

## **GE\_GERICHTE A/1985/2011 vom 13. März 2007**

GE Cour de justice, 2007-03-13, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_1985\\_2011](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1985_2011)

FR: GE\_GERICHTE A/1985/2011 du 13 mars 2007

IT: GE\_GERICHTE A/1985/2011 del 13 marzo 2007

### **Volltext**

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 30.05.2012  
A/1985/2011

A/1985/2011 ATAS/732/2012 du 30.05.2012 ( AI ) RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/1985/2011 ATAS/732/2012 ORDONNANCE D'EXPERTISE DE LA COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales du 30 mai 2012 4 ème Chambre En la cause Monsieur A \_\_\_\_\_, domicilié à Thônex, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître François MEMBREZ recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue de Lyon 97, 1203 Genève intimé Attendu en fait que par décision du 13 mars 2007, l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE INVALIDITE (ci-après l'OAI ou l'intimé), a refusé l'octroi de toutes prestations à Monsieur A \_\_\_\_\_, né en 1955, au motif qu'il présentait une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée, de sorte que le degré d'invalidité s'élevait à 16,9% ; Que l'OAI s'était fondé sur le rapport de la CLINIQUE DE READAPTATION (CRR), notamment sur les conclusions du Dr L \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, ainsi que sur l'expertise du Dr M \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, du 23 novembre 2006 ; Que le recours interjeté par l'assuré en date du 30 avril 2007 par-devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (TCAS), alors compétent, a été rejeté par arrêt du 2 avril 2008 ( ATAS/381/2008 ) ; que le TCAS a considéré que l'expertise du Dr M \_\_\_\_\_ revêtait pleine valeur probante, malgré l'absence d'un interprète, l'examen clinique étant fondamental dans le cadre d'une expertise rhumatologique, et que celle du Dr N \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, réalisée le 7 mai 2007 à la demande de l'assureur perte de gain maladie, confirmait l'absence d'une comorbidité psychiatrique importante ; que pour le surplus, le rapport du 24 octobre 2007 de la Dresse O \_\_\_\_\_, cheffe de clinique à Belle-Idée, faisant état d'une aggravation se rapportait à des faits postérieurs à la décision litigieuse, dont le juge n'avait pas à tenir compte ; Que l'OAI, par décision du 22 avril 2009, a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de l'assuré déposée le 28 janvier 2009, au motif qu'il n'avait pas produit de document médical attestant d'une aggravation de son état de santé ; Que suite à un rapport du Dr P \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, du 25 janvier 2010, le SMR a relevé que l'aggravation était manifeste depuis juillet 2007 selon le rapport de la Dresse O \_\_\_\_\_, avec hospitalisation pour un état dépressif sévère, et qu'afin d'examiner si cette aggravation était temporaire ou durable et d'en évaluer les conséquences sur la capacité de travail, il convenait d'ordonner un complément d'expertise psychiatrique auprès du Dr N \_\_\_\_\_, de la Clinique CORELA, avec des tests neuropsychologiques ; Que dans le rapport d'expertise pluridisciplinaire du 1 er novembre 2010, le Dr N \_\_\_\_\_ précise que l'assuré a fait l'objet d'une consultation de psychiatrie le 13 juillet 2010, ainsi que d'une consultation de neuropsychologie le même jour par Madame B \_\_\_\_\_, psychologue FSP et

neuropsychologue ; que l'expert a relevé à plusieurs reprises les difficultés de compréhension de l'expertisé qui ne lui ont pas permis de répondre de façon probante aux questions posées, ni de remplir un questionnaire ; que le psychiatre a retenu comme seul diagnostic psychiatrique celui déjà émis dans son précédent rapport du 14 mai 2007 de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0), sans répercussion sur la capacité de travail; que l'examen neuropsychologique a montré une atteinte cognitive massive et diffuse de toutes les fonctions cognitives testées, la problématique psychiatrique semblant être à la source du tableau cognitif ; qu'il est cependant difficile d'évaluer la surcharge éventuelle de l'expertisé face à ses difficultés, tant les scores sont bas, de sorte qu'il est impossible à l'heure actuelle de retenir un trouble attentionnel ou de la concentration ; Que par décision du 26 mai 2011, l'OAI a rejeté la demande de mesures professionnelles de reclassement et de rente d'invalidité ; Que par acte du 27 juin 2011, l'assuré, représenté par son mandataire, a interjeté recours, concluant préalablement à la mise en œuvre d'une expertise et, principalement, à l'annulation de la décision litigieuse et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité ; Que le recourant conteste l'expertise du Dr N \_\_\_\_\_, réalisée sans la présence d'un interprète, alors même qu'il n'a pas été en mesure de répondre à plusieurs reprises aux questions qui lui ont été posées ; qu'il a produit notamment un rapport du Dr P \_\_\_\_\_ du 12 août 2011 dont il ressort que les diagnostics étaient désormais ceux d'épisode dépressif sévère, avec symptômes psychotiques (F32.3), trouble de l'adaptation, avec prédominance d'une perturbation des conduites (F34.24) et troubles mixtes de la personnalité (F.61.0), avec pour conséquence une incapacité totale de poursuivre ses activités sociales, professionnelles et ménagères ; Que dans sa réponse du 19 septembre 2011, l'intimé conclut au rejet du recours, considérant que l'expertise du Dr N \_\_\_\_\_ revêtait pleine valeur probante ; que s'agissant de la présence d'un interprète, il appartenait à l'expert de décider si tel devait être le cas ; que la précédente expertise du 14 mai 2007 avait été réalisée sans interprète et qualifiée de probante par le TCAS ; que pour le surplus, les diagnostics décrits par le Dr P \_\_\_\_\_ dans ses rapports des 7 avril 2007 et 12 août 2011 ne constituaient en réalité qu'une appréciation différente du même état de fait ; Que par écriture du 12 octobre 2011, le recourant relève que le Dr O \_\_\_\_\_ était assisté d'un interprète lors des examens psychiatriques à la clinique de Belle-Idée, que contrairement à ce que soutient l'intimé, l'expertise ayant été réalisée consécutivement au recours, le TCAS, dans son arrêt du 2 avril 2008, n'avait pas examiné la valeur probante de l'expertise du Dr N \_\_\_\_\_ ; que pour le surplus, dans son rapport du 12 août 2011, le Dr P \_\_\_\_\_ fait état d'une aggravation ; Que par courrier du 24 avril 2012, la Cour de céans a informé les parties de ce qu'il entendait mettre en œuvre une expertise psychiatrique, leur a communiqué le projet de mission ainsi que le nom de l'expert et fixé un délai au 11 mai 2012 pour lui faire part des questions complémentaires qu'elles souhaitaient voir poser à l'expert ainsi que pour faire valoir d'éventuels motifs de récusation ; Que les parties n'ont pas fait valoir de cause de récusation à l'encontre de l'expert; Attendu en droit qu'après le 1<sup>er</sup> janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice est compétente en la matière (art. 134 de la loi sur l'organisation judiciaire; LOJ - RS E 2 05) ; Que la loi sur la partie générale des assurances sociales (LPGA), entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003, est applicable au cas d'espèce ; Que le recours, déposé dans les formes et délai prévus par la loi est recevable à la forme (art. 56 et 60 LPGA) ; Que, 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) ; Qu'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 ; Qu'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) ; Que 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) ; Qu'un renvoi à l'administration reste possible, notamment lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; ATF non publié 8C\_760/2011 du 26 janvier 2012, consid. 3); Que les coûts de l'expertise peuvent être mis à la charge de l'assureur social (ATF 137 V 210 consid. 4.4.2) ; Qu'en l'espèce, il apparaît que la barrière linguistique a été un problème important lors de l'examen effectué par le Dr N\_\_\_\_\_, ainsi que cela ressort de son rapport du 1 er novembre 2010 ; Qu'en effet, le recourant n'a, notamment, pas pu remplir le questionnaire de dépression de BECK en raison de la langue et d'un déficit de compréhension ; qu'à de nombreuses reprises, l'expert a indiqué que le recourant n'avait pas compris les questions qui lui étaient posées et n'a, dès lors, pas été en mesure d'y répondre ; que certaines réponses étaient vagues ou incompréhensibles (cf. expertise p. 33, 34) ; Que l'expert a mentionné ce qu'il croyait comprendre ou ce qu'il lui semblait avoir été dit (cf. expertise p. 29, 33) ; qu'il n'a pas été en mesure de décrire l'histoire du recourant, se contentant de citer ses propos, difficilement compréhensibles, vraisemblablement en raison de la barrière linguistique ; Que force est de constater que le recourant et l'expert ne se comprenaient pas de manière suffisante en l'absence d'un interprète, de sorte qu'une pleine valeur probante ne peut à l'évidence pas être reconnue à l'expertise du Dr Q\_\_\_\_\_ ; Qu'au demeurant, à la lecture du rapport d'expertise du 14 mai 2007, la Cour de céans relève encore que contrairement à ce que soutient l'intimé, lors de sa première expertise, le Dr N\_\_\_\_\_ était bien assisté d'un interprète ; Qu'au vu de ce qui précède, il convient d'ordonner une nouvelle expertise psychiatrique du recourant, qui sera réalisée avec le concours d'un interprète de langue turque ; \*\*\* PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :  
Statuant préparatoirement Ordonne une expertise psychiatrique de Monsieur A\_\_\_\_\_.  
Commet à ces fins le Dr R\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, à Genève. Dit que la mission d'expertise et la suivante : a) Prendre connaissance du dossier de l'intimé ainsi que de la présente procédure. b) Examiner et entendre Monsieur A\_\_\_\_\_, assisté d'un interprète en langue turque, en s'entourant d'avis de tiers au besoin, notamment d'un/e neuropsychologue. c) Prendre tous renseignements utiles auprès des spécialistes en psychiatrie ayant suivi l'assuré, notamment les Drs P\_\_\_\_\_ et O\_\_\_\_\_ des HUG, concernant en particulier l'évolution de la pathologie et l'intensité des traitements depuis mars 2007. Charge l'expert d'établir un rapport détaillé et de répondre aux questions suivantes : Anamnèse détaillée (personnelle, professionnelle, familiale et sociale). Plaintes et données subjectives de la personne. Constatations objectives, status clinique. Diagnostic(s) selon la classification internationale (CIM-10). Mentionner pour chaque diagnostic posé ses conséquences sur la capacité de travail du recourant, en pour-cent : dans l'activité habituelle dans une activité adaptée Dater la survenance de l'incapacité de travail durable, le cas échéant. Décrire et expliquer l'évolution de la capacité de travail, depuis mars 2007. Indiquer quelle a été, du point de

vue psychiatrique, l'évolution de l'état de santé du recourant, depuis mars 2007. Veuillez détailler votre réponse. En cas de diagnostic de trouble somatoforme douloureux, répondre aux questions suivantes : existe-t-il une comorbidité psychiatrique ? si oui, de quelle importance ? ce trouble psychique a-t-il valeur de maladie en tant que tel ou doit-il être considéré uniquement comme une manifestation réactive au trouble somatoforme douloureux ? existe-t-il des affections corporelles chroniques ? existe-t-il un processus maladif s'étendant sur plusieurs années, sans rémission durable ? L'assuré subit-il une perte d'intégration sociale et, cas échéant, dans quelle mesure et de quelle manière ? Existe-t-il chez l'assuré un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, marquant simultanément l'échec et la libération d'un processus de résolution du conflit psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie) ? Constatez-vous l'échec des traitements ambulatoires ou stationnaire conforme aux règles de l'art ? Dans quelle mesure peut-on exiger de l'assuré qu'il fasse un effort de volonté pour surmonter ses douleurs et réintégrer le monde du travail ? En d'autres termes, l'assuré dispose-t-il, et si oui dans quelle mesure, de ressources psychiques lui permettant de surmonter ses douleurs aux fins d'exercer une activité lucrative ? Dans quelle mesure une activité lucrative adaptée est-elle raisonnablement exigible du recourant, et dans ce cas, depuis quand, à quel taux et dans quel(s) domaine(s) ? Doit-on s'attendre à une diminution de rendement et dans quelle mesure ? Evaluer les chances de succès d'une réadaptation professionnelle. La capacité de travail peut-elle être améliorée par des mesures médicales ? si oui, lesquelles ? sont-elles raisonnablement exigibles de l'assuré ? Pronostic. Toutes remarques utiles et propositions de l'expert. Invite l'expert à déposer à sa meilleure convenance un rapport en trois exemplaires à la Cour de céans. Réserve le fond. La greffière Isabelle CASTILLO La Présidente Juliana BALDE 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.