

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2857/2010

ATAS/1/2011

**ORDONNANCE D'EXPERTISE
DE LA COUR DE JUSTICE**

Chambre des assurances sociales

du 5 janvier 2011

5ème Chambre

En la cause

Monsieur T_____, domicilié à Plan-les-Ouates

Recourant

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE
GENEVE, sis rue de Lyon 97, case postale 425, 1211 Genève 13

Intimé

Siégeant : Maya CRAMER, Présidente.

EN FAIT

1. Monsieur T_____, né en 1960 et d'origine turque, est arrivé en Suisse en avril 1983. En dernier lieu, il a travaillé comme manutentionnaire chez X_____. En raison de douleurs au dos, puis de douleurs ubiquitaires, il quitte cet emploi en 1991 et émarge de l'assurance-chômage, hormis six mois de travail temporaire comme ouvrier dans une usine et deux à trois mois temporaires dans une fabrique de montres en 1993 (cf. rapport COPAI du 7 mai 1996).
2. En mars 1995, il dépose une demande de prestation d'assurance-invalidité. Dans le cadre de celle-ci, il est mis au bénéfice d'une observation professionnelle du 18 mars au 18 avril 1996. Dans son rapport du 7 mai 1996, le Centre d'observation professionnelle de l'assurance-invalidité (COPAI) constate que la capacité de charge professionnelle de l'assuré doit être considérée comme nulle, l'atteinte musculaire affectant les positions et gestes de travail au point que le rendement est inexploitable dans le circuit économique normal, tant en quantité qu'en qualité. Les capacités physiques et d'apprentissage, extrêmement réduites, ne peuvent être utilisées avec profit dans une activité professionnelle. Seule l'intégration en atelier protégé pourrait être envisagée. Précédemment, le Dr L_____, médecin-conseil du COPAI, constate, dans son rapport médical du 23 avril 1996, que le patient a une personnalité anxieuse et obsessionnelle. Il est affecté d'un syndrome fibromyalgique primaire. Tous les traitements ont échoué et la situation actuelle a peu de chance de se modifier positivement à moyen ou long terme. Le stage au COPAI a confirmé que sa pathologie n'était pas compatible avec une activité professionnelle. Par ailleurs, la composante dépressive réactionnelle, très classique dans ce type de pathologie, constitue un obstacle supplémentaire à une reprise d'activité.
3. Par décision du 14 octobre 1997, l'assuré est mis au bénéfice d'une rente d'invalidité entière à compter du 1^{er} mai 1996.
4. En mai 2004, l'Office cantonal de l'assurance-invalidité, aujourd'hui Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (OAI), entame une procédure de révision de rente. Dans le cadre de cette procédure, l'assuré est soumis à une expertise psychiatrique par le Dr M_____. Dans son rapport du 7 juillet 2005, l'expert retient les diagnostics de fond dysthymique, de troubles douloureux associés à des facteurs psychologiques et une affection médicale générale, ainsi qu'une personnalité à traits évitants et obsessionnels. La prise en charge psychothérapeutique a été interrompue en 1996 et l'assuré ne bénéficie pas d'un traitement antidépresseur médicamenteux. Celui-ci admet que son état psychique s'est amélioré depuis trois à quatre ans. Le tableau clinique est actuellement dominé par une symptomatologie algique au niveau lombaire et cervical. Néanmoins, au cabinet, l'assuré ne paraissait ni dolent, ni fortement limité dans ses mouvements et déplacements. Il ne subit en outre pas de perte d'intégration sociale, mais paraît

avoir au contraire une grande activité associative et peut accomplir de nombreuses tâches domestiques. La capacité de travail est entière, même si l'assuré paraît déconditionné tant au niveau psychologique que physique. Son vocabulaire en français est limité, mais il est en mesure de comprendre les questions et d'y répondre de façon satisfaisante. L'expert ne recommande pas de procéder à un reclassement professionnel qui semble voué à l'échec.

