

## **GE\_GERICHTE ATAS/768/2008 vom 25. Juni 2008**

GE Cour de justice, 2008-06-25, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_768\\_2008](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_768_2008)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/768/2008 du 25 juin 2008

IT: GE\_GERICHTE ATAS/768/2008 del 25 giugno 2008

### **Erwägungen**

#### **E. 1**

Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales 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) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

#### **E. 2**

La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). Les règles de procédure quant à elles s'appliquent sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). La LPGA s'applique donc au cas d'espèce.

#### **E. 3**

Interjeté dans les forme et délai prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA).

#### **E. 4**

Le litige consiste à déterminer si le recourant présente une atteinte à la santé psychique ouvrant droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

#### **E. 5**

Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est par sa nature et sa gravité propre à ouvrir un droit aux prestations entrant en considération. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation

A/493/2007 - 9/13 - exigibles (art. 7 LPGA). Pour évaluer le taux d'invalidité, 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 (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI). En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI (dans sa version antérieure au 1er janvier 2004), l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1bis LAI, prétendre à une demi-rente s'il est invalide à 40% au moins. Dès le 1er janvier 2004, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

### **E. 5.3**

et consid. 6).

### **E. 6**

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 398 ss consid.

### **E. 7**

Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1).

Le juge des assurances sociales apprécie librement les preuves (art. 61 let. c LPGA). Toutefois, si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. A cet égard, l'élément déterminant n'est ni l'origine, ni la désignation du moyen de preuve comme rapport ou expertise, mais son contenu. Il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une

A/493/2007 - 10/13 - 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 (ATF 125 V 352 consid. 3a).

Enfin, s'agissant de la valeur probante des 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

## **E. 8**

En l'espèce, le recourant est en incapacité de travail totale depuis le 13 septembre 2004, en raison de divers troubles survenus à la suite d'une affection virale. Lors de son hospitalisation à la clinique psychiatrique de Belle-Idée le 2 novembre 2004, suite apparemment à une chute à son domicile avec perte de connaissance, les médecins avaient relevé que le recourant n'entraînait pas en contact, semblait désorienté dans le temps et l'espace, replié sur lui-même et pas collaborant. Les tests neuropsychologiques n'avaient toutefois pas mis en évidence de problèmes psychiques et les médecins avaient évoqué les diagnostics de trouble factice et autres troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte. Ils ne se sont pas prononcés sur la capacité de travail. Quelques mois plus tard, la Dresse M \_\_\_\_\_, au terme d'une approche ethnopsychiatrique, a conclu à un trouble réel et très grave, qui se manifeste par un apragmatisme total avec ralentissement moteur, accompagné de mutisme avec une attention très variable. Concernant le diagnostic, elle a expliqué que la CIM-10 ne donne aucune description dans l'aire culturelle d'origine du patient, mais qu'en procédant par approximation, elle a retenu par analogie un trouble somatoforme indifférencié F 45.1 et autres troubles névrotiques non spécifiés, F 45.1, tout en précisant que ces analogies ne tiennent pas compte de la gravité des symptômes observés chez le recourant. Selon la psychiatre, l'incapacité de travail est totale depuis septembre 2004. L'état du patient est susceptible de se modifier si l'approche thérapeutique réussit à mobiliser les niveaux impliqués dans sa pathologie (niveau familial et transgénérationnel). Les Drs O \_\_\_\_\_ et L \_\_\_\_\_, médecins traitants, partagent ces conclusions et confirment que l'incapacité de travail est totale depuis le mois de septembre 2004 en raison de graves troubles psychiques, qui ne se sont pas améliorés sous traitement.

A/493/2007 - 11/13 - L'intimé conteste que le recourant présente une atteinte à la santé psychique invalidante, en se référant à l'expertise réalisée par le Dr N \_\_\_\_\_ le 9 septembre 2005. Or, ce rapport ne permet pas de tirer de conclusions définitives quant à la répercussion de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail du recourant. En effet, le Dr N \_\_\_\_\_ relève que les rapports de la clinique de Belle-Idée et de la Dresse M \_\_\_\_\_ sont contradictoires, qu'aucune n'a valeur d'expertise et qu'il est impossible de trancher. Il a par ailleurs conclu que le recourant présente un comportement atypique qui ne lui permet pas de poser un diagnostic dans le cadre d'une classification reconnue et que s'il y a davantage d'arguments en faveur d'un diagnostic de simulation, il n'existe aucune preuve formelle. Il ne s'est en conséquence pas prononcé sur la capacité de travail. Force dès lors est de constater que l'expert n'a pas pu éclaircir le cas, de sorte que ses conclusions ne sauraient être retenues. Le Tribunal de céans, en présence de rapports médicaux contradictoires, a ordonné une expertise psychiatrique afin de clarifier la situation du point de vue médical. Dans son rapport du 1er novembre 2007, le Dr R \_\_\_\_\_ a diagnostiqué une stupeur mélancolique et une stupeur dissociative au sens de la CIM-10 et confirmé que le recourant souffrait d'une grave atteinte à la santé psychique entraînant une incapacité de travail totale depuis l'apparition des troubles en septembre 2004. L'intimé conteste la valeur probante de l'expertise du Dr R \_\_\_\_\_, au motif que le patient est resté mutique durant tous les entretiens et conclut, en se référant à l'avis du SMR, qu'une observation en milieu

