

# **GE\_GERICHTE ATAS/565/2011 vom 31. Mai 2011**

GE Cour de justice, 2011-05-31, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_565\\_2011](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_565_2011)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/565/2011 du 31 mai 2011

IT: GE\_GERICHTE ATAS/565/2011 del 31 maggio 2011

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 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-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20). Dès le 1er janvier 2011, cette compétence revient à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 26 septembre 2010). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

### **E. 2**

Dans son arrêt du 27 janvier 2009, le Tribunal fédéral a admis le recours formé par l'assuré et a renvoyé la cause à la Cour de céans, alors Tribunal cantonal des

A/2317/2007 - 11/16 - assurances sociales, afin qu'elle mette en œuvre une nouvelle expertise psychiatrique. Il a en effet reproché à celle-ci de n'avoir pas suffisamment examiné si les constatations de la Dresse L\_\_\_\_\_ permettaient ou non de s'écarter des conclusions du Dr N\_\_\_\_\_. Il y a à ce égard lieu de rappeler que la Cour de céans avait considéré, dans son arrêt du 22 avril 2008, que l'expertise réalisée par ce médecin avait valeur probante et que les observations de la Dresse L\_\_\_\_\_ - ne suffisaient pas à elles seules pour justifier de s'en écarter, ses hésitations et ses interrogations, bien que démontrant indéniablement une certaine rigueur et une grande honnêteté intellectuelle, laissant penser qu'elle n'était pas sûre de ses conclusions.

### **E. 3**

Par ordonnance du 22 juin 2009, la Cour de céans se conformant à l'arrêt du Tribunal fédéral, a mandaté le Dr R\_\_\_\_\_ pour expertise. Il s'agit dès lors d'examiner si l'expertise judiciaire du Dr R\_\_\_\_\_ vient confirmer celle du Dr N\_\_\_\_\_, ou la remettre en cause.

### **E. 4**

Toutes les dispositions légales et réglementaires topiques ayant déjà été citées dans l'arrêt du 22 avril 2008, il suffit d'y renvoyer. On rappellera que 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).

#### **E. 5**

La Cour de céans constate que l'expertise réalisée par le Dr R\_\_\_\_\_ remplit tous les réquisits de la jurisprudence permettant de lui attribuer pleine valeur probante.

#### **E. 6**

L'assuré s'est étonné de ce que le Dr N\_\_\_\_\_ ait été interrogé à la suite de l'expertise du Dr R\_\_\_\_\_. Il importe à cet égard de préciser que l'expert judiciaire a, nécessairement, eu l'occasion de se déterminer sur les constatations et les conclusions du Dr N\_\_\_\_\_ et qu'il était dès lors intéressant, vu les avis si diamétralement opposés des deux experts, de savoir si celui-ci maintenait sa position et pour quels motifs.

#### **E. 7**

Force est de constater en effet que les conclusions des deux expertises se contredisent. L'expert ne partage pas celles du Dr N\_\_\_\_\_, ni quant aux diagnostics posés, ni quant à la capacité résiduelle de travail.

A/2317/2007 - 12/16 -

#### **E. 8**

Le Dr R\_\_\_\_\_ a retenu un trouble schizotypique et un trouble affectif bipolaire qui impliquent clairement selon lui une diminution de la capacité de travail, cela sans même tenir compte des autres pathologies en présence. Il a expliqué qu'il avait écarté le diagnostic de trouble schizo-affectif, l'assuré ne présentant pas de symptômes schizophréniques francs, mais montrant des anomalies des affects et de la pensée ressemblant à la schizophrénie, et a opté de ce fait pour le diagnostic d'un trouble schizotypique (le DSM-IV parlant quant à lui de personnalité schizotypique). Le Dr N\_\_\_\_\_ nie la présence de ces troubles, au motif que "anamnestiquement, bien que le recourant décrit des périodes de dépenses d'argent accrues et d'un activisme, il n'apparaît pas qu'il ait présenté une symptomatologie maniaque de manière univoque (absence d'hypercommunicabilité, d'hypersexualité, d'élation de l'humeur, de réduction du besoin de sommeil allant au-delà de trois jours). Il s'est probablement agi de périodes, réduites dans le temps, de lutte contre des affects dépressifs (elles ont eu lieu dans le contexte de difficultés professionnelles, lorsqu'il avait son magasin). L'absence de mise en place d'un stabilisateur de l'humeur (lithium, par exemple), parle contre la présence d'un trouble bipolaire". Or, les diagnostics posés par le Dr R\_\_\_\_\_ avaient non seulement été sérieusement envisagés par la Dresse L\_\_\_\_\_, mais ils avaient également été retenus par les Drs P\_\_\_\_\_ et Q\_\_\_\_\_ du Département de psychiatrie des HUG le 23 mai 2008. Il y a dès lors lieu de les prendre en considération.

#### **E. 9**

Le Dr N\_\_\_\_\_ a diagnostiqué un épisode dépressif léger. Il a à cet égard expliqué qu'il se fondait sur les critères de la CIM-10, soit "diminution marquée de l'intérêt pour le monde environnant, réduction de l'énergie, estime de soi précaire, pensées autour de la mort, réveils nocturnes. Le critère 1 de B. (humeur dépressive à un degré nettement anormal

permanente) n'a pas été retenu car cet aspect est trop fluctuant. Ainsi l'humeur n'était pas franchement déprimée au cours de l'examen du 16 février 2007. De même, le critère 2 de C. (sentiment de culpabilité) n'a pas non plus été retenu car les sentiments de culpabilité qu'il rapporte ne sont pas démesurés ou irrationnels et ils n'envahissent pas sa vie psychique". A l'appui de sa conclusion, le Dr N\_\_\_\_\_ a plus particulièrement relevé que "pendant les périodes où il a la charge de son fils, on constate la présence d'activités multiples à l'analyse du déroulement du quotidien. (...) En outre, il est relevé qu'il est à même de s'occuper de son fils une semaine sur deux. Ceci montre que, comme aujourd'hui, à cette époque le recourant était capable de surmonter sa souffrance pour assumer des responsabilités importantes (s'occuper de son fils). Il est probable que le reste du temps (pendant les semaines où il n'avait pas la charge de son enfant), il ait été inactif plutôt par découragement et par manque de motivation".

A/2317/2007 - 13/16 - Il y a à cet égard lieu de constater que la dernière remarque du Dr N\_\_\_\_\_ n'est fondée sur aucun critère objectif et de rappeler que c'était en réalité la mère de l'assuré qui l'aidait à assumer la garde de son fils. (cf. PV d'enquêtes du 19 février 2008) Le Dr R\_\_\_\_\_ a qualifié l'épisode actuel de dépression de moyen à sévère. La Dresse L\_\_\_\_\_ le décrivait comme "endogène sévère" dans son rapport du 13 octobre 2004 et comme important lors de son audition le 19 février 2008, et le Dr M\_\_\_\_\_ comme sévère dans son rapport du 6 novembre 2004. Les Drs P\_\_\_\_\_ et Q\_\_\_\_\_ en mai 2008, et les médecins de la Clinique du sommeil en mars 2007, parlent également de trouble dépressif sévère. Ainsi que l'a relevé l'assuré, seul le Dr N\_\_\_\_\_ a retenu une dépression légère. A cet égard, l'OAI s'est posé la question de savoir s'il n'y avait pas eu aggravation de l'état de santé depuis février 2007, date de l'examen du Dr N\_\_\_\_\_. Il apparaît toutefois que l'assuré présente une symptomatologie psychique continue depuis 2004, ce qu'aucun médecin ne conteste en réalité. Les différentes évaluations de l'intensité de la pathologie dépressive varient peu, si l'on ne tient pas compte de celle du Dr N\_\_\_\_\_ : de sévère correspondant à la cotation de 39 au BDI passé en septembre 2006, selon le BDI cotant à 49, effectué à la clinique du sommeil en mars 2007, à moyen selon le MADRS à 23 passé en mai 2008 au programme des troubles bipolaires, ce qui vient confirmer la conclusion du Dr R\_\_\_\_\_.

## **E. 10**

Le médecin traitant a noté l'apparition en septembre 1998, puis l'intensification de symptômes de nature psychotique avec des hallucinations auditives et des thèmes persécutoires d'envoûtement. Les Drs P\_\_\_\_\_ et Q\_\_\_\_\_ ont constaté que l'assuré présentait "des idées d'allure délirante sur mode persécutoire qui s'intensifient lors des dépressions. Ces symptômes ne disparaissent pas une fois l'épisode dépressif résolu. Il s'ajoute des hallucinations hypnagogiques." Le Dr R\_\_\_\_\_ a relevé que l'assuré avait des préoccupations ésotériques avec une thématique persécutoire se centrant principalement sur la conviction "qu'on lui a jeté un sort". Cette croyance magique est associée à des perceptions inhabituelles, soit à des illusions somatosensorielles et même à des expériences de dépersonnalisation. Il apparaît ainsi encore une fois que seul le Dr N\_\_\_\_\_ nie que l'assuré souffre d'hallucinations, considérant qu'il ne s'agit que "d'illusions fréquentes dans la population habituelle et banales" et ne voyant là qu'un simple fait culturel. La Cour de céans considère toutefois que la gravité de ces hallucinations telles qu'elles sont décrites par les différents médecins et l'angoisse qu'elles entraînent chez l'assuré ne sauraient être comprises comme faisant simplement partie d'un folklore culturel quel qu'il soit.

### **E. 11**

Le Dr N\_\_\_\_\_ ne s'est pas véritablement prononcé sur les troubles du sommeil mentionnés par la Dresse L\_\_\_\_\_. Il se borne à faire état de ce que l'assuré se plaint de "réveils nocturnes (absence de troubles de l'endormissement avec le traitement de mirtazapine, réveils nocturnes péjorés par l'appareillage CPAP (l'assuré souffre d'apnées du sommeil)". Il relève que selon la Dresse L\_\_\_\_\_, l'assuré "est en cours d'investigation pour une narcolepsie. La somnolence diurne excessive en est le symptôme essentiel et se manifeste par des accès de sommeil de courte durée (moins de quinze minutes), accès qui sont de surcroît très reposants et dont l'effet dure environ 30 à 120 minutes". Il constate qu' "on ne retrouve aucun de ces éléments chez le recourant (fatigue rapportée comme étant permanente, sommes de longue durée)." Or, il y a lieu de rappeler que les examens pratiqués aux HUG en septembre 2006 dans le cadre de la consultation de neuropsychiatrie et du laboratoire du sommeil ont mis en évidence un syndrome d'apnée-hypopnée central du sommeil confirmant l'état dépressif sévère et l'existence de troubles du sommeil.

### **E. 12**

Enfin, les Drs N\_\_\_\_\_ et R\_\_\_\_\_ ne sont pas non plus d'accord sur le taux de la capacité résiduelle de travail. Le premier considère en effet que l'assuré peut travailler à 100% dans son activité professionnelle habituelle, sans diminution de rendement, alors que le second fixe la capacité de travail à 25% seulement. Interrogé à cet égard, le Dr N\_\_\_\_\_ conteste ce taux de 25%, rappelant que ce ne sont pas les diagnostics posés qui importent, mais les limitations qui en découlent. Or, le Dr R\_\_\_\_\_ a clairement indiqué qu'il "ne partage pas non plus l'avis du Dr N\_\_\_\_\_, qui conclut à l'absence de limitations fonctionnelles sur le plan psychique, alors que l'histoire de l'assuré est marquée de longue date par des difficultés adaptatives et d'intégration sociale et professionnelle." La Dresse L\_\_\_\_\_ a également et ce, dès le début, considéré que l'assuré présentait une incapacité entière de travail également. Lors de son audition, elle a à ce propos ajouté que celui-ci souffrait de difficultés de concentration, et de troubles du sommeil, qu'il n'arrivait pas à se lever le matin et oubliait les rendez-vous et conclu finalement que "je ne vois pas dans ces conditions comment il pourrait travailler." Force est de constater que les conclusions du Dr R\_\_\_\_\_ viennent clairement confirmer les constatations de la Dresse L\_\_\_\_\_, des médecins traitants et des médecins des HUG. Leurs appréciations quant à l'incapacité de travail de l'assuré se rejoignent. Par conséquent, il y a lieu de retenir que le recourant est incapable de travailler à 75% depuis l'automne 2004.

### **E. 13**

Il convient enfin d'examiner la répercussion de cette incapacité de travail sur la capacité de gain de l'assuré. On rappellera que chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu du travail que l'invalidé pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail, est comparé au revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'avait pas été invalide (art. 28 al. 2 LAI). En l'espèce, une incapacité de travail de 75% étant reconnue quelle que soit l'activité lucrative envisagée dès octobre 2004, l'incapacité de gain est du même taux. Aussi le recours est-il admis, en ce sens que l'assuré a droit à l'octroi

d'une rente entière, compte tenu d'un degré d'invalidité de 75%, à compter d'octobre 2005 (art. 29 LAI ancienne teneur).

A/2317/2007 - 16/16 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

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