

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2325/2003

ATAS/6/2006

**ARRET**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**Chambre 6**

**du 9 janvier 2006**

En la cause

Monsieur R\_\_\_\_\_, comparant par Me Marc MATHEY-DORET en recourant  
l'étude duquel il élit domicile

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, rue de Lyon intimé  
97, Genève

**Siégeant : Madame Valérie MONTANI, Présidente, Mesdames Karine STECK et Isabelle  
DUBOIS, Juges.**

---

### EN FAIT

1. M. R\_\_\_\_\_, né le 14 décembre 1961, réfugié yougoslave, marié et père de deux enfants, travaillait depuis le 16 novembre 1994 au Musée X\_\_\_\_\_ en tant que commis administratif 2 (surveillant) et était assuré à ce titre contre les accidents auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : SUVA).
2. Le 24 avril 1995, l'assuré a glissé sur son lieu de travail dans l'escalier, a chuté sur la tête et perdu connaissance. A l'arrivée du cardiomobile, il est comateux, étendu par terre dans les escaliers (rapport de l'Hôpital Cantonal Universitaire de Genève - HUG - du 1<sup>er</sup> juillet 1996). Il a été transporté aux urgences des HUG. Diverses radiographies, dont un CT cérébral n'ont pas mis en évidence de lésions traumatiques. Il a quitté l'hôpital le même jour. Il a consulté ensuite le Dr A\_\_\_\_\_, lequel a attesté d'une incapacité totale de travail dès le jour de l'accident.
3. L'accident a été annoncé le 26 mai 1995 à la SUVA, laquelle a versé des prestations d'assurance à l'assuré.
4. Le 16 juin 1995, le Dr B\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie électroencéphalographie, a attesté avoir vu le patient le 15 juin 1995. Il souffrait d'une céphalée post-traumatique à laquelle s'ajoutait une composante tensionnelle liée peut-être à la situation professionnelle et politique. L'examen neurologique ne révélait pas d'anomalie significative et l'examen neuropsychologique ne montrait pas de déficit mais une difficulté pour le patient d'entrer dans toutes les consignes, une fatigabilité à l'examen.
5. Le 22 juillet 1995, le Dr A\_\_\_\_\_ a attesté de très violents maux de tête avec contracture réflexe de la colonne cervicale et de la région sus-capulaire droite. Des douleurs costales inférieures droites et des douleurs au niveau de la tête du péroné, ainsi qu'un status après commotion cérébrale, vertiges, nausées, acouphène. Le patient était en incapacité de travail totale depuis l'accident. Depuis celui-ci, l'amélioration n'était que très faible et le patient présentait toujours de très importantes céphalées, de violents vertiges, des acouphènes, des nuchalgies et des crampes de la mâchoire.
6. Depuis le 4 décembre 1995, l'assuré a été suivi par le Dr C\_\_\_\_\_ à Annemasse lequel a attesté de myoclonies cervicales qui pourraient expliquer les douleurs.
7. Depuis mai 1996, l'assuré a bénéficié de prestations de l'Hospice Général.

8. Du 2 au 20 décembre 1996, l'assuré a séjourné à la clinique de Bellikon. L'appréciation du consilium psychosomatique du 17 décembre 1996 signée par le Dr D \_\_\_\_\_, psychiatre, relève que "le patient ne présente pas de particularités sur le plan psychopathologique. Le vécu douloureux et l'intensité de la douleur sont naturellement difficiles à apprécier. Le patient présente un comportement nettement appellatif au niveau non verbal au début de l'entretien, ce comportement disparaît ensuite. Cela est probablement imputable à sa culture comme le sont également ses valeurs et ses attentes face à la vie. Par ailleurs, il donne l'impression d'être un intellectuel, également par rapport à ses descriptions différenciées. Je n'ai pas remarqué des inconsistances évidentes, dans la mesure où l'on admet qu'il existe des situations où des céphalées post-traumatiques sont relativement intenses et irrégulières. Une possible extension des symptômes est difficile à apprécier, souvent confuse. En tout cas, la situation n'est pas telle que l'on puisse parler d'une extension marquée des symptômes si l'on se base sur l'impression donnée pendant l'entretien". Le rapport de sortie mentionne la persistance d'un tableau avec céphalées et douleurs nucales ainsi que troubles vertigineux. Il n'y avait pas de trouble fonctionnel sur le plan neuropsychologique. Le patient présentait une très importante extension des symptômes et un manque de coopération. On pouvait supposer qu'il était à même d'effectuer des travaux légers à plein temps.
9. Le 13 janvier 1997, l'assuré a déposé une demande de prestations AI.
10. Par décision du 4 avril 1997, la SUVA a mis un terme à ses prestations au 13 avril 1997. Elle a rejeté l'opposition de l'assuré le 28 mai 1998.
11. Selon un rapport médical du Dr A \_\_\_\_\_ du 5 décembre 1997, l'assuré avait souffert en 1979 d'une tuberculose pulmonaire, d'une maladie de Basedow et d'une hyperthyroïdie en 1993. Il présentait actuellement des céphalées type migraineuses, de violents vertiges, des acouphènes, une raideur de la nuque, des crampes à la mâchoire, des douleurs dorso-thoraciques, des brachialgies, des lombalgies mal-systématisées et des fourmillements dans les deux membres inférieurs.
12. Le 24 février 1998, la consultation ambulatoire de rhumatologie des HUG a relevé que le patient présentait des rachialgies diffuses, dans un contexte post-traumatique, associées à des céphalées, vertiges et acouphènes. On avait l'impression de se trouver face à un syndrome douloureux chronique.
13. Saisi d'un recours de l'assuré contre la décision de la SUVA du 28 mai 1998, le Tribunal administratif a constaté le 10 novembre 1998 que le recours était devenu sans objet, la SUVA ayant décidé de reprendre l'instruction de la cause.
14. Le 23 août 1998, le Dr A \_\_\_\_\_ a attesté que l'assuré souffrait toujours de nombreuses séquelles de son accident.