hospitalier permettrait de trancher le cas, dès lors qu'elle serait fondée sur des observations médicales objectives. S'agissant du premier grief, il tombe à faux. En effet, le Tribunal de céans relève que le recourant est resté mutique dès l'apparition des troubles en septembre 2004, et ce avec tous les médecins qui l'ont examiné, y compris le Dr N\_\_\_\_\_. Quant à la valeur probante du rapport d'expertise du Dr R\_\_\_\_\_, le Tribunal constate que ce dernier a examiné le recourant à trois reprises, qu'il a recueilli toutes les informations utiles, qu'il a eu connaissance du dossier complet et qu'il a demandé à un spécialiste en ethnopsychiatrie, le Dr S\_\_\_\_\_, médecin adjoint, spécialiste FMH en psychiatrie-psychothérapie, d'examiner le recourant et de rendre un rapport. L'expertise comporte une anamnèse familiale, personnelle, professionnelle et médicale détaillée, les données subjectives de la personne et les constatations objectives. Le Dr R\_\_\_\_\_ a ensuite procédé à une analyse minutieuse de chacun des diagnostics évoqués et dans la discussion du cas, il a expliqué de façon circonstanciée pourquoi il excluait le diagnostic de trouble factice, pour retenir ceux d'épisode dépressif sévère (stupeur mélancolique) et de stupeur dissociative classés sous chiffres F32 et F44.2 de la CIM-10. L'expert a

A/493/2007 - 12/13 - certes admis que le diagnostic différentiel entre ces deux formes de stupeur est souvent difficile, et qu'il l'est particulièrement dans le cas d'espèce, mais il a néanmoins expliqué comment et pour quelles raisons il a pu rattacher les symptômes aux différents troubles de la classification CIM-10. Enfin, il a expliqué de façon convaincante qu'il s'agit d'un trouble grave, que l'état de santé du recourant ne s'est pas amélioré depuis 2004 et que le pronostic est extrêmement sombre, tant en ce qui concerne l'avenir professionnel de l'expertisé que l'évolution de son état clinique. Il n'y a pas de capacité de travail depuis septembre 2004, date de l'apparition des troubles. Le Dr R\_\_\_\_\_ ajoute que d'un point de vue strictement médical, et en dépit de l'échec thérapeutique d'un premier séjour à Belle-Idée, il considère que l'état clinique du recourant mériterait une nouvelle hospitalisation en milieu psychiatrique avec mise en oeuvre de toutes les ressources thérapeutiques des dépressions résistantes, mais que ce type de traitement n'est pas exigible. Au vu de ce qui précède et contrairement à ce que soutient l'intimé, le Tribunal constate que le rapport d'expertise du Dr R\_\_\_\_\_ remplit toutes les conditions auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document. L'expert a su clarifier le cas et la gravité de l'atteinte à la santé psychique - qui constitue un trouble indépendant - est établie. Il n'y a pas lieu d'ordonner un supplément d'instruction, étant rappelé au demandeur que quoi qu'il en soit, la proposition du SMR visant à une observation en milieu hospitalier ne constituerait pas une mesure raisonnablement exigible.

#### **E. 9**

En conséquence, il y a lieu d'admettre que le recourant présente une atteinte à la santé psychique grave depuis le 13 septembre 2004, entraînant une incapacité totale de travail, de sorte que son degré d'invalidité est de 100 %. Conformément à l'art. 29 al. 1 let. b LAI, le droit à la rente au sens de l'art. 28 prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable (art. 6 LPGA), soit en l'occurrence le 14 septembre 2005. Il s'ensuit que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité dès le mois de septembre 2005.

#### **E. 10**

Bien fondé, le recours est admis. Le recourant obtenant gain de cause, l'intimé sera condamné à lui verser une indemnité de 2'500 fr, à titre de participation à ses frais et dépens

(art. 61 let. g LPGA; art. 89H al. 3 LPA).

**E. 11**

Au vu de l'issue du litige, un émolument de 1'000 fr. est mis à la charge de l'intimé (art. 69 al. 1bis LAI).

A/493/2007 - 13/13 -

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