5. Par décision du 24 novembre 2005, l'OAI supprime la rente d'invalidité dès le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de sa décision.
6. Par l'intermédiaire de son conseil, l'assuré forme opposition à cette décision. Dans ses écritures du 30 janvier 2006, il fait notamment valoir que, du point de vue somatique, il présente toujours des douleurs lombalgiques basses avec cervicalgies irradiantes dont l'intensité va en s'accroissant. Le diagnostic est une fibromyalgie avec syndrome dépressif chronique, accompagné d'une discopathie dégénérative et d'une uncarthrose étagée. L'assuré reproche à l'OAI de ne pas avoir ordonné une expertise concernant ses atteintes rhumatologiques. Quant au trouble dépressif, il est fluctuant, mais toujours présent. Il varie en fonction des douleurs, ce qui ne peut être mis en évidence par un succinct examen médical, en l'occurrence d'une heure. Il s'oppose à tout traitement psychiatrique, préférant mettre ses troubles sur le compte des douleurs somatiques.
7. En avril 2006, l'assuré est soumis à une expertise par la Dresse N_____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie. Dans son rapport du 6 juin 2006, elle pose les diagnostics de cervicalgies chroniques, tendinopathie chronique de la coiffe des rotateurs à droite et de lombalgies chroniques. L'assuré se plaint principalement de cervicalgies chroniques irradiant de manière diffuse dans les membres supérieurs droits, l'empêchant de bouger et entraînant des troubles du sommeil. Il se plaint également de l'épaule droite qui le limite dans toutes les activités. Toutefois, les radiographies, ainsi qu'une IRM, sont compatibles avec l'âge et n'expliquent pas les douleurs et les limitations fonctionnelles décrites par l'expertisé. Quant aux signes cliniques et radiographiques en faveur d'une tendinopathie chronique du sus-épineux droite, une prise en charge plus spécifique au niveau de l'épaule (infiltrations, physiothérapie spécifique) pourrait être proposée. Concernant la fibromyalgie, il n'y a actuellement pas de critères pour ce diagnostic, hormis les douleurs mal systématisées, la fatigue et les troubles du sommeil. Du point de vue fonctionnel, en raison des douleurs cervicales et de la tendinopathie de l'épaule droite, l'assuré est limité dans le port de charges lourdes, les travaux lourds et les mouvements répétés de l'épaule droite. Il ne peut donc pas reprendre son ancienne activité de manutentionnaire. Dans le cadre d'une activité légère, sans port de charge de plus de 10 kilos, sans mouvements répétés de l'épaule, avec possibilité de changer occasionnellement de position, sa capacité de travail est complète. Selon ce médecin, des mesures de réadaptation seraient par ailleurs souhaitables, l'assuré n'ayant plus travaillé depuis 10 ans. Il est toutefois

peu probable que cette réadaptation aboutisse à une réinsertion professionnelle, le stage effectué en 1996 ayant été un échec.

8. En octobre 2006, l'assuré est hospitalisé au Département psychiatrique des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) pour une aggravation de la symptomatologie dépressive. Il est ensuite suivi au Centre de thérapie brève (CTB) du 30 octobre au 5 décembre 2006. Dans son rapport d'intervention, le CTB mentionne les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptôme psychotique, et de fibromyalgie. Dans les éléments anamnestiques est indiqué que l'état dépressif est fluctuant, avec une aggravation depuis deux ans. Le médecin psychiatre traitant a prescrit des antidépresseurs. Ces dernières semaines, l'état dépressif s'est aggravé avec des troubles du sommeil et des cauchemars nécessitant une hospitalisation aux HUG du 24 au 30 octobre 2006. Le médicament Efexor à 300 mg, associé à l'introduction de Trittico et de Zyprexa, est administré. A l'entrée, le CTB constate un ralentissement psychomoteur, une thymie triste, un trouble du sommeil avec cauchemars. L'assuré n'a pas d'idées noires, ni d'idées suicidaires. La symptomatologie dépressive était liée au conflit de couple et à la perte d'autonomie du patient, créant d'importantes tensions au sein du couple. Au cours du suivi, il a pu discuter avec sa femme et clarifier leur situation. Le couple a pris la décision d'un commun accord d'un partage de leurs tâches ménagères et que l'assuré prendrait des cours de français. Il a entrepris des démarches dans ce sens. La clarification de cette situation l'a beaucoup aidé. Il se sentait nettement moins tendu et moins anxieux.
9. Par décision du 17 septembre 2007, l'OAI rejette l'opposition de l'assuré.
10. Le 4 mars 2009, l'assuré dépose une nouvelle demande de prestations d'invalidité en précisant qu'il souffre d'une fibromyalgie aigue et chronique, ainsi que d'un problème de cervicales et du dos. Invité par l'OAI d'indiquer les faits nouveaux qui pourraient motiver une réinstruction de son droit à la rente, l'assuré lui répond, par courrier du 20 mars 2009, que le médecin-conseil de l'époque, après une consultation de 15 minutes, a estimé que son état de santé s'était amélioré, ce qui a entraîné la suppression de la rente d'invalidité. Or, il souffre depuis plusieurs années d'une maladie appelée fibromyalgie chronique aigue, en plus de douleurs cervicales et dorsales. La suppression de la rente en 2007 l'a complètement anéanti, physiquement, moralement et chroniquement. Il n'était pas parvenu à se remettre de cette décision. Actuellement, son état de santé s'est empiré à tout point de vue et son médecin-traitant, ainsi que son psychologue estiment qu'il est dans l'incapacité physique et psychique de travailler. Il ne comprend par ailleurs pas pourquoi il doit continuer à se justifier sur son état de santé passé et présent, alors que son dossier médical est connu par l'OAI.
11. Suite à la communication d'un projet de décision de refus d'entrer en matière, le Dr O_____ informe l'OAI, par courrier du 20 avril 2009, que son patient n'a jamais présenté une évolution favorable depuis qu'il est suivi par lui. Il a fait