15. Le 17 novembre 1998, le Dr E \_\_\_\_\_, médecin-conseil de l'OCAI, a déclaré qu'il n'y avait pas d'incapacité de travail dans le métier de l'assuré dès décembre 1996. Il s'agissait uniquement de plaintes subjectives. Il proposait une demande de renseignements complémentaires au Dr A \_\_\_\_\_.
16. Le 6 avril 2000, les Drs F \_\_\_\_\_ et G \_\_\_\_\_ du service de neurologie du centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) ont rendu à la demande de la SUVA un rapport d'expertise. Le patient avait présenté le 24 avril 1995 un traumatisme cranio cérébral mineur. Les différents examens pratiqués ne permettaient pas d'observer d'anomalie organique structurelle pouvant expliquer les différents symptômes du patient. Cinq ans après le traumatisme cranio-cérébral (TCC), la symptomatologie ne pouvait plus être considérée comme d'origine post-traumatique. Une prise en charge psychiatrique était proposée. Il n'y avait pas de cause organique influençant la capacité de travail de l'assuré qui semblait néanmoins compromise en relation avec la problématique socio-culturelle du patient. Une prise en charge psychiatrique pouvait améliorer l'état de santé.
17. Le 28 avril 2000, le Dr H \_\_\_\_\_, médecin associé au département de psychiatrie adulte de l'université de Lausanne, a rendu un rapport d'expertise à la demande de la SUVA. Il a posé le diagnostic de céphalées chroniques d'origine indéterminée, apparues le jour même de l'accident, d'état dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique – qui s'était installé progressivement après l'accident et était clairement réactionnel aux céphalées persistantes et à leurs conséquences – ainsi qu'une personnalité narcissique. L'assuré ne souffrait pas d'une affection psychique avant l'accident. La personnalité narcissique entretenait certainement pour une partie l'état dépressif. Celui-ci s'était développé en raison de la persistance de la symptomatologie douloureuse intense qui atteignait, de plus, les facultés de mémoire et de concentration. Il ne pouvait actuellement exercer aucune activité professionnelle et on ne pouvait attendre que les troubles psychiques s'amendent avec le temps.
18. Le 29 mai 2000, le Dr A \_\_\_\_\_ a attesté que la capacité de travail dans la profession exercée était nulle en raison de céphalées ainsi que dans une autre profession (raison illisible).
19. Le 5 septembre 2000, le Dr A \_\_\_\_\_ a relevé que l'état anxio-dépressif d'installation progressive en relation avec la persistance de céphalées, d'impossibilité de travailler dans cet état malgré différents traitements avait nécessité une prise en charge par le Dr I \_\_\_\_\_ qui le traitait pour "un état dépressif jugé moyen à sévère avec symptôme somatique et troubles d'adaptation" (crainte du bruit, du public) face à l'exacerbation de ses céphalées. Cette situation est d'un pronostic décrit comme défavorable. Ce status était la conséquence évidente de son accident du 24 avril 1995. Ce patient était connu de sa consultation

depuis le 9 décembre 1992; il ne s'était jamais plaint de céphalées ni de problèmes cervicaux.

20. Le 11 août 2000, la CNA a rendu une nouvelle décision par laquelle elle mettait un terme à ses prestations au 13 avril 1997. L'assuré y a fait opposition le 13 septembre 2000 et la CNA a rejeté l'opposition le 4 décembre 2000. L'assuré a recouru contre cette dernière décision le 2 mars 2001 au Tribunal administratif (A/206/2001), lequel a suspendu la cause dans l'attente du dossier AI, alors au COMAI.
21. Le 8 février 2001, le Dr A \_\_\_\_\_ a attesté d'une incapacité de travail totale depuis le 25 avril 1995. Il a relevé la présence de céphalées post-traumatique, de contractures cervicales réflexes et une limitation fonctionnelle sur translation latérale droite de C1 par rapport aux masses latérales de C2 (selon une radiographie de la colonne cervicale du 20 décembre 1999 effectuée par les Drs J \_\_\_\_\_ et K \_\_\_\_\_), un état dépressif récurrent, une perte de mémoire, des difficultés de concentration, des acouphènes intermittents et une lombosciatalgie du membre inférieur gauche. Son état le forçait à un isolement afin d'éviter les bruits exacerbant ses céphalées de base.
22. Le 30 décembre 2002, le COMAI a rendu un rapport d'expertise suite à l'examen du patient les 8, 10 et 15 avril 2002. Celui-ci se plaignait de céphalées en casque, de cervicalgies et de lombalgies. Tous les traitements essayés n'avaient jamais permis d'atténuer les douleurs d'une façon satisfaisante.

Les diagnostics étaient les suivants :

- avec influence essentielle sur la capacité de travail :

- Syndrome somatoforme douloureux persistant.
- Etat dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec somatisations.
- Possible personnalité narcissique.
- Hypothyroïdie secondaire à un traitement de maladie de Basedow.

- sans influence essentielle sur la capacité de travail :

- Malaise ou chute avec perte de connaissance le 25 avril 1995.
- Tuberculose pulmonaire traitée en 1979.
- Oesophagite peptique en 1992.

D'un point de vue rhumatologique, le Dr L \_\_\_\_\_ a relevé que l'appréciation de la capacité de travail restait difficile compte tenu que c'étaient les douleurs, phénomène subjectif non mesurable qui entraînaient de fortes limitations fonctionnelles, sans mise en évidence de lésion anatomique significative. D'un point de vue psychiatrique, la Dresse M \_\_\_\_\_ a diagnostiqué des céphalées

chroniques suite à un accident, un état dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique et une probable personnalité de type narcissique. Il y avait une incapacité totale de travail.

