

## **GE\_GERICHTE ATAS/1001/2014 vom 16. September 2014**

GE Cour de justice, 2014-09-16, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_1001\\_2014](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1001_2014)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/1001/2014 du 16 septembre 2014

IT: GE\_GERICHTE ATAS/1001/2014 del 16 settembre 2014

### **Erwägungen**

#### **E. 14**

Ayant eu connaissance de ce rapport d'expertise, le psychiatre traitant a adressé le 8 juin 2012 un courrier à l'OAI. Il a indiqué relever les mêmes symptômes que ceux mentionnés dans l'expertise mais en tirer des conclusions différentes, alléguant que l'assuré réunissait tous les critères permettant de conclure à un état dépressif. En effet, leur intensité et leur constance justifiaient selon lui ce diagnostic plutôt que celui de dysthymie. Il a ajouté que la situation psychosociale de l'assuré avait eu un fort impact sur sa santé et avait participé à l'installation de l'état dépressif. Il a argué que la majoration des symptômes mentionnés par les experts s'inscrivait à son sens dans un besoin de reconnaissance, avec une composante culturelle d'expression de la maladie mais a exclu toute simulation. A l'appui de sa position, le psychiatre traitant a produit les conclusions d'un examen neuropsychologique effectué en janvier 2011 par Madame K\_\_\_\_\_, psychologue et neuropsychologue, qui concluait que, comparativement à un bilan

- 8/15-

A/1001/2013 effectué en juin 2009, l'examen avait mis en évidence une aggravation de la symptomatologie anxio-dépressive, des signes de dysmétrie plus marqués au niveau des deux mains, un ralentissement psychomoteur désormais sévère et des troubles de la mémoire épisodique verbale. Etaient au surplus apparues une altération des capacités d'abstraction sur matériel verbal et des difficultés à percevoir un dessin complexe au trait. L'aggravation de la symptomatologie, dominée par un ralentissement psychomoteur sévère, d'importants troubles mnésiques et des signes de dysmétrie, était, selon elle, à mettre en lien vraisemblablement avec l'état anxiodépressif majeur.

#### **E. 15**

Le 14 août 2012, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision dont il ressortait qu'il se proposait de lui nier le droit à toute prestation.

#### **E. 16**

Le 31 août 2012, les docteurs C\_\_\_\_\_, B\_\_\_\_\_ et F\_\_\_\_\_ ont établi un bref rapport médical. Ils ont rappelé que l'assuré avait souffert d'un syndrome post-commotionnel, suite à son accident en 2009, qu'il avait développé progressivement un état dépressif moyen à sévère, caractérisé par une humeur abaissée, une anhédonie, une perte d'élan vital, un pessimisme avec idées de mort passives, des troubles du sommeil, un ralentissement psychomoteur et une perte d'estime et de confiance en soi entraînant une aggravation des symptômes post-commotionnels qui avaient eux-mêmes participé à la chronicisation du symptôme dépressif. Les médecins ont attesté que ces pathologies entraînaient des limitations dans la vie quotidienne, avec un repli sur soi marqué et une diminution des activités sociales et ménagères, rapportés par l'assuré lui-même mais également par ses

enfants. En conséquence, ils ont conclu à une incapacité de travail totale sur la base d'éléments cliniques confirmant les observations de la famille et ont émis l'avis que l'octroi d'une rente mérite d'être réexaminé à la lumière d'une évaluation des capacités et limitations du patient dans son milieu et/ou en milieu professionnel.

**E. 17**

Par décision du 22 février 2013, l'OAI a nié à l'assuré le droit à toute prestation. Se référant plus particulièrement aux expertises des 11 mai 2011 et 3 mars 2012, l'OAI a estimé que l'assuré avait conservé une capacité de travail totale dans toute activité.

