

GE_GERICHTE ATAS/1386/2008 vom 27. November 2008

GE Cour de justice, 2008-11-27, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1386_2008

FR: GE_GERICHTE ATAS/1386/2008 du 27 novembre 2008

IT: GE_GERICHTE ATAS/1386/2008 del 27 novembre 2008

Volltext

A/4001/2006 ATAS/1386/2008 (2) du 27.11.2008 (AI) , REJETE Descripteurs : ; AI(ASSURANCE) ; EXPERTISE ; EXPERTISE ORDONNÉE PAR L'ADMINISTRATION ; SUREXPERTISE ; EXPERTISE MÉDICALE ; EXPERTISE PSYCHIATRIQUE ; FORCE PROBANTE En fait En droit RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/4001/2006 ATAS/1386/2008 ARRET DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES Chambre 6 du 27 novembre 2008 En la cause Monsieur L_____, domicilié à ONEX, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître BOVAY Marianne recourant contre OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE INVALIDITE, rue de Lyon 97, GENEVE intimé EN FAIT M. L_____. (ci-après : l'assuré), né en 1973 de nationalité italienne, marié et père de deux enfants nés en 1999 et 2000 a été engagé à l'Etat de Genève comme technicien support assistance informatique le 1^{er} août 1999. Dès le 9 janvier 2003, l'assuré a été en incapacité de travail totale en raison de céphalées. Il a repris à 50 % le 16 janvier, le 28 janvier, les 4 et 5 février, du 12 au 15 août 2003 et du 2 janvier au 31 mars 2004. Le 1^{er} mars 2004, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité en raison de crises de cluster headache et maux de tête chroniques présents depuis octobre 2001. Le 29 mars 2004, le Dr A_____, spécialiste en médecine interne, a rempli un rapport médical AI. Il relève qu'il suit l'assuré depuis fin 2002 et pose les diagnostics de cluster headache, céphalées chroniques et état dépressif. L'assuré était dans l'impossibilité totale d'assumer sa profession. Une activité avec moins d'exigences et d'attention était exigible mais avec un rendement inconnu. Les douleurs nécessitaient des injections d'antalgiques. Les mesures thérapeutiques étaient inefficaces et le pronostic était mauvais avec peu de chance de réintégration dans son travail d'informaticien. Le 8 avril 2004, le Dr B_____, spécialiste en neurologie, a attesté que l'assuré, qu'il traitait depuis septembre 2002, souffrait de céphalées d'origine multifactorielle (cluster headache, migraines, céphalées chroniques sur abus de médicaments), état anxio-dépressif, dépendance aux opiacés. L'assuré était en incapacité de travail totale depuis janvier 2003 mais son état de santé s'améliorait. L'examen neurologique était dans les limites de la norme et le pronostic "probablement assez bon mais très lentement". Le médecin relève que : "M. L_____ est un patient connu de longue date pour des céphalées chez lequel un diagnostic de cluster headache a été posé dans le courant de l'année 2002. De nombreux traitements n'ont eu que peu d'efficacité et le patient a présenté progressivement une dépendance aux opiacés (Péthidine) injectés en urgence par les différents médecins consultés. Durant l'année 2003 je n'ai vu le patient qu'à une reprise, celui-ci étant suivi par son médecin traitant le Dr A_____. J'ai revu M. L_____ au mois de janvier 2004 après une discussion avec son médecin traitant afin d'essayer de la convaincre d'une hospitalisation, essentiellement dans le but de le sevrer de la dépendance à la Méthadone et de l'aider dans la problématique psychiatrique qui semble être sous-jacente. J'ai adressé une demande

d'hospitalisation dans le Service de Neurologie, qui est restée sans suite de la part du patient. En ce qui concerne mon sentiment quant au pronostic de l'affection, je pense qu'actuellement le problème de cluster headache est au second plan et qu'il s'agit principalement de dépendance". L'activité exercée était exigible dans une ambiance calme, avec une diminution de rendement, non chiffrée. Une autre activité était aussi exigible, dans une ambiance moins stressante et dans une mesure de 6 à 8 heures par jour. Le 27 avril 2004, l'employeur a indiqué que le salaire de l'assuré était de fr. 5'856,70 par mois depuis le 1^{er} juillet 2003. Le 31 mai 2004, la Dresse C_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a attesté qu'elle suivait le patient depuis le 7 janvier 2004. Les diagnostics étaient les suivants : Agoraphobie sans trouble panique (F 40.0) depuis le début de l'âge adulte. Trouble dépressif récurrent depuis deux ans, actuellement en rémission sous traitement d'Efexor (F 33.4). Troubles mentaux et du comportement iatrogènes liés à l'utilisation d'opiacés depuis deux ans. Il suit actuellement un régime de substitution à la méthadone sous surveillance médicale (F 11.22) chez le Dr A_____. Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de sédatifs et d'hypnotiques actuellement abstinent (F 13.20) depuis deux ans. Il était en incapacité de travail de 100 % dès le 7 janvier 2004. L'état de santé était stationnaire. Elle relève : "Plaintes subjectives : le patient se plaint de violentes douleurs pulsatiles au niveau de la tête, surtout dans l'hémiface droite, et en particulier dans l'œil droit, qui surviennent plusieurs fois par semaine et durent de une demi-heure à deux heures de temps. Il est devenu très intolérant au bruit (cris des enfants à la maison) et à certaines formes de luminosité (ex. lumière du jour par temps gris). Il décrit des crises d'hyperventilation qui lui font perdre connaissance lorsqu'il a trop mal. Constatations objectives : anticipations anxieuses, évitements multiples. Centration sur le monde des perceptions internes. Le patient manque parfois les consultations (évitements anxieux / cluster headache) et fait systématiquement téléphoner son épouse qui l'excuse (co-dépendance et surprotection de l'épouse : suspicion d'une pathologie familiale). Pessimisme, dépendance et dénigrement de ses médecins. Anhédonie. Repli sur soi. Les maux de tête et manœuvres anticipatives pour les éviter sont au centre de sa vie et de ses préoccupations. Ruminations". Il bénéficiait d'un traitement intensif d'Efexor et une psychothérapie de soutien ayant partiellement amélioré la symptomatologie dépressive mais pas le trouble de la personnalité ni l'agoraphobie ni les algies vasculaires de la face. Il y avait une persistance des interactions familiales pathologiques. Le 29 juillet 2004, la Dresse C_____ atteste des diagnostics suivants : Trouble dépressif récurrent bien amélioré sous traitement antidépresseur. Suspicion de virage hypomaniaque (F 31.0). Trouble de personnalité évitante (F 60.6). Agoraphobie (F 40.0). Dépendance aux opiacés sous surveillance médicale (F 11.22). Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de sédatifs et d'hypnotiques, actuellement sevré et abstinent (F 13.20). Elle relève que le patient se sent actuellement un peu mieux et manifeste parfois le souhait de reprendre une activité avec horaires flexibles à 50 %. Le 27 octobre 2004, le Dr A_____ a rempli un rapport médical intermédiaire AI en mentionnant que l'état de santé était resté stationnaire et les diagnostics identiques. Le pronostic était réservé. Un essai de reprise de travail serait effectué en décembre. Le 7 février 2005, l'employeur a indiqué à l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OCAI) que l'assuré était toujours employé et qu'il avait été en incapacité de travail totale du 22 décembre 2003 au 30 novembre 2004, puis à 50 % du 1^{er} au 3 décembre 2004, à 100 % du 6 au 10 décembre 2004 et à nouveau à 50 % du 13 décembre au 31 décembre 2004. Son salaire mensuel était de fr. 6'044,20. Depuis janvier 2005, l'assuré travaillait à 50 %. Un examen psychiatrique a eu lieu au Service médical