plusieurs rechutes de son affection psychiatrique et a été hospitalisé au Département psychiatrique des HUG où les diagnostics de trouble dépressif sévère sans symptôme psychotique et d'un syndrome douloureux somatoforme persistant ont été posés. Depuis la suppression de sa rente en 2007, son état psychique et tous les symptômes et signes de son état anxio-dépressif se sont nettement aggravés. Il est totalement incapable de poursuivre ses activités sociales, professionnelles et ménagères. Sa capacité de travail est nulle.

12. Dans son rapport du 18 mai 2009, le Dr O_____ diagnostique un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques, une anxiété généralisée, un syndrome douloureux somatoforme persistant et une personnalité anxieuse (évitante).
13. Dans son rapport du 27 mai 2009, le Dr P_____ pose les diagnostics de trouble dépressif récurrent, de troubles somatoformes douloureux, de fibromyalgie et cervicalgies sur discopathies et uncarthrose, ainsi que de tendinopathie calcifiante de l'épaule droite. Il ne se prononce pas sur la capacité de travail et renvoie sur ce point au psychiatre-traitant.
14. En janvier 2010, l'assuré est soumis à une nouvelle expertise par le Dr M_____. Dans son rapport du 23 février 2010, celui-ci pose le diagnostic d'état dépressif majeur de gravité légère. A l'examen clinique, il constate notamment que l'assuré est tout à fait soigné de sa personne, qu'il se déplace sans limitations, ne paraît pas dolent ou algique et peut demeurer assis pendant tout l'entretien. Il est courtois, collaborant et répond de manière claire et précise aux questions posées. A deux ou trois moments, il paraît légèrement ému. Il signale être actuellement moins bien psychologiquement. Il manque de motivation et d'entrain, a moins d'énergie et est plus fatigué le matin. Ses plaintes douloureuses ne sont actuellement plus vraiment au premier plan. Il se plaint de lombalgies basses, de cervico-brachialgies à prépondérance droite et mentionne des sensations de fourmillements dans le bras et la main droite. Pour le reste, son statut est inchangé par rapport à son expertise précédente. Dans la discussion du cas, l'expert relève que la symptomatologie dépressive est de gravité légère à moyenne. Selon l'expert, il faut tenir compte d'une certaine tendance à la dramatisation et à l'amplification des symptômes. L'assuré prend régulièrement son traitement, sauf pour le Sirdalud dont les valeurs ne sont pas détectables. Compte tenu de ce que les plaintes douloureuses ne sont plus au premier plan, l'expert estime que le diagnostic de troubles somatoformes douloureux ne peut plus être retenu. La diminution de la capacité de travail est de 20 à 30 %, sous forme d'une baisse de rendement, dans une activité adaptée. Toutefois, dans le questionnaire relatif aux influences des atteintes sur la capacité de travail, l'expert ne retient plus qu'une baisse de rendement de 20 %. Il préconise par ailleurs une augmentation du dosage de l'antidépresseur.