Dans l'appréciation du cas, les experts relèvent qu'il n'y a pas la certitude de l'existence d'un trouble crano cérébral (TCC) en 1995 mais que la nature et le mode d'installation des plaintes étaient très suggestifs de ce diagnostic. Aucune explication physio-pathologique n'avait pu être apportée pour expliquer la persistance des symptômes d'un syndrome post-commotionnel. Ceux-ci s'intégraient plus dans le cadre d'un trouble somatoforme douloureux persistant, voire d'un syndrome de majoration des symptômes (extension de la symptomatologie en « tache d'huile »). Ce tableau clinique était marqué par une discordance très importante entre les symptômes et les signes cliniques et paracliniques objectifs. Il n'était pas possible d'exclure totalement une part d'amplification volontaire des symptômes, motivée peut-être par la recherche d'une compensation financière à la suite de l'accident. On était en présence ici du diagnostic différentiel entre syndrome douloureux somatoforme persistant en majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques, ce dernier diagnostic incluant la névrose de compensation. La capacité de travail était de l'ordre de 50 % comme gardien de musée en raison des douleurs, de l'état dépressif et une hypothyroïdie imparfaitement substituée. Cette appréciation s'écartait de celle de la Dresse M\_\_\_\_\_ et du Dr H\_\_\_\_\_ pour lesquels l'incapacité de travail était totale. En effet, la prise en charge pourrait être optimisée d'un point de vue médical pour les troubles dépressifs (traitement minimum d'un an) et l'hypothyroïdie (traitement à vie) ce qui pourrait avoir un impact favorable, bien que partiel, sur les troubles de l'assuré. A l'évidence, le patient n'était pas compliant et ceci était clairement démontré par la non-détection d'amitryptiline lors du dosage sanguin effectué dans le cadre de l'expertise. Le patient était actuellement hypothyroïdien, ce qui voulait dire qu'il n'avait pas une substitution optimale. Un réentraînement au travail serait probablement nécessaire pour atteindre un taux de 50 % de travail. Une réévaluation de la situation devrait être effectuée après 2 ans. Il faut en effet que le traitement antidépresseur ait pu être instauré de façon efficace. Par ailleurs, si l'on devait entrer dans le cadre d'une névrose de compensation, le syndrome ne disparaît pas toujours rapidement même lorsque la revendication est satisfaite. Pour cette raison aussi, les experts ont estimé préférable de refaire une réévaluation après au moins deux ans.

23. Le 14 mars 2003, le Dr E\_\_\_\_\_ a rédigé une note suite à l'expertise du COMAI. Selon lui, l'assuré avait manifestement majoré ses plaintes dans un but évident. Il simulait des troubles de façon flagrante, trompait les experts et ne disait pas la vérité. Il fallait s'écarter des conclusions du COMAI qui ne prenaient pas en compte les discordances manifestes constatées, lesquelles entraient dans le cadre d'une simulation, dans le but évident d'obtenir une rente AI.

24. Par décision du 23 avril 2003, l'OCAI a rejeté la demande de l'assuré. Les troubles de santé de l'assuré n'atteignaient pas une intensité suffisante pour diminuer de manière significative sa capacité de travail et de gain. En outre, il n'avait pas soigné de manière adéquate l'affection psychique et les troubles thyroïdiens, contrairement à son obligation de diminuer le dommage. En conclusion, l'incapacité de gain n'était pas en relation de causalité avec l'atteinte à la santé.
25. Le 23 mai 2003, l'assuré a fait opposition à cette décision en relevant que contrairement à l'avis de l'OCAI, il ressortait du rapport COMAI que l'incapacité de gain était clairement en relation de causalité avec les différents diagnostics posés. Par ailleurs, le Dr L\_\_\_\_\_ avait estimé la capacité de travail du seul point de vue rhumatologique à 50 % et les psychiatres M\_\_\_\_\_ et H\_\_\_\_\_ à 0 %.
26. Le 31 octobre 2003, l'OCAI a rejeté l'opposition en relevant que l'assuré, bien que se considérant comme invalide, avait pu se marier en 1999 et avoir deux enfants nés en 1999 et 2000. Par ailleurs, il y avait selon les experts COMAI une discordance très importante entre les symptômes et les signes cliniques et paracliniques objectifs. Enfin, l'assuré ne prenait pas son traitement médicamenteux.
27. Le 4 décembre 2003, l'assuré a recouru auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales à l'encontre de la décision sur opposition de l'OCAI. En contradiction avec les appréciations des Drs L\_\_\_\_\_ et M\_\_\_\_\_, le rapport COMAI avait retenu que son accident était sans influence essentielle sur la capacité de travail alors même qu'il indiquait la date de l'accident comme point de départ de la réduction de la capacité de travail. Celle-ci était limitée à 50 % dès lors que plusieurs des critères posés par le TFA en matière de trouble somatoforme douloureux étaient remplis. Par ailleurs, la pharmacie Victoria lui avait délivré du Muxol à la place du Deroyat, cela le 7 avril 2002, soit la veille de l'expertise COMAI, ce qui expliquait le reproche de non-compliance.
28. Le 6 janvier 2004, l'OCAI a conclu au rejet du recours en se référant à sa décision sur opposition.
29. Le 29 janvier 2004, l'assuré a répliqué en relevant que l'OCAI ne répondait pas à ses arguments et n'expliquait pas pourquoi il se permettait de ne pas suivre l'expertise du COMAI. En particulier, il a soutenu qu'une dépression récurrente d'intensité moyenne constituait une affection à la santé d'une gravité suffisante pour justifier à elle seule une incapacité de travail.
30. Le 7 mars 2005, le Tribunal de céans a entendu le recourant en audience de comparution personnelle des parties à laquelle l'OCAI avait déclaré ne pas pouvoir assister.