régional AI Suisse romande (ci-après : le SMR) le 21 février 2006. Le rapport du SMR du 31 mai 2006 est signé par la Dresse D _____ "psychiatre FMH". Elle relève que l'assuré développe des migraines à 14-15 ans, qu'il a développé une dépendance à la morphine, puis à la méthadone en raison des injections de péthidine reçues, qu'il se plaint de crises de maux de tête de 30 minutes à 2 heures, 3 à 4 fois par jour, de tristesse, d'anxiété et de difficulté à gérer le stress. Elle diagnostique sans répercussion sur la capacité de travail : trouble mixte de la personnalité émotionnellement labile, évitante et dépendante, non décompensé (F 61). Troubles mentaux et du comportement iatrogènes liés à l'utilisation d'opiacés, suit actuellement un régime de substitution à la méthadone (F 11.22)". Elle poursuit : "L'assuré est un jeune d'origine italienne, âgé de 33 ans, technicien audio-vidéo sans CFC, travaille comme technicien de support informatique depuis le 1 er août 1999 avec des incapacités de travail à 50 et 100 % depuis janvier 2002 avec un contrat à temps complet. Selon ses dires, reprise professionnelle à 50 % depuis janvier 2005. Dans le rapport médical du 31 mai 2004, la Dresse C _____, psychiatre traitante, pose les diagnostics d'agoraphobie sans troubles paniques depuis le début de l'âge adulte, troubles dépressifs récurrents depuis deux ans actuellement partiellement en rémission sous traitement d'Efexor, trouble durable de la personnalité lié à des algies récidivantes chroniques de la face depuis début 2002, troubles mentaux du comportement iatrogènes liés à l'utilisation d'opiacés depuis deux ans, suite actuellement un régime de substitution à la méthadone sous surveillance médicale, troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de sédatifs et d'hypnotiques actuellement abstinent et elle évalue une incapacité de travail à 100 % dès le 7 janvier 2004, date du début de la prise en charge psychiatrique. Selon le médecin, l'état de santé de l'assuré est stationnaire et en même temps, elle atteste au point 7 du rapport médical, une amélioration de la symptomatologie dépressive mais pas du trouble de personnalité ni l'agoraphobie ni les algies vasculaires de la face. Selon le Dr A _____, dans le rapport médical du 2 mars 2004, l'assuré souffre de "cluster headache", de céphalées chroniques et d'état dépressif, son état de santé est stationnaire. Le médecin atteste une diminution du rendement de 100 %. Au point 2 du rapport AI, le Dr A _____ atteste qu'on peut "exiger que l'assuré exerce une autre activité avec moins d'exigences d'attention", sans qu'il évalue la capacité de travail exigible dans une activité adaptée. Le médecin neurologue fixe comme limitation fonctionnelle une activité sans stress et délai à tenir et selon lui, la capacité de travail est entière dans l'ancienne activité mais dans une ambiance moins stressante. Notre examen clinique psychiatrique n'a pas montré de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, d'attaques de paniques, de troubles phobiques, ni de perturbations de l'environnement psychosocial. L'assuré est un jeune homme dépendant, immature, anxieux, qui se positionne dans un rôle de victime, incapable de se remettre en question. Il développe une symptomatologie anxio-dépressive réactionnelle à ses céphalées chroniques d'origine multifactorielles, en rémission partielle en 2004 et actuellement en rémission complète. Le diagnostic de trouble dépressif récurrent posé par le psychiatre traitant ne remplit pas les critères cliniques de la CIM-10". Le diagnostic d'agoraphobie n'est pas retenu car l'assuré ne présente pas de perturbations de l'environnement psychosocial, fait les courses à la Coop ou en France, voyage, se déplace en voiture seul ou accompagné et il n'a pas mis en place de mécanisme d'évitement. Sur la base de notre observation clinique psychiatrique, l'assuré souffre d'un trouble mixte de la personnalité émotionnellement labile, dépendante et évitante, non décompensé qui ne représente pas une maladie psychiatrique invalidante. En conclusion, sur le plan psychiatrique, l'assuré présente une capacité de travail exigible de