-
15. Dans son avis médical du 3 août 2010, la Dresse Q_____ du SMR déclare ne pas pouvoir adhérer aux conclusions de l'expert, selon lequel il y a une diminution de rendement de 20 à 30 % dans une activité adaptée, dès lors que l'expert a estimé que le status clinique était superposable à celui constaté lors de l'examen clinique du 8 juin 2005.
 16. Par décision du 6 août 2010, l'OAI refuse le droit aux prestations.
 17. Par courrier du 25 août 2010 à l'OAI, l'assuré conteste cette décision. Il fait valoir qu'il n'est toujours pas apte à travailler. De plus, il a 50 ans et aucun diplôme, de sorte qu'il lui serait aujourd'hui encore plus difficile de trouver un employeur. Depuis cinq ans, il recherche un emploi et n'a toujours rien trouvé au vu de ses problèmes de santé.
 18. A la même date, l'assuré transmet copie de ce courrier au Tribunal cantonal des assurances sociales, alors compétent, en lui indiquant qu'il recourt contre la décision de l'OAI.
 19. Dans sa réponse au recours du 21 septembre 2010, l'OAI conclut à son rejet en reprenant son argumentation antérieure.
 20. Entendu le 13 octobre 2010 par le Tribunal, le recourant déclare ce qui suit :

"Je ne vais toujours pas bien. Je n'arrive notamment pas à dormir, même avec des médicaments. J'ai des douleurs partout et je manque de concentration.

A la question de la Juge de savoir ce qui m'empêche le plus de travailler, je relève que je n'ai plus travaillé depuis 15 à 20 ans. Par ailleurs, j'ai essayé de retrouver du travail, sans succès. Enfin, je pense que je ne pourrais pas travailler à cause des problèmes de concentration et des douleurs.

Les relations avec ma femme ne sont pas très bonnes, notamment du fait que je ne gagne pas d'argent. Elle est souvent énervée contre moi.

Pendant la journée, je regarde la télévision, je me promène ou je vais parfois chez quelqu'un.

Depuis 2 ans, je ne fréquente plus la Maison Populaire de Genève."
 21. Le 15 octobre 2010, le Tribunal informe les parties qu'il a l'intention de mettre en œuvre une expertise psychiatrique et de la confier au Dr R_____, psychiatre, et leur communique la liste des questions.

22. Par courrier du 8 novembre 2010, l'épouse du recourant fait savoir au Tribunal que son mari est d'accord avec le choix de l'expert et prie le Tribunal de lui indiquer la marche à suivre, dès lors qu'elle accompagnera son mari.
23. Le 11 novembre 2010, le Tribunal informe l'épouse du recourant que celui-ci serait directement convoqué par le Dr R_____.
24. Dans son avis médical du 17 novembre 2010, la Dresse Q_____ du SMR s'étonne de l'intention du Tribunal d'ordonner une expertise psychiatrique, dès lors que le dossier comprend déjà une expertise réalisée par le Dr M_____. Elle estime que sa décision ne repose pas sur des considérations médicales objectives, l'expertise de ce dernier médecin étant tout à fait convaincante sur le plan médical. Elle s'oppose dès lors à la mise en œuvre d'une nouvelle expertise qui n'amènerait que de la confusion. Enfin, elle indique que le Tribunal fédéral a reconnu à chaque fois que les expertises de ce médecin étaient probantes.
25. Par écriture du 18 novembre 2010, l'intimé s'oppose à la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique judiciaire. Subsidiairement, il récuse l'expert pressenti. A cet égard, il fait valoir que, au vu du courrier du 11 novembre 2010 du Tribunal, celui-ci a déjà statué sur la nécessité de réaliser une nouvelle expertise psychiatrique et sur le choix de l'expert, sans attendre la détermination de l'intimé, ce qui constitue une violation de son droit d'être entendu. Quant au refus de mise en œuvre d'une expertise psychiatrique, il se prévaut également de l'expertise du Dr M_____, à laquelle il attribue une pleine valeur probante. Il souligne en outre qu'une nouvelle expertise psychiatrique ne permettrait pas d'établir quel était l'état de santé psychique du recourant au moment de la notification de la décision litigieuse. Enfin, l'intimé relève que la décision dont est recours a été prise dans le cadre d'une demande de révision. Or, l'état de santé du recourant ne s'est pas modifié de façon notable, celui-ci n'alléguant pas une aggravation, mais considérant qu'il est en incapacité totale de travailler depuis de très nombreuses années.
26. Par courrier du 15 novembre 2010, X_____ informe le Tribunal que le salaire mensuel brut d'un manutentionnaire dans cette entreprise en 2009 s'élève à environ 5'400 fr.

