant, avec répercussions sur la capacité de travail, un retard mental léger, QT 67, F70 (existant depuis l'enfance) ; trouble spécifique de la personnalité, type impulsive F 60.3 ; épisode dépressif moyen avec syndrome somatique F 32.1 (existant depuis 2005) ; l'activité exercée jusque là n'était plus exigible ; des mesures sociales avec intégration dans un atelier protégé (afin de maintenir la stabilité clinique et éviter toute décompensation), en raison d'un fonctionnement intellectuel anormal, étaient nécessaires ;

le rapport du Dr F_____, neurologue traitant, du 12 juillet 2007, diagnostiquant un syndrome post-traumatique après une commotion cérébrale en janvier 2006, aggravé par des traumatismes antérieurs, attestant que l'incapacité de travail de son patient était entière dans toute profession, depuis le 18 janvier 2006, ce dernier n'ayant par ailleurs pas un fonctionnement intellectuel normal, ni un comportement acceptable pour l'entourage ;

le rapport de la Dresse D_____, neurologue mandatée par la SUVA, du 24 octobre 2007, selon lequel les troubles neuropsychologiques présentés par l'assuré n'étaient pas consécutifs à l'accident de janvier 2006, mais pouvaient s'expliquer, par exemple, dans le cadre du trouble du développement psychologique constaté chez lui ; des troubles d'adaptation consécutifs à l'accident du 18 janvier 2005 (recte : 2006) étaient bien documentés et étaient aptes à expliquer la dégradation subjective de son état mental ;

l'avis médical du Service médico-régional AI (SMR) du 25 octobre 2007, préconisant une expertise psychiatrique ;

le courrier des H.U.G., Unité de psychiatrie, du 23 avril 2008, relevant que le patient présentait toujours des troubles de l'équilibre, des lâchage de la jambe droite, des céphalées, des sensations de vibrations et de spasmes, un état de stress post-traumatique, un retard mental léger et une personnalité dyssociales, ainsi qu'une incapacité totale de travail ;

l'expertise psychiatrique subséquente des Drs G_____, H_____ et I_____, du Département de psychiatrie des H.U.G. du 6 mai 2008 (effectuée à l'issue de deux entretiens, à la prison de Champ d'Ollon), diagnostiquant, avec répercussion sur la capacité de travail, un syndrome post-commotionnel (F 07.02) depuis janvier 2006 ; sans répercussion sur la capacité de travail, un trouble mixte de la personnalité avec traits de personnalité dyssociale et émotionnellement labile F 61.09. La capacité résiduelle de travail était de 50% dans une activité adaptée (sans port de charges lourdes, sans stress, ni exigence de rendement, ni responsabilités, telle que jardinage ou travaux d'entretien dans des lieux publics) ; en raison des troubles cognitifs et du comportement, il existait en outre une diminution du rendement, restant à évaluer dans le cadre de l'activité elle-même ;

le complément d'expertise des Drs G_____, H_____ et I_____ du 26 juin 2008, établi à la demande du SMR, précisant qu'il n'y avait pas de raison physique de limiter le port de charges (hormis la situation de manutentionnaire rappelant l'évènement accidentel), que le trouble mixte de la personnalité n'avait pas eu d'incidence sur la capacité de travail de l'expertisé jusqu'à l'évènement accidentel de janvier 2006 et qu'il existait depuis lors une aggravation majeure de l'état de santé, dans le sens d'une grande labilité émotionnelle, sous forme de passage rapide du rire aux larmes, de phases d'abattement, de découragement, de repli alternant

avec des moments de forte impatience et d'agressivité verbale ; depuis 3 à 6 mois environ, l'expertisé avait retrouvé une capacité de travail de 50%.

l'avis du SMR (Dr J_____) du 15 juillet 2008, selon lequel il existait des contradictions entre l'avis des H.U.G. du 29 mars 2007 (pas de perte de connaissance) et celui des experts (possible perte de connaissance suite à un traumatisme crânien) ; en outre, il ne pouvait y avoir de syndrome post-commotionnel, s'il n'y a pas eu de commotion cérébrale, si bien qu'il ne restait aucun diagnostic pour limiter la capacité de travail ; il fallait par ailleurs mettre fortement en doute une modification psychologique après un accident bénin, d'autant que l'assuré (décrit comme bagarreur, irritable, hurlant, très intolérant à la frustration) avait toujours eu un caractère difficile avec de la peine à respecter les consignes sociales et les conditions du marché du travail et qu'il présentait une « *dysharmonie de développement mental avec une personnalité impulsive* » selon le rapport des H.U.G. du 14 décembre 2006 ; la fixation de l'incapacité de travail de 50% à 3 à 6 mois avant la date de l'expertise était arbitraire et non étayée ; il convenait dès lors de se rallier à l'évaluation du Dr A_____, qui préconisait une reprise à 100% dès le 1^{er} septembre 2006, si bien que l'incapacité de travail de l'assuré avait duré moins d'une année ;

l'arrêt du Tribunal cantonal des assurance sociales (TCAS) du 23 décembre 2008 rendu dans une affaire opposant l'assuré à la SUVA (ATAS/1511/2008), arrêt entré en force, retenant en particulier que l'intéressé subissait toujours une incapacité de travail (complète) (p. 13, § 14) ;

le projet de décision du 9 février 2009, par lequel l'Office cantonal de l'assurance invalidité (OCAI) estime que l'assuré pouvait reprendre son ancienne activité à plein temps, dès septembre 2006 ;

l'opposition formée par l'assuré le 12 mars 2009, par l'intermédiaire de Me Jean-Bernard WAEBER ;

le second rapport du Dr E_____, médecin chef de clinique à l'Unité de psychiatrie du développement mental des H.U.G, du 12 mars 2009, estimant que le patient, suivi à la consultation depuis le mois de mai 2006, présentait toujours une incapacité complète de travail, le degré d'incapacité n'ayant pas évolué depuis plusieurs années ; durant l'enfance et l'adolescence, le patient avait bénéficié d'une prise en charge épisodique par le Service médico-pédagogique en raison du trouble de comportement de type agressif, provocateur et oppositionnel ; il souffrait d'un retard mental léger associé à des troubles de personnalité dyssociale et d'un état de stress post-traumatique avec une altération du fonctionnement adaptatif rendant aléatoire son intégration en milieu ordinaire et source de stress permanent ;

le mandat de l'OCAI confié au SMR le 16 mars 2009 visant à déterminer si l'on était en présence d'un assuré n'ayant pas pu achever sa formation en raison de son atteinte à la santé (invalidité précoce) ;

l'avis du SMR du 24 mars 2009 (Dr J _____), selon lequel, en l'absence de relation de causalité adéquate (constatée par le TCAS dans son arrêt 23 du décembre 2008 précité) entre les troubles neuropsychologiques et l'accident du 18 janvier 2006, il ne pouvait pas s'agir d'un accident considéré comme grave ; dès lors, on ne pouvait admettre qu'il ait entraîné un état de stress post-traumatique selon les critères de la CIM-10 ; les troubles de la personnalité présentés par l'assuré depuis l'enfance représentaient probablement l'élément prédominant, mais selon l'expertise psychiatrique ceux-ci n'avaient pas d'influence notable sur la capacité de travail ; dès lors, le dernier avis du Dr E _____ constituait tout au plus une appréciation différente des répercussions sur la capacité de travail d'un même état de santé ;

les observations complémentaires de l'assuré du 30 avril 2009, tendant à la mise en œuvre d'une nouvelle expertise psychiatrique auprès du Bureau romand d'expertise médicale (BREM) ;

la décision de l'OCAI du 6 mai 2009 (envoyée sous pli simple et reçue le 11 mai suivant), refusant ladite mesure d'instruction et rejetant la demande de prestations, au motif que l'assuré pouvait reprendre son ancienne activité à temps complet dès septembre 2006. En particulier, le tableau clinique décrit par le corps médical ne l'avait pas empêché de travailler sur le marché équilibré du travail avant son accident du 18 janvier 2006 ; l'instabilité professionnelle et l'absence de formation professionnelle résultaient plus vraisemblablement de facteurs étrangers à l'invalidité que d'une atteinte durable à la santé ;

le recours du 10 juin 2009, tendant en particulier à la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique confiée au BREM ;

la réponse de l'OCAI du 3 juillet 2009, estimant qu'une telle expertise n'était pas nécessaire et concluant au rejet du recours ;

le courrier du Tribunal du 2 décembre 2009 informant les parties de son intention de confier au BREM la réalisation d'une expertise psychiatrique et neurologique, et leur communiquant la liste des questions à poser à l'expert, en leur donnant la faculté de se déterminer à leur sujet ;

les courriers des parties du 8 décembre 2009 ;

EN DROIT

1. A teneur de l'art. 61 let. c de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, le juge établit avec la collaboration des parties les faits déterminants pour la solution du litige ; il administre les preuves nécessaires et les apprécie librement.

S'il considère que les faits ne sont pas suffisamment élucidés, le juge peut renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction ou procéder lui-même à une telle instruction complémentaire, en particulier en mettant en œuvre une expertise lorsqu'il paraît nécessaire de clarifier des aspects médicaux (ATF 117 V 261 consid. 3 ; T. LOCHER Grundriss des Sozialversicherungsrecht, Bern 2003, t.1, p. 443 ; RAMA 1993 p. 136).

2. En l'occurrence, il existe une divergence d'appréciation entre les différents médecins intervenus concernant en particulier le taux de capacité de travail exigible de l'assuré. Selon l'expertise des H.U.G. du 6 mai 2008, complétée le 26 juin suivant, l'intéressé dispose d'une capacité de 50% depuis début 2008, dans une activité adaptée, et présente en outre une diminution du rendement, restant à évaluer dans le cadre de l'activité elle-même. Pour le Dr E_____, médecin chef de clinique à l'Unité de psychiatrie et développement mental des H.U.G., la capacité de travail de son patient serait même nulle, dans toute activité. En revanche, le Dr J_____ nie toute pathologie psychiatrique ayant des répercussions sur la capacité de travail, estimant que l'assuré serait en mesure de travailler à 100% dans son ancienne profession, depuis septembre 2006. Quant au Dr F_____, neurologue traitant, il a estimé que l'incapacité de travail de son patient était entière dans toute profession, depuis le 18 janvier 2006, ce dernier n'ayant par ailleurs pas un fonctionnement intellectuel normal, ni un comportement acceptable pour l'entourage.
3. Compte tenu en particulier de ces divergences (qu'il n'est pas possible de lever sans autre en l'occurrence) et de l'absence d'appréciation globale quant à la répercussion des atteintes neurologiques et psychiques sur la capacité de travail de l'assuré, une expertise bidisciplinaire (psychiatrique et neurologique) doit être mise en œuvre.

**PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant préparatoirement

1. Ordonne une expertise médicale psychiatrique et neurologique ;
2. La confie au Bureau romand d'expertise médicale ;
3. Dit que la mission de l'expert sera la suivante :
 - a. Prendre connaissance des dossiers de la cause (assurance-invalidité et assurance-accidents) ;
 - b. Si nécessaire, prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité le recourant ;
 - c. Examiner le recourant ;
 - d. Établir un rapport détaillé et répondre aux questions suivantes :
 - e. Quelle est l'anamnèse détaillée du cas ?
 - f. Quel est le status psychique/neurologique détaillé de l'assuré ?
 - g. Quels sont les diagnostics psychiatriques et neurologiques, selon une classification internationale reconnue, ayant une répercussion sur la capacité de travail ?
 - h. Quels sont les diagnostics psychiatriques et neurologiques, selon une classification internationale reconnue, sans répercussion sur la capacité de travail ?
 - i. En cas de troubles psychiques/neurologiques, quel est le degré de gravité de chacun de ceux-ci (faible, moyen, grave) ?
 - j. Ces troubles psychiques/neurologiques ont-ils valeur de maladie en tant que telle ?
 - k. Sur le plan psychiatrique/neurologique, quelles sont les limitations fonctionnelles présentées par l'assuré (le cas échéant, description précise des limitations ayant une répercussion sur la capacité de travail)?
 - l. Le traitement médical est-il adéquat ?
 - m. Quelle est la compliance ?
 - n. Par quels traitements l'état de santé pourrait-il être amélioré ?

- o. Malgré les plaintes alléguées et compte tenu de l'état de santé de l'assuré et de vos diagnostics, celui-ci pourrait-il exercer une activité lucrative adaptée d'un point de vue psychique/neurologique ? Si oui, laquelle-lesquelles ? Depuis quelle date et à quel taux ?
 - p. Si l'expertisé ne présente pas de capacité de travail, depuis quelle date cette incapacité existe-t-elle ? Pourquoi existe-t-il une incapacité de travail ?
 - r. Faire toutes autres observations ou suggestions utiles.
- 3. Invite le BREM à déposer dans les meilleurs délais un rapport en trois exemplaires au Tribunal de céans.
 - 4. Réserve le fond.

La greffière

Le Président suppléant

Aline MARC PELLANDA

Jean-Louis BERARDI

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties par le greffe le