---

Le recourant a déclaré : « Mon état de santé s'est plutôt empiré depuis l'expertise du COMAI. Les douleurs sont plus fréquentes. Je suis toujours suivi par le même médecin traitant, le Dr A\_\_\_\_\_. Je prends depuis l'accident plusieurs médicaments, soit des antalgiques (Tramal et Zildar) en alternance ainsi que du Temesta. J'explique la remarque du COMAI concernant le fait que je n'aurais pas suivi le traitement médicamenteux sérieusement par le fait que la veille de l'expertise je me suis rendu à la pharmacie pour chercher mes médicaments et qu'il m'a été remis un médicament laxatif à la place des antidépresseurs. J'ai pris ce médicament pendant 2 jours et c'est la pharmacie qui m'a téléphoné (cf. pièce 6, chargé recourant)

Je prends également des médicaments pour mon hypothyroïdie (l'eltroxine) depuis 4, 5 ans et de façon régulière, ainsi que des médicaments contre le cholestérol (sortis 20mg). Je suis obligé d'alterner les médicaments en raison de leur effet secondaire. Je conteste ne pas avoir suivi régulièrement un traitement médicamenteux.

J'ai été suivi par le Dr N\_\_\_\_\_, psychiatre, jusqu'à il y a une année. Actuellement c'est le Dr A\_\_\_\_\_ qui me prescrit les antidépresseurs prescrits antérieurement par le Dr N\_\_\_\_\_. J'ai arrêté le traitement car il ne me donnait pas satisfaction. Mon état ne s'était pas amélioré. Je pense que j'ai à nouveau besoin d'un traitement psychique.

A la maison je fais le strict minimum. Je regarde un peu la télévision, je n'arrive pas vraiment à lire car après un paragraphe l'écriture se brouille. Je sors un peu, je fais quelques promenades. Je suis séparé de mon épouse depuis octobre 2003. Je ne vois plus du tout mes enfants. Je n'ai plus envie de sortir. Il ne me reste que quelques amis que je vois de temps en temps. Petit à petit j'ai de moins en moins envie de vivre.

Les douleurs dont je souffre débutent à la tête et descendent dans le dos et dans tout le corps. La crise peut durer plusieurs heures. J'ai plusieurs crises par jour et également la nuit. Je n'ai pas trouvé ce qui les déclenchaient. Je prends des médicaments au moment des crises, cela les calme un peu, sinon je me pendrais ».

31. Le 11 avril 2005, le dossier complet de la CNA ainsi que le dossier du Tribunal administratif (cause A/206/2001) ont été versés à la procédure pendante devant le Tribunal de céans.
32. Informées par le Tribunal de céans de son intention d'ordonner deux expertises, l'une confiée au Dr O\_\_\_\_\_, l'autre au Dr P\_\_\_\_\_, les parties ont répondu qu'elles acceptaient les deux experts et n'avaient pas de remarques à formuler concernant les questions posées.

33. Par ordonnance du 25 avril 2005, le Tribunal de céans a confié une expertise psychiatrique au Dr O \_\_\_\_\_ et une expertise endocrinologique au Dr P \_\_\_\_\_. Il a relevé que ces expertises étaient nécessaires car le recourant avait établi que la pharmacie Victoria lui avait délivré le 7 avril 2002 un médicament laxatif (Muxol) en lieu et place du Deruxat prescrit par le Dr A \_\_\_\_\_ le 3 avril 2002. La constatation des experts selon laquelle le recourant ne suivait pas correctement son traitement médicamenteux était ainsi remise en cause par l'erreur précitée et on ne pouvait dans ces conditions faire ce reproche au recourant. A cet égard, cette constatation était importante car elle influait sur l'opinion que se faisaient les experts de l'assuré, ainsi que sur la possibilité d'amélioration de son état de santé si le traitement était correctement suivi. Par ailleurs, les experts du COMAI eux-mêmes suggéraient clairement qu'une réévaluation du cas soit effectuée deux ans plus tard, c'est-à-dire début 2005, afin de pouvoir évaluer l'impact d'un traitement médicamenteux sérieux ainsi que l'existence ou non d'une névrose de compensation. Enfin, le recourant avait expliqué en audience de comparution personnelle que son état de santé s'était plutôt aggravé depuis 2002 et qu'il souffrait quotidiennement ainsi que la nuit de crises de douleurs aiguës, débutant à la tête et s'étendant sur tout le corps, pouvant durer plusieurs heures. Par ailleurs, le recourant souffrait aussi de la maladie de Besedow dont les effets avaient été considérés par le COMAI comme ayant une influence sur la capacité de travail.

34. Le 20 juillet 2005, le Dr O \_\_\_\_\_ a rendu son expertise.

Il relève que l'assuré se plaint de maux de tête continuels, qu'il n'arrive pas à se concentrer et que sa mémoire est défaillante. Il n'a aucun plaisir dans la vie, s'isole et se retire socialement, se sent faible, sans énergie. Lorsqu'il a des maux de tête, il a l'impression d'avoir été battu sur la nuque. Pour lui, c'est de la torture d'avoir mal et de ne pas être cru.