100 % dans son activité habituelle (informaticien). Le 14 juin 2006, la Dresse E_____, médecin AI, relève que l'examen psychiatrique au SMR conclut à aucune atteinte invalidante au sens de l'AI, mais un trouble de la personnalité mixte, émotionnellement labile, évitante et dépendante, ainsi que des troubles mentaux et comportementaux iatrogènes liés à l'utilisation d'opiacés. L'activité habituelle est adaptée à ces troubles et exigible à 100 %. Par projet de décision du 22 août 2006, l'OCAI a rejeté la demande de prestations en relevant que depuis le 22 décembre 2003 la capacité de travail de l'assuré était fortement réduite mais que le médecin-conseil conclut à l'absence d'atteinte invalidante physique ou psychique au sens de l'AI et que l'activité habituelle est adaptée et exigible à 100 %. Par décision du 22 septembre 2006, l'OCAI a confirmé son projet de décision. Par courrier du 19 septembre 2006, reçu par l'OCAI le 27 septembre 2006, l'assuré a fait "opposition au refus de prestations" en relevant qu'il n'avait pas été examiné par des spécialistes de son affection malgré des demandes répétées auprès de la gestionnaire de son dossier. La psychiatre du SMR n'avait fait aucune allusion à l'atteinte principale, soit des cluster headache chroniques et une douleur constante à la tête, ainsi que l'aggravation provoquée par des douleurs dans la région de la ceinture scapulaire. Ses crises l'empêchaient de travailler ou de vaquer à des activités quotidiennes. Il ne voulait pas demander une rente AI car son taux d'activité de 75 % était trop élevé. Pour ce qui était du rétroactif du salaire, il laissait son avocat contacter l'OCAI afin d'établir un dossier. Il demandait que son cas soit à nouveau étudié par des spécialistes de la branche, afin qu'il soit reconnu qu'il était atteint d'une maladie sous sa forme chronique, à savoir les cluster headache. Le 22 octobre 2006, l'assuré a recouru contre la décision de l'OCAI auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales en déclarant refuser les "conclusions du rapport AI" qui stipulait qu'il n'avait rien, qu'il était guéri. Il fait valoir qu'il n'a jamais été adressé à un spécialiste par l'AI, hormis une psychiatre qui lui avait simplement posé des questions sur le sujet des drogues, ce qui n'était pas pertinent dans son cas. Il avait uniquement pris de la méthadone comme substitut de la morphine. Il souffrait encore de 6 à 7 crises de cluster headache par jour ce qui justifiait son travail à 75 % au lieu de 100 %. Il demandait une reconnaissance de son cas à 25 % ainsi qu'éventuellement des indemnités depuis le 1^{er} avril 2005, période où il ne travaillait plus qu'à 50 %. Le 23 novembre 2006, l'OCAI a conclu au rejet du recours et relevé que si seul un examen psychiatrique avait été effectué, c'était en raison du fait que cet aspect du dossier était prédominant. Le 11 décembre 2006, le Centre de technologies de l'information - Direction administrative et financière - Ressources humaines (CTI-RH) a transmis au Tribunal de céans la liste des absences du recourant entre le 1^{er} avril 2004 et le 18 novembre 2006. Le 18 décembre 2006, le Tribunal de céans a versé au dossier, d'une part, un courrier du service de la santé publique du canton de Vaud selon lequel antérieurement au 24 novembre 2006 Mme D_____ ne disposait pas d'une autorisation de pratiquer la médecine et les certificats médicaux qu'elle avait établis étaient juridiquement sans valeur; par ailleurs, elle n'était pas autorisée à s'intituler spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. D'autre part, un courrier de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud du 30 janvier 2007, selon lequel il était excessif de considérer, comme l'avait fait le Service de la santé publique du canton de Vaud, que les rapports de Mme D_____ étaient sans valeur juridique. Le 15 janvier 2007, le Tribunal de céans a entendu les parties en audience de comparution personnelle. Le recourant a déclaré : "Je travaille à 75% au CTI depuis le 1^{er} juin 2006. L'expérience a été mitigée pour moi. Au vu de mon état de santé, je pense que je vais plutôt devoir diminuer mon temps de travail à 50%. En décembre 2006, les ressources humaines ont envisagé une

diminution de mon temps de travail. Rien n'a cependant été fait formellement. Le cluster headache est une algie vasculaire de la face, une inflammation du nerf du trijumeau et le nerf d'Arnold. Je souffre alors de fortes migraines, l'œil devient rouge, avec perte de la vue, une paralysie faciale, une sensibilité à la lumière et au bruit ainsi que des vomissements. La crise peut durer de une demie heure à une heure et cumuler tous ces symptômes. J'ai 4 à 5 crises par jour, plutôt l'après-midi et la nuit. Comme traitement, je dispose d'injection de triptan ainsi que d'opiacés. Je suis suivi par un généraliste, un neurologue et un psychiatre. Le Dr F_____ est mon médecin traitant. Après la crise, il y a encore des lancées qui peuvent se produire dans le visage et dans la tête et qui peuvent durer longtemps. Je précise les conclusions de mon recours dans le sens que je demande une rente à 50% de l'AI dès lors que je vais devoir diminuer mon temps de travail à 50%. L'entretien avec Madame D_____ a duré entre une heure et une heure et demi. Celle-ci n'a dirigé l'entretien que sur la question de la prise de la méthadone et non pas sur le cluster headache en lui-même. Je pensais être ensuite reçu par un neurologue, ce qui n'a pas été le cas. La CIA m'a versé une rente sur la base de mon incapacité de travail de 50% puis de 25%. Pour moi, mon invalidité est liée au cluster headache, affection qui ne me permet de travailler qu'à 50%. Je n'ai pas accepté l'hospitalisation préconisée par le Dr B_____ car j'étais à l'époque phobique par rapport aux milieux hospitaliers. Je n'ai pas eu le courage de m'y soumettre. Je prends toujours de la méthadone pour palier l'effet de manque de la morphine, laquelle m'avait été administrée fréquemment". L'OCAI a relevé qu'une instruction complémentaire n'était pas envisagée dès lors que le neurologue traitant de l'assuré avait considéré que le problème des maux de tête était au second plan. Sur demande du Tribunal de céans, le Dr F_____, spécialiste FMH en médecine générale, a attesté le 1 er février 2007 que l'assuré souffrait de cluster headache depuis l'âge de douze ans, aggravée dès 2003 et de trouble anxieux généralisé dès le début de 2003. Il était en incapacité de travail à 50 % dès le 1 er avril 2005. Il existait un facteur aggravant, soit la maladie grave d'un de ses enfants. Le 14 février 2007, le recourant, représenté par une avocate, a complété son recours. Il continuait d'être suivi par la Dresse C_____, psychiatre et par le Dr F_____, médecin-généraliste. Il souffrait de très violents maux de tête chroniques, quatre à cinq fois par jour d'une durée d'une demi-heure à une heure. Il convenait d'écarter le rapport de la Dresse D_____ qui était sans valeur juridique. De surcroît, il était lacunaire et arbitraire car il ne tenait absolument pas compte du cluster headache. Tous les troubles dont il souffrait (dépressifs récurrents, agoraphobie, interactions familiales pathologiques et algies de la face) avaient une incidence sur sa capacité de gain. Il ne pourrait plus travailler qu'à 50 % tant que dureront les crises de cluster headache. Celles-ci entraînant des troubles durables de la personnalité. Il convenait, à titre subsidiaire, d'ordonner une expertise psychiatrique et neurologique. Par ordonnance du 20 mars 2007, le Tribunal de céans a confié une expertise neurologique au Dr F_____, médecin spécialiste en neurologie. Le 16 mai 2007, le recourant a précisé que, compte tenu de la péjoration de son état de santé, il sollicitait l'octroi d'une rente entière d'invalidité. Le 16 juillet 2007, le Dr F_____ a rendu son expertise, fondée sur l'examen clinique du patient le 21 mai 2007 et des contacts téléphoniques avec les Dr A_____ et B_____. L'assuré avait souffert dès l'adolescence d'épisodes migraineux à prédominance faciale accompagnés de nausées, photophobie non invalidants car répondant à un traitement antalgique et se manifestant une fois par mois vers l'âge de 21 ans étaient apparus un cluster headache soit des céphalées en grappe. L'assuré s'adresse alors à SOS médecins et reçoit très fréquemment des injections de péthidine et de benzodiazépines créant un problème de

dépendance avec des phénomènes anxieux. L'assuré avait dû être sevré avec un traitement de méthadone par le Dr A_____. Les crises douloureuses itératives se maintiennent, avec des éléments dépressifs et anxieux. Dès septembre 2002, le Dr B_____ entreprend un traitement de fond des migraines qui est un échec et propose une hospitalisation que le patient refuse par manque de confiance dans le corps médical. L'assuré est ensuite pris en charge par les Dr F_____ et C_____ et le patient reprend le travail parfois jusqu'à un taux de 75 %. L'état anxieux dépressif s'est aggravé en raison de la maladie d'un de ses enfants fin 2006. Actuellement le patient souffre de crises d'algies vasculaires de la face (cluster headache) qui ne réagissent que peu au traitement classiques (anti-inflammatoires, triptans ou oxygène). Il souffre aussi d'épisodes migraineux et des hémicrâniens paroxystiques. Ces manifestations sont des céphalées mixtes, favorisées par l'anxiété par rapport aux problèmes familiaux. Le traitement classique du cluster headache étant la prise d'antidépresseurs tricycliques. Il était logique de prescrire une hospitalisation comme l'avait fait le Dr G_____ après l'échec des traitements mais on ne pouvait conclure que le refus de l'hospitalisation avait annulé les chances de succès du patient pendant la période de dépendance aux opiacés, la capacité de travail du patient a été fortement réduite. Ensuite, l'état de santé s'est un peu amélioré avec le sevrage et la prise en charge par le Dr F_____ et dès 2006, l'anxiété liée à son enfant a entraîné une récurrence avec apparition d'un syndrome dépressif. L'état anxio-dépressif a fait récidiver les céphalées. Actuellement, la maladie proprement neurologique, soit les différents types de céphalées en crises ne présentait pas une incapacité de travail durable mais pouvant tout au plus occasionner des absences temporaire de 24 heures. Du point de vue psychiatrique, il existait des divergences entre l'avis du SMR de février 2006 et celui du Dr H_____ de mars 2007. Il apparaissait que les éléments familiaux avaient fortement modifié la situation. Actuellement, l'aspect psychiatrique prédominait et demandait une évaluation de sa capacité de réinsertion. Dans l'ensemble le pronostic devait permettre de considérer une activité au moins à 50 %. Actuellement un traitement anxiolytique et antimigraineux et un soutien psychiatrique pourrait être utile. Le 8 août 2007, la Dresse I_____ du SMR a fait des observations suite à l'expertise. Elle relève qu'il manque dans celle-ci un statut et un diagnostic. L'avis du SMR pouvait être modifié en ce sens que les céphalées vasculaires paroxystiques avaient entraîné une dépendance secondaire aux opiacés "avec depuis 2003 une incapacité de travail d'environ 50 % depuis le début 2002 jusqu'à fin mai 2004, puis que le Dr C_____ mentionne dans son rapport médical du 31 mai 2004 une abstinence de médicaments sédatifs ou hypnotiques". Fin 2006, il était possible qu'une aggravation de l'état de santé sur le plan psychiatrique ait eu lieu et une nouvelle évaluation au SMR par le Dr D_____ pourrait avoir lieu. Cette aggravation serait toutefois postérieure à la décision du 22 septembre 2006. Le 31 août 2007, le recourant a observé que l'expert ne l'avait examiné que durant vingt minutes. Ses dires n'avaient pas été correctement retenus car il avait souffert de crise de cluster headache à 12 ans, 14 ans et 18 ans et n'avait jamais été dans un contexte de travail instable c'était en 1997, à l'âge de 24 ans que des crises régulières étaient survenues un mois au printemps et un mois en automne et il avait reçu des traitements de cortisone et anti-inflammatoires, sans succès. Ce n'était qu'en 2001 que sa maladie était diagnostiquée et un traitement de fons administré. Dès 2002, les médicaments ne faisant plus d'effet, il avait demandé l'intervention de SOS médecins. Il n'était donc pas dépendant aux opiacés depuis l'âge de 21 ans. Les crises de cluster headache étaient décrites de façon incomplète et il en souffrait de 5 à 7 par jour d'une durée de trente minutes. Hormis le scanner de son fils actuellement guéri, il n'avait pas de problèmes familiaux particuliers.

L'angoisse liée à cette maladie était indépendante de ses problèmes. Il n'était pas devenu à nouveau dépendant aux opiacés à la suite de la maladie de son fils et il était depuis quelques semaines totalement sevré de la méthadone. L'expert ne s'était pas fondé sur des investigations complètes auprès des Drs F _____ et C _____ et ne répondait pas précisément aux questions du Tribunal. En résumé l'expertise n'avait pas valeur probante. Il convenait d'ordonner une expertise psychiatrique. Enfin, le recourant a joint les trois avis médicaux suivants : Un avis médical du 7 août 2007 du Dr F _____ attestant que l'état de santé actuel du recourant présente une aggravation de ces céphalées de type cluster headache. En effet, malgré l'amélioration relative de son état anxieux lié en partie à une maladie sévère de l'un de ses enfants, ce dernier étant actuellement stabilisé, la fréquence de ses crises de cluster headache est de l'ordre de 5 à 6 crises par jour. Ainsi, sa capacité professionnelle est actuellement de l'ordre de zéro %. Une attestation médicale de la Dresse C _____ du 24 août 2007 selon laquelle elle suivait le patient depuis le 7 janvier 2004 et elle l'avait adressé à un spécialiste pour évaluer la présence d'un trouble bipolaire. Un rapport médical du Dr J _____, spécialiste FMH neurologie, précisant qu'il intervient dans le cadre d'un avis neurologique complémentaire à celui du Dr F _____. Le patient avait souffert de crises de mal de tête une première fois à 12 ans puis à 14 ans et à 17 ans. Dès l'âge de 24 ans, les douleurs s'étaient installées au printemps et en automne pendant un mois, avec prise en charge satisfaisante par des traitements de fond et de crise. Dès 2001, les crises avaient augmenté et il avait bénéficié d'injections d'opiacés qui avaient pu contribuer à aggraver les maux de tête. Il avait été sevré par la méthadone puis avait pu progressivement abandonner celle-ci. La fréquence des crises actuelle était de 5 à 7 fois par jour d'une durée de 1 à 2 heures. Le passage de la forme épisodique des céphalées à une forme chronique comme cela avait été le cas pour l'assuré était décrit dans la littérature médicale. On retrouvait chez le patient la notion d'incapacité à rester tranquille durant les crises, propre au cluster headache. D'un point de vue diagnostique, le patient remplit la plupart des critères pour le diagnostic d'un cluster headache soit une douleur unilatérale orbitaire ou supra-orbitaire voire temporale, durant de 15 à 180 minutes accompagnée par un des symptômes suivants : douleurs oculaires, lacrymation, congestion nasale, rhinorrhée, œdème oculaire ou facial, myosis, ptose palpébrale, agitation, à raison de 1 à 8 attaques par jour et cela en l'absence de toutes causes secondaires. Je crois savoir que le patient a pu bénéficier d'une imagerie cérébrale qui n'a pas montré de lésion. Son affection est actuellement chronique. Si l'on tient compte de l'anamnèse que fournit le patient, le diagnostic de cluster headache chronique peut être retenu. Une telle affection peut conduire à une diminution de la capacité de travail notable. Cette diminution devrait se situer entre 50 à 80 % (capacité résiduelle 20 à 50 %). Une amélioration n'est pas exclue, mais le cheminement vers une telle perspective peut prendre plusieurs mois au vu de caractère pharmacorésistant de l'affection. Un courrier du 27 août 2007 de la Division des ressources humaines du Département des constructions et des technologies de l'information confirmant au recourant son intention de procéder à la résiliation des rapports de service. Le 11 septembre 2007, le Tribunal de céans a demandé au Dr F _____ de compléter son expertise en répondant aux critiques émises par les parties ainsi qu'à une série de questions complémentaires. Le 24 septembre 2007, le Dr F _____ a rendu un complément d'expertise. L'assuré s'était adressé à SOS médecins environ une année avant la prise en charge par le Dr A _____ le 17 septembre 2002, jusqu'au 14 avril 2005. Selon les déclarations faites au Dr J _____ les crises de cluster headache étaient de l'ordre de 5 à 7 par jour d'une durée de 1 à 2 heures. Les épisodes migraineux sont nettement plus rares, non invalidant et les

hémicrâniens paroxystiques semblent être déclenchées par des mouvements de la ceinture scapulaire que le patient peu éviter dans la mesure du possible. Dans les phases de décompensation comme celle où il y a 5 à 7 crises par jour, l'absence quotidienne est de 24 heures et si les crises se répètent l'absence peut durer plusieurs jours à plusieurs semaines, ce qui s'était passé depuis 1999. En fonction des absences de l'assuré de 1999 à 2006, on pouvait conclure que les céphalées étaient continues et quotidiennes depuis 1999. En ce qui concerne mon estimation de capacité de travail à 50 %, elle résulte des évaluations par les médecins qui ont suivi le patient et qui ont rédigé les certificats de 50 % d'activité pour faciliter la poursuite du travail de ce patient en présence de céphalées. La conclusion du Dr J _____, montre également qu'il est difficile d'apprécier un pourcentage exacte, qu'il se situe de 50 % à 80 %, étant donné tout l'antécédent il faudrait logiquement estimer cette capacité diminuée de 50 % à 100 %. Selon l'employeur, l'activité à 50 % a été attestée en 2005, elle est restée très théorique vu que les absences ont été très nombreuses. Si l'on peut connaître exactement la fréquence des crises de ce patient, je pense que la seule démarche logique est une hospitalisation pour observation, elle a déjà été refusée une fois par le patient, je pense qu'elle devient maintenant de plus en plus nécessaire. Il avait interrogé le patient 40 minutes puis celui-ci avait subi une crise qu'il ne pouvait qualifier de cluster headache en l'absence d'injection conjonctivale, de modification du diamètre pupillaire, de rougeur de l'hémiface. Les manifestations actuelles ne permettaient pas d'affirmer sans doute qu'il s'agit de véritables cluster headache. Dans le contexte de ces céphalées mixtes, les problèmes psychologiques du patient, notamment dus à la maladie de son enfant, avaient une influence négative sur la fréquence et l'intensité des crises. Il y avait donc un espoir que l'état clinique s'améliore. Du fait que nous ne pouvons nous prononcer avec exactitude sur la nature des crises actuelles et qu'il faut également une appréciation objective de leur fréquence, je pense qu'il ne sera pas possible d'éviter un contrôle hospitalier continu de plusieurs jours en complément à l'expertise psychiatrique. Le 15 octobre 2007, l'OCAI a estimé que la situation médicale n'était pas claire et que des investigations complémentaires étaient nécessaires. Il a joint un avis médical de la Dresse I _____ du SMR du 12 octobre 2007 selon lequel l'avis du Dr J _____ du 30 août 2007 différait de celui du Dr F _____, que celui-ci estimait que l'on ne pouvait se prononcer avec exactitude sur la nature des crises actuelles et qu'une appréciation objective de leur fréquence était nécessaire, que selon le Dr F _____ l'assuré souffrait de 5 à 6 crises par jour de cluster headache, que l'on pouvait affirmer que selon ce médecin-traitant le trouble psychique était lié à la maladie d'un des enfants de l'assuré et était donc réactionnelle qu'il manquait d'avis du spécialiste en psychiatrie auprès duquel le Dr C _____ avait adressé l'assuré et qu'enfin il persistait de nombreuses incohérences dans le dossier, que le diagnostic de cluster headache n'était pas certain, qu'il convenait comme le proposait le Dr F _____ d'hospitaliser l'assuré afin de déterminer la nature exacte des douleurs présentées par l'assuré, qu'une estimation de la capacité de travail était en conséquence et pour l'instant impossible. Le 15 octobre 2007, le recourant a observé qu'il avait suivi le traitement prescrit par le Dr A _____ de SOS médecins et qu'il n'avait pas lui-même demandé de la méthadone. Il avait tenté mais en vain de maintenir une capacité de travail à 50 % et allait prochainement être licencié. Malgré la guérison de son fils, les crises de migraines persistaient de 5 à 7 par jour et l'empêchaient de travailler. Selon les Drs H _____, C _____ et F _____ son incapacité de gain était de 100 %. Une expertise psychiatrique était inutile car il était suivi par la Dresse C _____ et que le Dr K _____ avait posé des diagnostics psychiatriques et confirmé une incapacité de