**E. 18**

Par écriture du 25 mars 2013, l'assuré a interjeté recours contre cette décision en concluant à l'octroi d'une rente entière, subsidiairement à la mise sur pied d'une expertise judiciaire. Le recourant reproche à l'OAI de s'être basé exclusivement sur le rapport d'expertise du BREM - lequel a écarté bon nombre de symptômes au profit d'une majoration des troubles pour raisons psychologiques - et d'avoir ignoré l'avis de ses

- 9/15-

A/1001/2013 médecins traitants, notamment celui du Dr F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, qui a conclu à un état dépressif moyen à sévère. Il fait remarquer que l'ensemble des médecins consultés s'accorde sur l'existence de céphalées, de troubles de l'équilibre et de vertiges et fait grief aux experts du BREM d'avoir nié l'origine neurologique de ces symptômes tout en les ignorant dans le cadre de l'analyse psychique. En définitive, le recourant, se référant aux avis des Drs F\_\_\_\_\_, C\_\_\_\_\_ et B\_\_\_\_\_, conclut à sa totale incapacité de travail en raison d'un état dépressif moyen et d'un syndrome post-commotionnel.

**E. 19**

Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 22 mai 2013, a conclu au rejet du recours. L'intimé relève en premier lieu s'être fondé non pas seulement sur l'expertise du BREM mais également sur celle du CEMed. Il soutient que le BREM a motivé les raisons pour lesquelles il a conclu à une simple dysthymie, diagnostic également retenu par le CEMed en 2010, tout comme celui de majoration de symptômes physiques pour raisons psychologiques. L'OAI se réfère pour le reste à l'avis de la doctoresse L\_\_\_\_\_, du SMR, qui, le

**E. 21**

Par écriture du 29 juillet 2013, l'intimé a également persisté dans sa position.

**E. 22**

Entendue par la Cour de céans le 30 janvier 2014, la Dresse J\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a contesté avoir objectivé autant de symptômes que le disait le psychiatre traitant. Elle a fait remarquer qu'il fallait distinguer entre, d'une part, les plaintes du patient et d'autre part, les symptômes florides, c'est-à-dire ceux qui peuvent être objectivés à l'examen. Au nombre de ceux-ci, elle n'avait retenu qu'un abaissement de l'humeur, une perte de plaisir, une réduction de la confiance en soi et, éventuellement, les troubles du sommeil dont se plaint le patient, qu'elle n'a pu objectiver. Cela représente donc tout au plus quatre symptômes, ce qui, selon la CIM-10, ne permet pas même de conclure à un épisode dépressif léger. Certes, l'assuré se plaint de fatigue et d'un ralentissement

psychomoteur, mais le témoin a indiqué n'avoir pu les observer. Au contraire, le patient s'était montré vigile, réactif, répondant sans hésitation. S'agissant par ailleurs des idées noires et ruminations, le témoin a expliqué qu'elles sont fréquentes, même en cas de dysthymie. Elles sont à distinguer des idées suicidaires. Le témoin a expliqué que le fait de retenir le diagnostic de majoration des douleurs ne revient pas à nier l'existence de douleurs mais simplement à constater que tout substrat organique a été écarté par l'examen physique. Ce n'est qu'après celui-ci qu'un tel diagnostic peut être retenu. Le témoin a ajouté avoir hésité avec le diagnostic de trouble somatoforme douloureux mais avoir finalement écarté celui-ci en raison du fait qu'en l'occurrence, ce n'étaient pas tant les douleurs qui étaient mises en avant mais les vertiges.

### **E. 23**

Entendu à son tour, le Dr F\_\_\_\_\_, psychiatre-traitant de l'assuré depuis novembre 2009 a confirmé conclure quant à lui à un état dépressif moyen à sévère et à un syndrome post-commotionnel. Il a expliqué que pour retenir le premier diagnostic, selon la CIM-10, il s'est basé sur la présence de deux à trois symptômes principaux : l'abaissement de l'humeur, la diminution de l'intérêt et du plaisir et la réduction de l'énergie. Ces symptômes sont objectivés par la tendance au repli sur soi de l'assuré, qui tend à se confiner à domicile, mis à part quelques promenades avec son épouse, et qui se contente de rester la plupart du temps couché, sans activité, pas même celles de regarder la télévision ou de lire. Il y a donc une modification de son comportement, lui qui aimait voir du monde, sortir et s'occuper de travaux administratifs. Ce changement a été confirmé par les membres de la famille.

- 11/15-

A/1001/2013 S'ajoutent à ces symptômes principaux au moins quatre symptômes supplémentaires : les troubles du sommeil (avec un réveil matinal précoce, des troubles de l'endormissement et des réveils nocturnes, aux dires du patient), une baisse de l'estime de soi, des idées de mort passives (non pas suicidaires, mais l'assuré accueillerait la mort dans l'indifférence), un pessimisme et des troubles de la mémoire et de la concentration. Les troubles de la mémoire lui ont été rapportés par le patient et des membres de sa famille. Quant à ceux de la concentration, il en a eu un bref aperçu en consultation, sous la forme d'un léger ralentissement psychomoteur indiquant que le patient avait du mal à rassembler ses idées. Le témoin a relevé que ces troubles avaient fait l'objet de bilans neuropsychologiques aux HUG en 2009 et 2011. Il a émis l'avis que la capacité de travail de l'assuré est nulle car celui-ci est enfermé dans plusieurs cercles vicieux : celui des interactions entre ses problèmes physiques et psychiques, d'une part, celui des contradictions entre ses différents rôles (mari, père, travailleur), d'autre part. Pour y remédier, le médecin a préconisé de redonner un peu de dignité à l'assuré par le biais d'une activité professionnelle, même en milieu protégé. Il a également souligné la motivation de son patient pour une réadaptation. Le témoin a exclu le diagnostic de dysthymie dont il a expliqué qu'il se définit par des symptômes dépressifs qui ne sont pas suffisamment marqués dans leur acuité et leur durée pour conclure à un état dépressif, ce qui ne correspond pas à ce qu'il peut observer chez son patient : chez lui, les symptômes se répercutent de manière importante non seulement sur sa vie professionnelle, mais également sociale, familiale et sur son appréhension du plaisir ; sa vie actuelle est totalement différente de ce qu'elle était lorsqu'il travaillait.

### **E. 24**

Dans ses conclusions après enquêtes du 27 février 2014, l'intimé a considéré qu'il n'y avait pas lieu de modifier son appréciation. A l'appui de sa position, l'intimé a produit un avis de la Dresse L\_\_\_\_\_. S'agissant des déclarations du Dr F\_\_\_\_\_, celle-ci estime qu'elles ne comportent pas d'éléments cliniques objectifs. Au contraire, le psychiatre-traitant se réfère à des éléments relevant du domaine psychosocial. Par ailleurs, le psychiatre traitant conclut à une capacité de travail nulle dans toute activité tout en préconisant une activité professionnelle même en milieu protégé. Quant aux rapports d'examens neuropsychologiques effectués en juin 2009 et janvier 2011, la Dresse L\_\_\_\_\_ s'étonne que Mme K\_\_\_\_\_ ait conclu à une aggravation des troubles neuropsychologiques alors que chaque aire de la sphère cognitive, analysée séparément, ne permet pas d'aboutir à une telle conclusion. En effet, la compréhension en situation reste préservée, l'écriture reste bonne, le calcul

- 12/15-

A/1001/2013 est décrit comme parfait, le volet programmation des tests est satisfaisant de sorte qu'il n'y a pas d'aggravation clairement objectivée. Quant au courrier adressé par la Dresse M\_\_\_\_\_ au Dr B\_\_\_\_\_, le Dr L\_\_\_\_\_ relève que ce médecin n'a vu l'assuré qu'à deux reprises et qu'il conclut que pour essayer de sortir de l'impasse médico-psycho-sociale dans laquelle se trouve le patient, il conviendrait de réunir tous les intervenant. Le Dr L\_\_\_\_\_ en tire la conclusion que des éléments d'ordre social et psychologique, donc non médicaux ont pris le relai.

#### **E. 25**

Le recourant, quant à lui, a également persisté dans ses conclusions en date du 6 février 2014.

#### **E. 26**

La Cour de céans a informé les parties qu'elle envisageait de mettre sur pied une expertise judiciaire qu'elle confierait au Dr N\_\_\_\_\_, psychiatre, et les a invitées à lui faire parvenir la liste des questions qu'elles souhaiteraient lui voir poser et à faire valoir d'éventuels motifs de récusation.

#### **E. 27**

Par écriture du 16 mai 2014, l'intimé a indiqué ne pas voir la nécessité d'une telle expertise. Il s'est néanmoins prononcé quant aux questions à poser à l'expert qui serait éventuellement désigné et a indiqué ne pas avoir de motifs de récusation à faire valoir.