EN DROIT

1. Jusqu'au 31 décembre 2010, conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 5 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-accidents, du 20 mars 1981 (LAA; RS 832.20);

Dès le 1er janvier 2011, cette compétence revient à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend les procédures pendantes devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 9 octobre 2009);

2. 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; ATFA non publié du 19 mars 2004, I 751/03 consid. 3.3, RAMA 1985 K 646 p. 240 consid. 4).
3. L'intimé s'oppose à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire notamment au motif que l'état de santé du recourant ne s'est pas aggravé depuis la décision de suppression de rente, celui-ci alléguant qu'il était en incapacité totale de travailler depuis de très nombreuses années.

Toutefois, en l'occurrence l'intimé est entré en matière sur la demande de révision du recourant et a examiné l'affaire au fond, notamment en mettant en œuvre une expertise auprès du Dr M_____. Cela étant, la Chambre de céans a le pouvoir de contrôler si oui ou non l'état de santé du recourant s'est aggravé (voir ATF 117 V 198 consid. 3a et la référence). Par ailleurs, une aggravation est attestée par les médecins traitants du recourant, les Drs O_____ et P_____.

4. S'agissant de l'expertise du Dr M_____ du 23 février 2010, il ressort également de celle-ci que l'état de santé psychique du recourant s'est aggravé. En effet, ce médecin diagnostique un état dépressif majeur de gravité légère, alors qu'il n'a pas retenu ce diagnostic dans son expertise du 17 juillet 2005. Toutefois, plusieurs médecins ont posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent, à savoir les médecins du CTB et le Dr O_____. Or, le Dr M_____ n'a pas tenu compte du caractère fluctuant du trouble dépressif et n'a pas non plus expliqué pourquoi il s'écarte du diagnostic de trouble dépressif récurrent retenu par d'autres médecins. Il lui aurait notamment appartenu de prendre des renseignements complémentaires auprès des médecins traitants du recourant.

Cela étant, la Chambre de céans estime que l'expertise du Dr M_____ est incomplète de sorte qu'il est nécessaire de faire évaluer l'état psychique du recourant par une expertise judiciaire.

5. En ce qui concerne le choix de l'expert, l'intimé ne fait valoir aucun motif de récusation de celui-ci, si ce n'est le fait que le Tribunal aurait déjà désigné l'expert sans son concours. Dès lors, il n'y a aucun motif d'écarter le Dr R_____ de la mission d'expertise. Il est en outre inexact que celui-ci aurait d'ores et déjà été mandaté, avant la détermination de l'intimé. En effet, il a uniquement été pressenti comme expert en vue de sa désignation formelle par la présente ordonnance.

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant préparatoirement

- A. Ordonne une expertise judiciaire médicale.
- B. La confie au Dr R_____, psychiatre
- C. Dit que la mission de ce médecin sera la suivante :
- Prendre connaissance du dossier médical du recourant.
 - 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 :
 1. Quels diagnostics posez-vous sur le plan psychiatrique ?
 2. Quelles limitations engendrent les atteintes psychiatriques diagnostiquées ?
 3. Quelle est la cause de l'éventuel trouble dépressif diagnostiqué et depuis quand l'expertisé en est-il atteint?
 4. Quelle est la capacité de travail de M. T_____, sur le plan psychiatrique, dans une activité adaptée, sans tenir compte d'un éventuel trouble somatoforme douloureux persistant constaté ?
 5. Comment a évolué sa capacité de travail, sur le plan psychiatrique, depuis l'expertise du Dr M_____ en 2005, en faisant abstraction du trouble somatoforme douloureux éventuellement diagnostiqué ?
 6. Le cas échéant, depuis quand constatez-vous une aggravation de l'état psychiatrique provoquant une diminution de la capacité de travail ?

7. L'expertisé présente-t-il un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie)
 8. L'éventuelle incapacité de travail, sur le plan psychiatrique, est-elle due à une maladie ou plutôt à des facteurs psychosociaux et socio-culturels ?
 9. Le traitement médical est-il adéquat? Quelles modifications du traitement proposeriez-vous le cas échéant?
 10. Quel est votre pronostic?
 11. Pourquoi vous écartez-vous, le cas échéant, de l'expertise psychiatrique du Dr M_____ du 23 février 2010.
- D. Invite le Dr R_____ à déposer le plus rapidement possible un rapport en trois exemplaires à la Chambre de céans.
- E. Réserve le fond.
- F. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La Présidente

Marie-Catherine SECHAUD

Maya CRAMER

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties le