

## **GE\_GERICHTE A/3815/2009 vom 1. April 2010**

GE Cour de justice, 2010-04-01, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_3815\\_2009](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3815_2009)

FR: GE\_GERICHTE A/3815/2009 du 1 avril 2010

IT: GE\_GERICHTE A/3815/2009 del 1 aprile 2010

### **Volltext**

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 01.04.2010  
A/3815/2009

A/3815/2009 ATAS/361/2010 du 01.04.2010 ( AI ) , PARTIELMNT ADMIS  
RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/3815/2009  
ATAS/361/2010 ARRET DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES  
Chambre 8 du 1 er avril 2010 En la cause Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à GENEVE,  
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Jacques-André SCHNEIDER  
recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE  
GENEVE, sis rue de Lyon 97, GENEVE intimé Vu le formulaire de communication pour  
adultes « Détection précoce » déposé par A\_\_\_\_\_ (né en 1946, physiothérapeute  
indépendant) le 21 juillet 2008 auprès de l'Office cantonal d'assurance-invalidité (OAI) ; la  
communication de l'OAI du 10 septembre 2008 préconisant le dépôt d'une demande de  
prestations AI, sur la base d'un avis de son médecin-conseil, selon lequel il était nécessaire  
de préciser et définir la nature des troubles psychiques et neurologiques existants ; le dépôt,  
le 12 mars 2009 (après trois rappels), d'une demande de prestations AI, tendant à l'octroi  
d'une rente ; le rapport du Département de psychiatrie des H.U.G. du 3 janvier 2008 (Drs  
L\_\_\_\_\_ et M\_\_\_\_\_), établi à l'issue d'une hospitalisation de l'assuré du 20  
décembre 2007 au 1 er janvier 2008, diagnostiquant un trouble mental ou de comportement  
lié à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance, utilisation continue (F10.25), ainsi  
qu'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, sans syndrome somatique (F33.10)  
et une polyneuropathie bilatérale des membres inférieurs ; le rapport du 23 janvier 2009 des  
Drs N\_\_\_\_\_ et O\_\_\_\_\_, de la Clinique genevoise de Montana (où l'assuré a  
séjourné du 29 décembre 2008 au 10 janvier 2009), posant en particulier les diagnostics de  
sevrage d'alcool (Z 50.2), trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen sans  
sommatisation (F33.10), syndrome cérébelleux statique (G 31.2), polyneuropathie des  
membres inférieurs (G 63.2), difficulté à la marche (R 26.2), prostatisme (N 40), glaucome  
de l'œil gauche (H 40.9), diminution de l'acuité visuelle de l'œil droit à 80% (H 54.5) ; le  
rapport du Dr P\_\_\_\_\_, interniste et angiologue traitant depuis juillet 2002, du 12 mai  
2009, diagnostiquant des troubles dépressifs récurrents depuis 2003 (F 33.10), une  
polyneuropathie des membres inférieurs, un syndrome cérébelleux statique depuis 2007,  
une baisse de l'acuité visuelle de 80% à l'œil droit depuis 2007, une consommation  
régulière d'anxiolytiques et d'alcool ayant probablement majoré son état dépressif ; la  
capacité de travail résiduelle était de 50% depuis le 4 février 2008 ; le rapport du Pr  
Q\_\_\_\_\_, psychiatre traitant (H.U.G.) depuis août 2001, du 4 juin 2009,  
diagnostiquant un syndrome de dépendance à l'alcool (F 10.2) et des troubles dépressifs  
récurrents (F 33), et confirmant une incapacité de travail de 50%, en raison d'une  
vulnérabilité au stress, d'une fatigabilité et de difficultés dans l'organisation des tâches  
administratives, le patient ayant par ailleurs « un certain degré d'atteinte organique » ; l'avis

du Dr R\_\_\_\_\_ (Service médical régional de l'AI : SMR) du 30 juin 2009, se ralliant aux conclusions précitées des Drs P\_\_\_\_\_ et Q\_\_\_\_\_, et retenant, comme diagnostic influençant la capacité de travail, un troubles dépressif récurrent épisode actuel moyen, un syndrome cérébelleux statique, des difficultés à la marche sur polyneuropathie, une diminution de l'acuité visuelle de l'œil droit ; le rapport d'expertise psychiatrique du Dr S\_\_\_\_\_ - mandaté par LA MOBILIERE, assurance perte de gain de l'assuré -, du 4 juin 2009 (rapport reçu par l'OAI le 13 juillet suivant), excluant la présence d'un épisode dépressif ou de troubles de la concentration et diagnostiquant des troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool (F 10 24), sans répercussion sur la capacité de travail ; des troubles neurologiques organiques (syndrome cérébelleux statique et kinétique et neuropathie périphérique) dus à l'imprégnation alcoolique chronique du système nerveux central et périphérique ; l'expertisé se plaignait de difficultés à la marche, de fatigabilité, d'insomnies avec réveils nocturnes, de difficultés à suivre un programme normal dans son travail et dans ses affaires personnelles ; compte tenu de la conservation des fonctions cognitives, aucun examen neuropsychologique approfondi n'avait été effectué ; lors de l'examen, l'expertisé n'avait pas présenté de symptômes d'imprégnation aiguë (foetor, ébriété) ou de sevrage d'alcool, mais une démarche ébrieuse ; la capacité de travail était de 100% dès juin 2009, « celle-ci étant d'ailleurs souhaitée par l'assuré » ; l'avis du SMR (Dr R\_\_\_\_\_), du 3 août 2009, se ralliant aux conclusions de ladite expertise, faite, selon lui, « de manière lege artis » ; le projet de décision du 19 août 2009, dans lequel l'OAI envisage de rejeter la demande de prestations, motif pris que l'assuré avait recouvré une pleine capacité de travail dès juin 2009, et estimant, en outre, que ladite demande avait été présentée tardivement ; le courrier du Dr P\_\_\_\_\_ du 11 septembre 2009 contestant les conclusions de l'expertise psychiatrique, au motif qu'il était fort probable que le patient ait tenté de donner le change lors de l'entretien avec l'expert, en affirmant en particulier qu'il n'avait pas de difficultés à marcher, alors qu'il était évident que rien qu'à l'examiner debout, celui-ci présentait un syndrome cérébelleux ; l'opposition formulée par l'entremise de son avocat (Me Jacques-André SCHNEIDER) du 22 septembre 2009, invitant l'OAI à « reprendre complètement l'expertise médicale » et l'analyse du dossier ; la décision du 24 septembre 2009 (reçue le 28 septembre suivant), par laquelle l'OAI a maintenu sa position, faute d'un nouvel élément médical pouvant justifier une autre appréciation ; le recours déposé le 26 octobre 2009, concluant principalement à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité dès le 10 (recte : 1<sup>er</sup>) septembre 2009, sur la base d'une capacité de travail de 50%, au motif que le rapport d'expertise du 4 juin 2009, établi à l'issue d'une seule consultation de 45 minutes, n'était pas probant, faute en particulier d'un examen neurologique complet et de motivation suffisante ; la réponse de l'OAI du 7 décembre 2009 concluant au rejet du recours sur la base d'un avis du SMR du 24 novembre 2009, retenant en particulier que la baisse de l'acuité visuelle et la gêne à la marche ne contredisaient en rien une capacité de travail normale pour un physiothérapeute ; le rapport provisoire de sortie de la Clinique genevoise de Montana du 16 novembre 2009 diagnostiquant un état cérébelleux statique avec un risque de chute élevé, une polyneuropathie, des difficultés à la marche d'origine multifactorielle et des troubles cognitifs (troubles exécutifs et mnésiques modérés) constituant un handicap majeur pour maintenir l'abstinence ; le rapport d'examen neuropsychologique de la Clinique romande de réadaptation (B\_\_\_\_\_, psychologue spécialiste en neuropsychologie), du 20 novembre 2009, confirmant lesdits troubles ; le certificat de la Dresse T\_\_\_\_\_ du 5 décembre 2009 attestant que l'assuré avait séjourné à la Clinique genevoise de Montana du

17 novembre au 5 décembre 2009 et que, depuis lors, celui-ci se trouvait en incapacité complète de travail pour une durée indéterminée ; le courrier de l'OAI du 17 décembre 2009 requérant la production de la lettre de sortie correspondante, en vue de soumission au SMR ; la lettre de sortie de la Clinique genevoise de Montana du 22 décembre 2009, constatant en particulier que l'assuré avait une démarche très instable, impossible sans moyen auxiliaire, et qu'il présentait toujours un haut risque de chute à la sortie ; le certificat du Dr Q\_\_\_\_\_ du 11 janvier 2010, attestant avoir constaté, entre 2008 et 2009, la persistance des troubles antérieurs psychiatriques du patient ; le certificat du Dr P\_\_\_\_\_ du 15 janvier 2010 (confirmé le 27 janvier suivant) attestant une capacité de travail de 25 % dès cette date, pour une durée « à déterminer » ; le courrier du Dr P\_\_\_\_\_ du 18 janvier 2010 indiquant que la polyneuropathie prédominant aux membres inférieurs touchait, désormais, également les membres supérieurs, entraînant d'importants troubles à la marche et des faiblesses lors de la station prolongée en position orthostatique et rendant difficile l'exécution des mouvements fins au niveau des mains ; ces troubles rendaient impossible un travail requérant une certaine force et des mouvements précis, à l'instar de l'activité de physiothérapeute ; l'avis du SMR du 25 janvier 2010 (Dr U\_\_\_\_\_), rendu après consultation avec « un confrère psychiatre du SMR », retenant en particulier que le dossier médical contenait des éléments nouveaux non connus du Dr S\_\_\_\_\_ dans son expertise du 4 juin 2009 et estimant par ailleurs qu'une évaluation par une expertise neurologique et neuropsychologique serait nécessaire afin d'évaluer le retentissement de ces éléments sur la capacité de travail de l'assuré en tant que physiothérapeute indépendant, respectivement de déterminer l'existence d'un éventuel risque de mise en danger de ses clients ; le courrier de l'OAI du 28 janvier 2010, concluant à la mise en œuvre d'une expertise neurologique et neuropsychologique judiciaire ; le rapport du Dr A\_\_\_\_\_ (médecin interniste et rhumatologue, frère de l'assuré), du 2 février 2010, contestant les conclusions du rapport d'expertise du Dr S\_\_\_\_\_, dans la mesure où, lors de son examen, l'expertisé était sous l'emprise de l'alcool et avait de ce fait scotomisé complètement sa situation bio-psycho-sociale ; celui-ci avait toujours beaucoup de difficultés à reconnaître et exprimer sa souffrance, si profonde fût-elle ; en outre, l'expert n'avait pas approché les Drs P\_\_\_\_\_ et Q\_\_\_\_\_, ce qui était pour le moins étonnant ; l'humeur joviale et euphorique observée par l'expert cachait en réalité une certaine souffrance chez l'expertisé et si celui-ci avait fait preuve, lors de l'examen, d'une affectivité superficielle et labile, d'un certain théâtralisme et parfois d'une expression exagérée des émotions, cela s'expliquait par sa dépendance à l'alcool ; l'assuré avait clairement exprimé devant le Dr A\_\_\_\_\_ et leur sœur aînée, en septembre 2009, l'envie de mourir ; par ailleurs, sa cheville gauche présentait une nécrose aseptique de l'astragale et il existait une éventuelle rupture de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite, laquelle était en cours d'investigation ; ces pathologies somatiques et psychologiques justifiaient une incapacité de travail totale ; le rapport du Dr LE V\_\_\_\_\_, neurologue, du 29 janvier 2010, établi à la demande du Dr P\_\_\_\_\_, diagnostiquant une polyneuropathie sévère, un syndrome cérébelleux surtout statique, des troubles vestibulaires discrets, des troubles cognitifs, un possible syndrome d'apnées du sommeil en cours d'investigation, une amblyopie de l'œil droit liée à une affection rétinienne importante ; les troubles cérébelleux étaient chroniques et d'origine toxique et carencielle ; les troubles cognitifs empêchaient le patient de fonctionner dans la vie courante et l'handicapaient certainement dans la résolution de tâches plus fines et dans la gestion de ses activités quotidiennes et diminuaient aussi sa disposition à pouvoir imaginer, programmer et

entreprendre des projets ; une régression des troubles était invraisemblable selon l'expérience médicale actuelle ; au plan professionnel, le patient ne disposait pas de l'équilibre, de la précision et de la résistance dans ses gestes pour exécuter son métier qui était physique ; sa fatigabilité et ses troubles cognitifs ne lui assuraient pas non plus la résistance nécessaire à un travail à plein temps, et cela quelles que soient ses dispositions psychologiques ; il paraissait capable de travailler à 50% avec un rendement diminué ; le rapport de polygraphie de la Dresse W \_\_\_\_\_, neurologue, établi à la demande du Dr V \_\_\_\_\_, du 1<sup>er</sup> février 2010, enregistrant un syndrome d'apnées du sommeil sévère à caractère positionnel ; le courrier de Me SCHNEIDER, du 9 février 2010, se rapportant à justice quant à la mise sur pied d'une expertise judiciaire et estimant, au vu des pièces médicales déposées, que l'AI devrait admettre sans autre une incapacité de gain supérieure à 70% « et accorder ses prestations » ; et considérant que le tribunal de céans est compétent en la matière (art. 56 V de la loi sur l'organisation judiciaire) ; 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 la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge (cf. 61 let. c LPGA) ; que le tribunal établit avec la collaboration des parties les faits déterminants pour la solution du litige; il administre les preuves nécessaires et les apprécie librement ; que, selon la jurisprudence, le juge qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire ; cette liberté est le corollaire de l'obligation à sa charge d'établir les faits déterminants pour l'issue du litige (art. 61 let. c LPGA) ; que s'agissant d'une expertise médicale, il a en principe la possibilité soit de commettre lui-même un expert soit de renvoyer la cause à l'administration pour qu'elle mette en œuvre une expertise (ATFA du 7 août 2003, cause I 656/02, consid. 3.3 ; RAMA 1993 p. 136). que le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle que soit leur 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. Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il s'assurera que les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions de l'expert sont dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a) ; qu'en l'occurrence le rapport d'expertise psychiatrique du Dr S \_\_\_\_\_ ne revêt pas une valeur probante suffisante ; qu'en particulier la motivation relative à la capacité de travail de l'expertisé n'est pas claire [cf. : « Cette analyse de l'état d'un patient en dehors du cabinet d'expertise contribue à caractériser et à nuancer les plaintes psychiques subjectives et leur retentissement. Elle est en partie reprise par la jurisprudence (arrêt I 524/04 du 28 juin 2005) »] (rapport d'expertise, p. 8) ; qu'au demeurant ce dernier arrêt concerne essentiellement la notion de troubles somatoformes douloureux et précise que les états dépressifs réactionnels en constituent en principe des manifestations (réactives) d'accompagnement, de sorte que, selon la jurisprudence, ils ne sauraient faire l'objet d'un