#### **E. 28**

Par écriture du 16 juin 2014, le recourant s'est exprimé en indiquant qu'il souhaiterait que l'expert soit particulièrement interrogé sur l'impact de la symptomatologie sur la capacité de travail et sur la nécessité d'une observation professionnelle. EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur depuis le 1er janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, 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). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.
2. Interjeté dans les forme et délai légaux (art. 56 à 60 LPGA), le recours est recevable.

- 13/15-

A/1001/2013 3. Est litigieuse en l'espèce la question de savoir si les atteintes à la santé du recourant entraînent une perte de gain susceptible de lui ouvrir droit à des prestations de l'assurance-invalidité. 4. En l'espèce, les atteintes somatiques ont été suffisamment investiguées. Reste en revanche douteuse la question de l'impact des atteintes psychiques sur la capacité de travail. Il apparaît en particulier que les différents experts qui se sont prononcés ne se sont pas déterminés de manière détaillée sur les bilans neuropsychologiques effectués en 2009 et 2011 et sur l'aggravation des symptômes mise en évidence - selon Mme K\_\_\_\_\_. Or, 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 oeuvre 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). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en oeuvre une expertise (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Il convient en l'espèce d'ordonner une expertise, laquelle sera confiée au Dr N\_\_\_\_\_, psychiatre.

\*\*\*

- 14/15-

A/1001/2013 PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :  
Statuant préparatoirement 1. Ordonne une expertise psychiatrique, l'expert ayant pour mission d'examiner et d'entendre Monsieur A\_\_\_\_\_, 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 ; pour ce faire, il s'adjoindra les services d'un interprète de langue albanaise ; 2. Commet à ces fins le Dr N\_\_\_\_\_ ; 3. Charge l'expert de répondre aux questions suivantes : 1. Anamnèse. 2. Données subjectives de la personne. 3. Constatations objectives. 4. Diagnostic(s). 5. L'assuré souffre-t-il d'une ou plusieurs atteintes à la santé psychique ayant des répercussions sur la capacité de travail ? Si oui, lesquelles ? 6. Y a-t-il une ou des maladies sans répercussion sur la capacité de travail ? Si oui, lesquelles ? 7. Quelles sont les limitations fonctionnelles et/ou restrictions psychiques liées à/aux atteinte(s) à la santé que vous retenir comme incapacitante(s) ? 8. Depuis quand la personne assurée présente-t-elle une incapacité de travail (IT) justifiée médicalement ? 9. Quelle est la capacité de travail exigible dans l'activité habituelle (exprimée sur un 100 % ou en nombres d'heures par jour) ? Et depuis quand une telle activité est-elle exigible ? 10. Quelle est la capacité de travail exigible dans une activité adaptée ? Et depuis quand une telle activité est-elle exigible ? Comment cette capacité de travail a-t-elle évolué ? 11. Quelles sont les éventuelles propositions thérapeutiques ? Et quelle serait leur influence sur la capacité de travail ? Un tel traitement est-il exigible, et pourquoi ?

- 15/15-

A/1001/2013 12. Comment vous positionnez-vous par rapport à l'avis du psychiatre-traitant, le Dr F\_\_\_\_\_ ? Par rapport à celui des deux expertises qui ont été menées (BEM et CEMed) ? 13. Comment interprétez-vous les résultats des bilans neuropsychologiques effectués en 2009 et 2011 par rapport à vos conclusions ? Démonstrent-ils effectivement une aggravation ? Doit-on les interpréter comme une majoration des symptômes ou la démonstration de problèmes neuropsychologiques réels imputables à l'état dépressif comme cela semble ressortir des conclusions de Mme K\_\_\_\_\_ dans son rapport d'examen du 31 janvier 2011 ? 14. Quel est votre pronostic global ? 15. Quelles seraient à votre avis les chances de succès d'une réadaptation professionnelle ? 16. Évaluez la possibilité d'améliorer la capacité de travail par des mesures médicales. 17. Une observation professionnelle pourrait-elle amener des éléments supplémentaires ? 18. Toutes remarques et propositions utiles de l'expert. 4. Invite l'expert à déposer à sa meilleure convenance un rapport en trois exemplaires à la Cour de céans ; 5. 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.