travail à 100 %. Enfin, le Dr F _____ ne pouvait se fonder sur le rapport de la Dresse D _____ qui n'avait aucune valeur probante. Par arrêté du 31 octobre 2007, le Conseil d'Etat a mis fin aux rapports de service du recourant avec effet au 31 janvier 2008. Par ordonnance du 22 janvier 2008, le Tribunal de céans a ordonné une sur-expertise bidisciplinaire qu'il a confiée aux Drs N _____, médecin adjoint au service de psychiatrie adulte des HUG, et O _____, spécialiste FMH en neurologie. A la demande du Tribunal administratif, lequel est saisi d'un recours de l'assuré contre l'arrêté du Conseil d'Etat du 31 octobre 2007, le Tribunal de céans l'a informé le 19 février 2008 qu'une sur-expertise bidisciplinaire avait été ordonnée. a) Le 8 juillet 2008, le Dr N _____ a rendu son rapport d'expertise, fondé sur des consultations des 7, 9, 16, 22 et 29 avril 2008, des résultats d'auto-questionnaires, un entretien clinique structuré pour le diagnostic du trouble de la personnalité et un consilium du 10 juin 2008 avec le Dr O _____. Il pose les diagnostics suivants avec répercussion sur la capacité de travail : trouble schizotypique, personnalité émotionnellement labile, type borderline (avec également présence de nombreux traits de personnalité schizoïde et de personnalité évitante, ainsi que de traits relevant encore d'autres troubles) et autres troubles affectifs bipolaires (trouble bipolaire type II) et sans répercussion sur la capacité de travail : syndrome de dépendance aux opiacés, suit actuellement un régime de substitution sous surveillance médicale et trouble obsessionnel-compulsif. Il relève que le trouble de la personnalité est certainement présent depuis la fin de l'adolescence. Il a contribué à l'émergence clinique des autres troubles psychiatriques. Le trouble bipolaire de type II est présent depuis l'année 1997, date du premier épisode dépressif attesté, qui a entraîné plusieurs mois d'arrêt de travail. Comme c'est fréquemment le cas, il a d'abord été considéré comme un trouble dépressif récurrent. Le diagnostic de trouble bipolaire II a pu être posé par la mise en évidence d'épisodes hypomaniaques et/ou mixtes, retrouvés anamnestiquement depuis 1999. La dépendance aux opiacés est consécutive à l'abus d'injections de morphine, pratiquées dans le traitement des crises de cluster headache dans le courant de l'année 2002. Un traitement de substitution par la méthadone a été instauré en 2003. Le trouble obsessionnel-compulsif est apparu cliniquement dans le courant de l'année 2007. La maladie de fils de l'expertisé avait entraîné une franche décompensation du trouble obsessionnel compulsif qui avait diminué ensuite. Le trouble sévère de la personnalité et le trouble bipolaire II réduisent actuellement la capacité de travail de l'expertisé. Celle-ci est nulle dans toute activité professionnelle. Il est certain qu'en septembre 2006 une investigation approfondie aurait abouti aux diagnostics de trouble schizotypique, de trouble borderline et de trouble bipolaire II. b) Le 12 août 2008, le Dr O _____ a rendu son rapport d'expertise fondé sur une consultation et examen clinique du 4 mars 2008 et un entretien avec le Dr N _____ le 10 juin 2008. Il pose les diagnostics de céphalées histaminiques de Horton, chroniques (cluster headache, CIM 10 G44-0) et une composante mixte surajoutée, migraineuse et médicamenteuse. Il relève que l'expertisé présente des céphalées de type cluster headache au moins depuis l'année 1994, céphalées qui sont devenues chroniques depuis l'année 2002. Entre les crises le patient ne présente aucun déficit neurologique. Par ailleurs, comme cela peut se voir, il existe chez ce patient des symptômes surajoutés migraineux. Les céphalées entraînent une incapacité de travail à 50 % depuis 2006, l'année où le patient n'arrivait plus à assumer un travail régulier. Ce taux est stable depuis. Cette incapacité de travail est valable pour toute activité professionnelle. Pendant les phases douloureuses dues à une céphalée histaminique de Horton, l'expertisé est incapable de se concentrer. L'incapacité de travail est alors totale et peut persister environ