Il prend du Remeron (antidépresseur), du Tramal ou du Zilder (antalgiques). Dans les constatations cliniques, l'expert rapporte que l'assuré est collaborant, répond volontiers aux questions, mais donne des réponses peu précises, évasives, parfois imagées. Il répond souvent comme si l'interlocuteur savait déjà, ou comme si son histoire, son vécu, son monde intérieur allaient de soi, ou devaient être connus et partagés par l'interlocuteur. Cette attitude, d'un côté distant, de l'autre comme s'il n'y avait pas de frontière claire, évoque une problématique structurelle des limites soi - non-soi. Sur le plan de l'humeur, l'expertisé est sombre, négatif, diminué. Les difficultés de mémoire paraissent liées à une incapacité d'investir la demande de l'interlocuteur ou la recherche de l'information, un peu comme une sorte de viscosité mentale. C'est comme si rien ne valait la peine, comme si tout était trop lourd, même cet effort mental de retrouver des souvenirs précis. L'expertisé ne se contredit pas et il ne semble pas faire exprès de ne pas savoir certaines dates, mais il est incapable de faire l'effort mental de retrouver l'information recherchée par un

détour du raisonnement (comme par exemple, l'âge de la première compagne, l'âge des filles, la date du mariage, etc qu'il ne savait pas retrouver, alors qu'il aurait suffisamment de repères chronologiques pour le faire). Une éventuelle atteinte directe de la mémoire ne peut être discriminée durant l'entretien clinique et nécessitera une investigation neuro-psychologique. Ce n'est pas tant sur le vif, mais dans un deuxième temps, à la réflexion de ce que l'expertisé a exprimé, que son attitude paradoxale et son discours contradictoire sur le plan affectif prennent toute leur dimension. L'assuré fournit des descriptions très positives de certains passages de sa vie et se montre positif à l'évocation de certains thèmes, alors qu'il ne fait qu'accumuler des échecs depuis l'âge de 25 ans.

A la demande de l'expert, Mme Dominique Q\_\_\_\_\_, spécialiste en psychologie clinique FSP, a examiné l'assuré, les 16 et 22 juin 2005. L'examen s'est déroulé en deux parties, parce que l'expertisé se montrait fatigable. Mme Q\_\_\_\_\_ a soumis l'expertisé à des épreuves projectives et à un examen neuropsychologique. Elle s'est trouvée face à un patient "*d'une grande bonne volonté*" et elle exclut une simulation (ce qui ressort d'ailleurs aussi des résultats des tests). Elle constate que l'expertisé est ralenti. Son examen projectif (Rorschach, TAT) met en évidence une organisation de personnalité du registre pré-psychotique. L'assuré se montre défensif, exprimant une forte crainte de l'intrusion qui se manifeste rapidement dans les thèmes évoquant le rapprochement. Il se défend par l'opposition passive contre l'angoisse d'intrusion de nature psychotique. L'évaluation neuropsychologique met en évidence des difficultés aux épreuves dites sensibles à une atteinte frontale (tendance à la persévération, difficultés d'organisation des tâches, et d'apprentissage), ainsi que des difficultés d'attention. Un test de logique pure (PM 38) est déficitaire, sans qu'il soit possible de savoir si ce déficit a toujours été présent ou s'il est la conséquence des difficultés d'organisation des tâches.

L'expert a relevé les diagnostics suivants selon la CIM-10 :

- Syndrome post-commotionnel F07.2.
- Trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen F33.1.
- Personnalité anxieuse (évitante) F60.6.

L'assuré subit manifestement un traumatisme cranio-cérébral, traumatisme qui engendre chez lui des symptômes séquellaires persistants tels qu'ils sont décrits dans la littérature. Le médecin traitant, qui bénéficie d'une vision longitudinale plus complète que les différents experts, décrit très clairement une cassure au moment de l'accident de son patient. Selon lui, il existe chez l'expertisé clairement un *avant* et un *après* le 25 avril 1995. Si l'état de l'expertisé n'évolue pas favorablement au fil des mois et des ans, il est possible qu'il existe des micro-lésions cérébrales ou cervicales qui ne peuvent pas être mis en évidence par les moyens techniques actuellement à notre disposition. En effet, les médecins du COMAI ont avancé le

chiffre de 15 % de syndromes post-commotionnels persistants. Cette proportion lui paraît pertinente. Il ne peut d'autre part pas exclure que l'assuré fasse partie de cette petite partie de gens ayant subi une commotion cérébrale qui n'évoluent pas favorablement. L'organisation de personnalité de l'expertisé, son fonctionnement pré-psychotique bancal, contribue cependant très certainement à l'absence d'amélioration au fil des ans. Sur le plan de l'économie psychique, l'assuré lutte de manière chronique pour ne pas perdre la maîtrise sur sa vie et sur son intégrité psychique déjà avant l'accident de 1995. Il a de la peine à nuancer et il vit selon un système binaire, tout ou rien, blanc ou noir, malade ou bien portant, présent ou absent. Les séquelles de l'accident semblent le décompenser et l'empêcher définitivement d'avoir le contrôle sur son avenir. L'état dépressif qui résulte probablement de l'épuisement de son système psychique de défense est reconnu unanimement par les médecins, psychiatres et non psychiatres, dès 2000. Il s'agit d'un état de sévérité moyenne qui entrave l'expertisé non seulement dans son élan vital et dans sa confiance en soi, mais aussi dans les performances de ses fonctions cognitives (mémoire, attention, concentration). Ce type d'état dépressif répondra certainement mal à un traitement antidépressif médicamenteux, comme les tentatives déjà entreprises le confirment.

L'association des troubles évoqués implique qu'il s'agit de troubles graves. Ils ont valeur de maladie non seulement parce qu'ils répondent aux critères de la classification internationale des maladies CIM-10, qui est un outil de référence en matière de diagnostic psychiatrique, mais aussi parce qu'ils créent cliniquement un dysfonctionnement psychique et physique considérable, associé à une souffrance subjective intense.

Il ne lui paraît pas pertinent de retenir un diagnostic de névrose de compensation (Majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques F68.0 selon CIM-10) dans ce cas. L'assuré présente des symptômes intenses dès le début de la maladie avec une grande constance. Il ne peut pas affirmer que la symptomatologie exprimée ne soit pas réelle. De plus, l'expertisé présente un état dépressif de sévérité moyenne au moins depuis avril 2000 (selon l'observation clinique à l'occasion de l'examen du Dr H \_\_\_\_\_) et il souffre de toute évidence d'un trouble de la personnalité, présent depuis l'adolescence et décompensé probablement depuis l'accident de 1995.

Il ne retient pas un diagnostic de trouble somatoforme douloureux parce que les diagnostics exprimés ci-dessus sont plus précis et correspondent mieux à l'anamnèse et à la clinique de cette situation qu'un diagnostic "par défaut" qu'est le diagnostic de trouble somatoforme douloureux.

Il n'existe fondamentalement pas de traitement au syndrome post-commotionnel persistant. Le trouble dépressif est adéquatement traité par le Remeron 30 mg par jour. Un autre produit anti-dépresseur pourrait avoir un effet supérieur, mais il n'est

pas possible d'en être certain ni de prédire lequel. Certains produits antidépresseurs n'ont pas eu d'effet concluant chez l'expertisé (Deroxat et Tryptizol).

A ses yeux, cette personne est totalement incapable d'exercer une activité lucrative quelle qu'elle soit. Le syndrome post-commotionnel et le trouble dépressif impliquent une atteinte considérable des fonctions cognitives. Les douleurs chroniques et l'humeur dépressive ne permettraient pas que l'assuré occupe un poste sur une durée utile, avec régularité (même au rythme d'une heure par jour par exemple). L'activité de gardien de musée, à temps partiel, n'est pas exigible, dans la mesure où il est attendu d'un gardien qu'il puisse intervenir efficacement en cas de besoin. Il précise, d'autre part, que l'assuré a eu son accident dans le cadre de travaux de nettoyage et qu'il y a lieu de ne pas amputer de sa diversité un emploi de gardien pour ne retenir que l'aspect le plus léger.

Ses réponses auraient été identiques en octobre 2003. L'évolution de l'assuré depuis l'accident est caractérisée par l'absence d'évolution, voire une aggravation au fil du temps. Il ne peut pas affirmer avec certitude qu'il présentait en octobre 2003 les atteintes cognitives constatées actuellement par la psychologue, mais cela paraît très probable.

Depuis l'expertise du COMAI, l'expertisé s'est encore isolé socialement et son état dépressif paraît encore plus figé et chronifié. L'état de santé s'est légèrement détérioré depuis l'expertise du COMAI, si l'on prend comme référence les indications fournies par la consultante psychiatre, la Doctoresse Z\_\_\_\_\_. L'assuré est actuellement plus sombre, plus isolé, plus démuni, fatigué et fatigable, sans aucun élan vital, sans aucun projet.

35. Le 5 septembre 2005, le Dr P\_\_\_\_\_ a rendu son expertise.

Il relève que l'assuré souffre d'une hypothyroïdie survenue après un traitement de la maladie de Basedow, soit de la L-Thyroxine, une hormone thyroïdienne de synthèse. Dans l'état actuel des choses l'assuré semble cliniquement parfaitement euthyroïdien et donc bien substitué et de fait cette maladie (hypothyroïdie adéquatement substituée) ne devrait avoir aucun retentissement sur sa capacité de travail de l'assuré. Il n'y a ni à l'anamnèse ni à l'examen physique de signe ou de symptômes compatibles avec une autre affection endocrinologique. En tenant compte uniquement de l'affection endocrinologique (encore une fois tout à fait normalement compensée par le traitement de substitution) la capacité de travail de l'assuré dans son ancienne activité de gardien de musée devrait être de 100 %. Avec le même raisonnement que ci-dessus, l'assuré (en ne tenant compte donc que de cette affection endocrinologique), devrait disposer d'une capacité de travail de 100 % dans n'importe quelle autre activité. Cette capacité de travail n'a de fait aucune raison d'être modifiée puisque l'assuré semble se soumettre de manière tout à fait adéquate à son traitement de substitution. L'importance de la régularité de cette

prise du traitement de substitution par la L-Thyroxine a par ailleurs longuement été expliquée au patient. Au vu de ce qui précède et du fait que le traitement est adéquat et vraisemblablement bien suivi depuis février 2003, la situation n'a donc d'un point de vue endocrinologique pas évolué depuis décembre 2003.

36. Le 21 septembre 2005, le recourant a relevé qu'il subissait, selon l'expertise du Dr O \_\_\_\_\_, une incapacité totale de travail dans toute activité, ce qui lui donnait droit à une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> avril 1996.
37. Le 12 octobre 2005, l'OCAI a conclu au rejet du recours en estimant que l'expertise du Dr O \_\_\_\_\_ ne remplissait pas les conditions pour que lui soit accordée pleine valeur probante. Il s'est fondé pour cela sur un avis médical du Dr E \_\_\_\_\_ du 11 octobre 2005 relevant les éléments suivants:

L'assuré se plaint actuellement que de céphalées, avec des difficultés de concentration et plus de cervicalgies et lombalgies. L'état dépressif restait moyen depuis l'expertise du COMAI alors même que l'assuré s'était séparé de son épouse et de ses enfants. Le Dr O \_\_\_\_\_, lorsqu'il reprend l'anamnèse, fait des commentaires sur les diverses observations et les critiques (ex. p. 5 mise en doute par le COMAI d'un syndrome post-commotionnel, ex. p. 6 avec la présence du mot "curieusement") comme s'il avait un parti pris avant même d'avoir examiné l'assuré. S'il devait réfuter certains aspects, cette démarche aurait du se situer au niveau de la discussion. L'expert relate aussi les discordances entre les données de l'assuré et la réalité (ex. évocation d'avoir "toujours travaillé" p. 8) tout en indiquant (p 11) que "l'expertisé ne se contredit pas" ! De plus, malgré l'évocation de troubles de la mémoire ("mémoire défaillante" selon l'assuré), celui-ci parle d'éléments précis et peut décrire correctement ses plaintes, sa famille, son traitement (voir Anamnèse familiale et Antécédents personnels, voir aussi les déclarations de l'assuré au Tribunal le 7.3.2005). Du reste, l'expert reconnaît qu'une "éventuelle atteinte directe de la mémoire ne peut être discriminée durant l'entretien clinique", donc rien n'est certain. De plus, l'expert rappelle (p. 12) "l'attitude paradoxale et (le) discours contradictoire" de l'assuré. Donc le Dr O \_\_\_\_\_ n'est pas clair sur ce point ou voulait-il dire autre chose ? L'expert ne précise pas quelle est la médication actuelle; on sait par le Dr S \_\_\_\_\_ que l'assuré consommait en mars 2005 des doses importantes de benzodiazépines qui sont des tranquillisants. Sous quelle médication se trouvait l'assuré lors de cette expertise ? Cela peut avoir une réelle conséquence dans les troubles présentés (sur l'attention, la mémoire). Cette lacune d'information aurait pu être palliée par un dosage sanguin, mais actuellement on ne peut plus rattraper la situation.

Il fallait savoir qu'un test de Rorschach était actuellement abandonné dans les expertises psychiatriques du fait que le contexte apportait un biais aux résultats.

---

Alors que le Dr O \_\_\_\_\_ parle de syndrome post-commotionnel, le COMAI avait aussi retenu le diagnostic de perte de connaissance, mais avait estimé qu'il était sans conséquences sur la capacité de travail. Hormis les céphalées et les difficultés de concentration et de la mémoire, les autres symptômes présents habituellement dans le syndrome post-commotionnel ne sont pas évoqués (vertiges, irritabilité, fatigue, insomnie) mais il faut aussi savoir que les troubles de la concentration et de la mémoire peuvent aussi relever de l'état dépressif. Lors de l'expertise COMAI, en plus des céphalées, les plaintes douloureuses principales portaient essentiellement sur le rachis (cervical et lombaire) avec un "impact considérable...vécues comme extrêmement inquiétantes et occupant l'essentiel de l'attention du patient". Au contraire, dans l'expertise du Dr O \_\_\_\_\_, il s'avère qu'il n'y a plus aucune plainte signalée à ce niveau. Ceci démontrerait qu'au moins dans ce domaine il y a eu une amélioration certaine puisque c'était un élément primordial. C'est un fait nouveau dont il faut tenir compte. A signaler que l'expert n'a pas fait mention de cette modification de l'état de santé (et il n'a donc pas répondu à la question n. du mandat). Concernant l'estimation de la capacité de travail résiduelle, avec un état douloureux extrême du rachis, la présence de troubles liés au traumatisme crânien et avec la même gravité de l'état dépressif, le COMAI estimait possible une activité à 50 %; mais malgré cette amélioration notable, le Dr O \_\_\_\_\_ l'estime à 0 %. En conclusion, la présence de contradictions et d'omissions font que la valeur probante de l'expertise du Dr O \_\_\_\_\_ doit être remise en question.

Enfin, l'OCAI a requis la production de l'ensemble des tests neuropsychologiques effectués. L'OCAI a conclu qu'il fallait en conséquence se fonder sur les expertises des Dr P \_\_\_\_\_ et du COMAI et nier, du point de vue juridique, qu'une mise en valeur de la capacité de travail du recourant ne puisse pratiquement plus raisonnablement être exigée.

38. Le 21 novembre 2005, le Tribunal de céans a entendu le Dr O \_\_\_\_\_, comme témoin, en présence des parties et du Dr E \_\_\_\_\_.

Le Dr O \_\_\_\_\_ a déclaré que le diagnostic de syndrome post-commotionnel a été établi sur la base de céphalées persistantes mais aussi d'autres symptômes, soit : la fatigue, l'irritabilité, les difficultés de concentration, l'altération de la mémoire et la difficulté à accomplir les tâches mentales. "Pour moi, les médecins du COMAI disent que de façon générale il n'y a pas d'explication physiopathologique au syndrome post-commotionnel, ce avec quoi je suis d'accord. En revanche, je me suis écarté de leur avis car il mettait en doute l'existence même du syndrome chez l'assuré alors que selon les circonstances décrites, notamment par la SUVA, tout porte à croire qu'un traumatisme cranéo-traumatoire s'est bien produit. Pour moi, il y a un lien de causalité évident entre le syndrome post-commotionnel et l'accident. Je remarque que le COMAI admet que dans 15 à 20 % des cas le syndrome peut être persistant, ce qui est exactement le cas de l'assuré. Les médecins du CHUV ne

retiennent pas le diagnostic des syndromes post-commotionnels mais remarquent que le tableau clinique est très suggestif d'un tel syndrome. Pour moi il y a effectivement un diagnostic psychiatrique à côté du diagnostic du syndrome post-commotionnel.

Par définition le trouble somatoforme douloureux (TSD) n'est pas objectivable. Dès qu'il y a une explication médicale à la douleur on doit écarter l'existence d'un TSD. C'est le cas de l'assuré puisqu'il a été victime d'un TCC, expliquant les douleurs. Mon expérience clinique m'a guidé pour exclure dans le cas d'espèce une amplification volontaire des symptômes. Un test effectué par la psychologue a également permis de démontrer qu'il n'y avait pas d'amplification de la part de l'assuré. S'agissant du discours contradictoire de l'assuré que j'ai mentionné, je précise que lors de notre entretien l'expertisé ne s'est pas contredit. J'ai mentionné malencontreusement le mot contradictoire mais il s'agit en réalité d'un discours discordant avec la réalité, que j'attribue au trouble de la personnalité anxieuse évitante. Ce discours discordant est pour moi typiquement l'expression de la maladie elle-même. L'aspect évitant de la personnalité anxieuse fait que la personne évite les situations difficiles de la vie. Par exemple le fait que l'assuré a bien surmonté la séparation avec son épouse et ses enfants est un symptôme de cette personnalité évitante. Ce trouble de la personnalité est un facteur de risque, c'est une faiblesse psychologique qui fait que la personne réagira plus fortement à certaines difficultés de la vie. Ce trouble a toujours existé chez l'assuré. Le syndrome post-commotionnel et l'état dépressif ont décompensé l'équilibre intérieur.