diagnostic séparé au titre d'une comorbidité psychiatrique ; qu'en l'espèce toutefois, aucun des médecins consultés n'a fait état de troubles somatoformes douloureux ; qu'il est d'ailleurs contradictoire de nier l'existence de troubles dépressifs en l'occurrence, tout en indiquant que ceux-ci n'ont pas d'incidence sur la capacité de travail de l'expertisé ; que l'expert n'a de surcroît pas dûment expliqué les raisons pour lesquelles il s'écartait des avis concordants des nombreux médecins ayant attesté que le patient présentait un état dépressif ; que son rapport est en outre lacunaire, l'expert ayant expressément indiqué qu'il ne disposait pas du rapport d'hospitalisation à Belle-Idée de 2007 (cf. rapport, p. 6) ; que l'expert n'a d'ailleurs pas dûment requis la production du rapport en question ; que, s'agissant en particulier de l'atteinte psychique qu'il a exclue, l'expert n'a apparemment pas disposé de tous les éléments nécessaires à une appréciation complète du cas, dans la mesure où, au moment de l'expertise, l'assuré était, selon le Dr A \_\_\_\_\_, « complètement anosognosique, c'est-à-dire pas conscient de sa réalité » (cf. sa lettre du 2 février 2010, p. 2, § 10) ; que cette dernière explication apparaît plausible, eu égard notamment aux avis unanimes des médecins intervenus en l'espèce, attestant que l'intéressé présentait des troubles dépressifs ; que l'expert n'était ainsi pas fondé à se dispenser sans autre de procéder à des examens neurologiques approfondis, au seul motif que l'expertisé lui avait affirmé qu'il avait conservé toutes ses fonctions cognitives ; qu'un tel examen s'imposait d'autant plus que l'expertisé avait fait état de difficultés à suivre un programme normal dans son travail et dans ses affaires personnelles ; que d'ailleurs l'examen neurologique spécialisé du 20 novembre 2009 a finalement conclu à l'existence de troubles cognitifs (troubles exécutifs et mnésiques modérés) constituant un handicap majeur pour maintenir l'abstinence ; que de même, selon le rapport du Dr V \_\_\_\_\_ du 29 janvier 2010, les troubles cognitifs empêchaient le patient de fonctionner dans la vie courante et l'handicapaient certainement dans la résolution de tâches les plus fines et dans la gestion de ses activités quotidiennes ; qu'enfin l'OAI a lui-même implicitement remis en cause le bien-fondé du rapport d'expertise psychiatrique du Dr S \_\_\_\_\_, puisqu'il a préconisé un complément d'instruction médicale sous la forme d'une expertise neurologique et neuropsychologique judiciaire, compte tenu des nouveaux éléments médicaux produits postérieurement à ladite expertise et en particulier dans le cadre du présent recours ; que, dans ces conditions, et afin de ne pas priver le recourant du double degré de juridiction (comp. arrêt du Tribunal administratif fédéral du 7 septembre 2009, D-4167/2006, consid. 7.9), il y a lieu d'annuler la décision entreprise et de renvoyer la cause à l'autorité inférieure, afin qu'elle complète le dossier en organisant une expertise pluridisciplinaire (psychiatrique, neurologique et neuropsychologique) auprès d'un centre d'observation médicale de l'AI (COMAI) ou du Bureau romand d'expertises médicales (BREM), expertise visant en particulier à déterminer si l'intéressé possède les ressources psychiques et les aptitudes cognitives nécessaires à la reprise d'une activité professionnelle (comp. arrêt du Tribunal fédéral du 11 mai 2006, I 387/05) ; que le recours étant partiellement admis, le recourant, assisté par un avocat, a droit à l'allocation de dépens, fixés en l'espèce à 2'500 fr. (art. 61 let. g LPG) ; que, conformément à l'art. 69 al. 1bis LAI, un émolument de 500 fr. est mis à la charge de l'intimé, qui succombe. **PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES** : Statuant A la forme : Déclare recevable le recours ; Au fond : L'admet partiellement et annule la décision de l'OCAI du 24 septembre 2009 ; Renvoie la cause audit office pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision ; Dit que l'intimé versera au recourant 2'500 fr. à titre de dépens ; Met un émolument de 500 fr. à la charge de l'OCAI ; 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 ; RS 173.110); 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 Irène PONCET Le président suppléant Jean-Louis BERARDI Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le

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