deux heures après l'accès. La fatigue et le stress augmentent cette céphalée, comme les autres céphalées vasculaires, en sorte qu'une activité à temps complet pourrait l'aggraver encore. De plus, une composante migraineuse, ainsi qu'une probable participation médicamenteuse, jouent aussi un rôle dans l'intensité des céphalées, expliquant le pourcentage de 50 % retenu en raison des affections neurologiques. c) Dans l'appréciation consensuelle du cas, les experts ont retenu que les multiples troubles entraînaient une incapacité totale et durable de travail mais non définitive, depuis décembre 2006, date de la découverte de la maladie du fils de l'expertisé qui avait joué comme facteur déclenchant, et que depuis le début de l'année 2006 l'incapacité de travail était de 50 % du fait des céphalées. Le 15 septembre 2008, l'OCAI a transmis un avis de la Dresse I_____ du SMR du 3 septembre 2008 auquel il s'est rallié. Celle-ci a observé que selon les précisions de l'expert psychiatre, l'état de santé s'était péjoré postérieurement à la décision de l'OCAI du 22 septembre 2006, soit probablement depuis décembre 2006 avec, depuis lors, une incapacité totale de travail. En revanche, il convenait de s'écarter de l'avis du Dr O_____ dans la mesure où il indiquait une incapacité de travail depuis début 2006 pour retenir une aggravation de l'état de santé postérieurement à septembre 2006, compte tenu de l'avis du Dr A_____ du 27 octobre 2004 constatant une pleine capacité de travail malgré des céphalées et migraines chroniques. Le 18 septembre 2008, le recourant a observé que l'expert retenait une incapacité de travail de 50 % depuis 2006 sans justifier le choix de cette date et alors même que cette incapacité, en raison du cluster headache, datait de 2004 au moins et que depuis avril 2005 il n'avait reçu que 50 % de son salaire. Par ailleurs, il était contradictoire de reconnaître un facteur déclenchant en décembre 2006 tout en constatant que les troubles psychiques existaient depuis longtemps. Cette date était ainsi arbitraire. En réalité il avait été en arrêt de travail quasi complet depuis janvier 2003, ce qui avait justifié sa demande de prestation AI en mars 2004. Les Drs C_____ et A_____ avaient constaté une incapacité de travail totale depuis 2004 au moins, de sorte qu'il sollicitait l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} mars 2004. A la demande du Tribunal de céans, le Dr O_____ a rendu un complément d'expertise le 31 octobre 2008. Il a précisé que l'incapacité de travail avait été admise dans le cas de l'assuré en fonction de l'aspect extrêmement chronique et invalidant de la pathologie. Le choix du début 2006 comme début de l'handicap durable se fondait sur le fait que le cluster headache pouvait être considéré comme invalidant parce que quotidien, chronique et régulier depuis cette date-là, qu'il fallait une certaine continuité de la maladie pour qu'on puisse la déclarer invalidante et que la série des absences de l'assuré antérieure à 2006 ne permettait pas de dire qu'elle était liée exclusivement aux céphalées. En particulier, il n'existait pas d'aggravation de la maladie neurologique en septembre 2006. Le 18 novembre 2008, le recourant a observé que l'incapacité de gain était totale pour la problématique psychiatrique et non pas comme l'avait indiqué le Dr O_____ le 31 octobre 2008 de 50 % pour la problématique psychiatrique et de 50 % pour la problématique neurologique. Sur quoi, la cause a été gardée à juger. EN DROIT Par ordonnance du 20 mars 2007, le Tribunal de céans a déclaré le recours recevable. L'objet du litige porte sur le caractère invalidant des atteintes à la santé du recourant. Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGa). Est réputée incapacité de gain toute diminution de

l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). a) Depuis l'entrée en vigueur, le 1^{er} janvier 2004, de la nouvelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4^{ème} révision) la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI, valable jusqu'au 31 décembre 2007, est la suivante : «1. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins. La rente est échelonnée comme suit, selon le taux d'invalidité : 40 % au moins un quart, 50 % au moins une demie, 60 % au moins trois-quarts, 70 % au moins rente entière.». b) Selon l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente au sens de l'art. 28 LAI prend naissance au plus tôt à la date à partir de laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40 % au moins (art. 7 LPGA) (let. a) ou à partir de laquelle il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable (art. 6 LPA) (let. b). Il y a interruption notable de l'incapacité de travail au sens de l'art. 29 al. 1 LAI lorsque l'assuré a été entièrement apte au travail pendant 30 jours consécutifs au moins (art. 29ter du règlement sur l'assurance invalidité du 17 janvier 1961 - RAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007). Selon l'art. 29bis RAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, si la rente a été supprimée du fait de l'abaissement du degré d'invalidité et que l'assuré, dans les trois ans qui suivent, présente à nouveau un degré d'invalidité ouvrant le droit à la rente en raison d'une incapacité de travail de même origine, on déduira de la période d'attente que lui imposerait l'art. 29, al. 1, LAI, celle qui a précédé le premier octroi. Selon l'art. 88a RAI, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (al. 1). Si l'incapacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels ou l'impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité d'un assuré s'aggrave, il y a lieu de considérer que ce changement accroît, le cas échéant, son droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. L'art. 29 bis est toutefois applicable par analogie (al. 2). Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 130 V 348 consid. 3.4, 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b; jusqu'au 31 décembre 2002 : art. 28 al. 2 LAI; du 1^{er} janvier au 31 décembre 2003: art. 1 al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA; depuis le 1^{er} janvier 2004: art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est

rendue, doivent être prises en compte (ATF 129 V 223 consid. 4.1, 128 V 174). Le revenu d'invalidé doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires (ESS) de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 126 V 78 consid. 5). Le revenu de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la référence). Il doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires intervenue jusqu'au moment du prononcé de la décision. On ne saurait s'écarter d'un tel revenu pour le seul motif que l'assuré disposait, avant la survenance de son invalidité, de meilleures possibilités de gain que celles qu'il mettait en valeur et qui lui permettraient d'obtenir un revenu modeste (ATF 125 V 157 consid. 5c/bb et les arrêts cités); il convient toutefois de renoncer à s'y référer lorsqu'il ressort de l'ensemble des circonstances du cas que l'assuré, sans invalidité, ne se serait pas contenté d'une telle rémunération de manière durable (cf. AJP 2002 1487; RCC 1992 p. 96 consid. 4a). a) En ce qui concerne la preuve, le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne

la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 352 ss consid. 3). b) Lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 353 consid. 3b/bb). c) Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee). d) Le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références). e) En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc). f) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; KIESER, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, p. 212, n° 450; KÖLZ/HÄNER, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 2e éd., p. 39, n° 111 et p. 117, n° 320; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2e éd., p. 274; cf. aussi ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d et l'arrêt cité). En l'espèce, l'expertise judiciaire bidisciplinaire des Drs N_____ et O_____ ainsi que le complément de celui-ci répondent aux critères jurisprudentiels précités pour qu'il leur soit reconnu une pleine valeur probante. Les parties admettent d'ailleurs les diagnostics posés et l'incapacité de travail constatée, soit 50 % d'un point de

vue neurologique et 100 % d'un point de vue psychiatrique avec la précision que l'incapacité de travail n'a pas un caractère définitif et qu'une réévaluation dans deux ans est souhaitable après mise en œuvre des mesures thérapeutiques proposées. Seule reste litigieuse la question de la survenance de ces incapacités de travail, fixées dans l'appréciation consensuelle du cas à 50 % dès le 1^{er} janvier 2006 en raison de l'affection neurologique et à 100 % dès le 1^{er} décembre 2006 en raison des affections psychiatriques et neurologiques. Le recourant estime qu'il présente une incapacité de travail totale depuis janvier 2003 alors que l'intimé admet l'incapacité de travail totale au 1^{er} décembre 2006 mais conteste celle de 50 % au 1^{er} janvier 2006, arguant qu'elle est en réalité postérieure à septembre 2006, moment où l'affection neurologique se serait aggravée. A cet égard, il est à constater que dans le volet psychiatrique, le Dr N_____ a clairement expliqué que le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail - soit le trouble sévère de la personnalité et le trouble bipolaire II - existait certainement depuis l'adolescence pour le premier et depuis 1997 pour le second et que, bien qu'ils aient entraînés à diverses reprises des arrêts de travail prolongés, ils occasionnaient depuis décembre 2006 seulement une incapacité de travail totale, date à laquelle la découverte de la maladie du fils du recourant avait joué un rôle de facteur déclenchant. Cette conclusion claire et convaincante n'est pas, contrairement à l'avis du recourant, en contradiction avec la constatation de l'existence de troubles psychiques antérieurement au 1^{er} janvier 2006 dès lors que l'expert a expliqué que la sévérité des troubles devait être admise au moment du facteur déclenchant, soit en décembre 2006. Par ailleurs, le Dr O_____ a précisé de façon convaincante, dans son complément d'expertise du 31 octobre 2008, les raisons pour lesquelles l'affection neurologique entraînait une incapacité de travail de 50 % depuis janvier 2006. Il a relevé que le cluster headache était invalidant parce que quotidien, chronique et régulier depuis cette date, qu'il fallait d'ailleurs une certaine continuité de la maladie avant que l'on puisse la déclarer invalidante, ce qui expliquait que ce caractère n'avait pas été reconnu antérieurement au 1^{er} janvier 2006 nonobstant les nombreuses absences du recourant en 2004 et 2005 et qu'au surplus il n'était pas avéré que ces absences antérieures fussent liées au seules céphalées, qu'enfin, contrairement à l'avis de la Dresse I_____, il n'y avait pas d'élément en faveur d'une aggravation de la maladie en septembre 2006. Au vu de ce qui précède, il convient de se rallier aux conclusions claires et bien motivées de l'expertise bidisciplinaire et constater que le recourant présente une incapacité de travail de 50 % depuis le 1^{er} janvier 2006 et de 100 % depuis le 1^{er} décembre 2006, dans toute activité. Force est de constater qu'à la date de la décision sur opposition, soit le 22 septembre 2006, le recourant ne remplissait pas la condition prévue à l'art. 29 LAI selon laquelle le droit à une rente n'est ouvert que si l'assuré a présenté une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année puisqu'il présentait une incapacité de travail de 50 % depuis un peu plus de huit mois seulement. En effet, selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 121 V 366 consid. 1b et les arrêts cités). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités). En conséquence, la décision litigieuse du 22 septembre 2006, refusant toute prestation au recourant, ne peut qu'être confirmée. Cependant au vu de l'expertise bidisciplinaire probante, il incombera à l'intimé de se prononcer, dans une nouvelle décision, sur le droit du recourant à des prestations d'invalidité à l'échéance du délai de

carence de un an, soit dès le 1 er janvier 2007, en tenant compte d'une incapacité de travail de 50 % du 1 er janvier au 30 novembre 2006 et de 100 % depuis le 1 er décembre 2006. b) Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté, la décision litigieuse confirmée et la cause sera renvoyée à l'administration afin qu'elle rende une nouvelle décision (cf. dans ce sens ATF 117 V 292 consid. 4), dans le sens des considérants. La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité est entrée en vigueur le 1 er juillet 2006 (RO 2006 2003), apporte des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). En particulier, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le Tribunal de céans est désormais soumise à des frais de justice, qui doivent se situer entre 200 fr. et 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, le présent cas est soumis au nouveau droit (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005). Vu en l'espèce le renvoi à l'intimé pour qu'il se prononce sur le droit à la rente du recourant postérieurement au 1 er janvier 2007, il se justifie de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de 500 fr. et d'une indemnité en faveur du recourant de 2'500 fr. **PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES** : Statuant Au fond : Rejette le recours. Renvoie la cause à l'intimé pour nouvelle décision dans le sens des considérants. Condamne l'intimé à verser au recourant une indemnité de 2'500 fr. Met un émolument de 500 fr. à charge de l'intimé. 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); 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 Nancy BISIN La présidente Valérie MONTANI Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties, à l'Office fédéral des assurances sociales ainsi que pour information au Tribunal administratif par le greffe le

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