L'assuré s'est plaint de cervicalgies. Il a notamment relaté qu'en se réveillant le matin il avait l'impression que sa nuque avait été battue. Je n'ai pas le souvenir qu'il se soit plaint de lombalgies. A mon avis il n'y a pas eu amélioration de l'état de santé mais mon expertise étant psychiatrique je n'ai pas creusé l'aspect psychomoteur. Pour l'assuré il était difficile de s'occuper de ses enfants. Selon moi il a été soulagé de ne plus porter ce poids-là. La personnalité anxieuse évitante a fait que l'assuré a trouvé une solution à ses problèmes dans la séparation et qu'il n'est pas tombé en grave dépression. Par ailleurs, je précise que l'état dépressif moyen contient une marge qui fait qu'une personne peut se situer au début de la catégorie moyen ou à la fin. Le test de Rorschach a été effectué par la psychologue, il sert à mettre en évidence des mécanismes de défense. Il est difficile à manipuler de la part de la personne testée. Pour moi c'est un précieux outil clinique. En l'espèce, il a permis de mettre en évidence une personnalité très prépsychotique de l'assuré correspondant au trouble de la personnalité anxieuse évitante. C'est une autre approche qui a permis de confirmer le diagnostic que j'avais moi-même posé. Sur le plan médicamenteux, l'assuré prenait au moment de l'expertise du Remeron (psychotrope) du Tramal et du Zildar ou Migraler (antidouleurs). Le Remeron avait remplacé la prise antérieure de benzodiazépine qui avait eu lieu jusqu'en mars 2005.

Je suis convaincu qu'aucun médicament n'a pu avoir une influence sur les troubles de l'attention et de la mémoire qui ont été constatés.

Les renseignements donnés par l'assuré n'étaient pas précis, notamment sur sa famille et sur le traitement qu'il prenait. Par exemple il ne se rappelait plus le dosage du Remeron. Je ne crois pas que l'on puisse dire qu'il se rappelait avec précision de son traitement. Lorsque je rédige mon rapport, j'ai déjà fait tout le travail et mes conclusions sont claires. Je cherche donc à motiver mon point de vue déjà au stade de l'anamnèse. Je souligne donc les faits qui me paraissent les plus pertinents. Pour moi il n'y a pas d'activité adaptée en fonction des troubles constatés. Les fonctions cognitives sont utiles dans tout emploi et elles sont atteintes chez l'assuré, de façon importante. C'est pour cette raison qu'aucun emploi n'est envisageable pour l'assuré. Il y a un enchevêtrement entre les diagnostics constatés ce qui entraîne l'incapacité totale de travail. S'agissant du COMAI je constate que la psychiatre arrive aussi à la conclusion qu'il existe une incapacité totale de travail. L'expertise conclut quant à elle à une incapacité de 50 % moyennant toutefois la mise en place de réadaptation au travail. Mon avis n'est donc pas si différent de celui du COMAI, sous réserve que selon moi la situation est définitivement bloquée et que des mesures de réadaptation sont vaines. Le diagnostic de prépsychotique est pertinent en l'espèce mais il n'est pas utilisé dans le diagnostic car il n'est pas existant dans la CIM10. Il s'agit d'une terminologie d'ordre psychanalytique. La personnalité anxieuse évitante correspond bien à un trouble prépsychotique".

Le Dr E\_\_\_\_\_ a relevé que le terme de prépsychotique a une connotation plus grave que celui de personnalité anxieuse évitante. En conséquence il faut faire attention à la manière dont on utilise ce test.

39. Selon la demande de l'OCAI, le Tribunal de céans a requis de Mme Q\_\_\_\_\_ l'ensemble des documents relatifs à l'examen psychologique de l'assuré, lesquels lui ont été remis le 28 novembre 2005 et transmis aux parties le 29 novembre 2005.
40. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

### **EN DROIT**

1. Par ordonnance du 25 avril 2005, le Tribunal de céans a déclaré le recours recevable et constaté que le cas d'espèce restait régi par la loi fédérale sur l'assurance invalidité du 19 juin 1959 (LAI) en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002, sous réserve des règles de procédure de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA), applicables immédiatement.

2. Selon l'art. 4 al. 1<sup>er</sup> LAI, l'invalidité au sens de la présente loi est la diminution de la capacité de gain, présumée permanente ou de longue durée, qui résulte d'une atteinte à la santé physique, ou mentale provenant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'alinéa 2 précise que l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération.

Le droit à la rente est déterminé par l'art. 28 al. 1<sup>er</sup> LAI qui dispose que l'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 pour cent au moins. La rente est entière pour une invalidité de 66 2/3 % au moins, elle est d'une demie pour une invalidité de 50 % au moins et d'un quart pour une invalidité de 40 % au moins, en vertu du deuxième alinéa.

Selon l'art. 29 LAI, le droit à la rente au sens de l'art. 28 prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle :

- a. L'assuré présente une incapacité de gain durable de 40 pour cent au moins, ou
- b. L'assuré a présent, en moyenne, une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable (al. 1).

La rente est allouée dès le début du mois au cours duquel le droit à la rente a pris naissance, mais au plus tôt dès le mois qui suit le dix-huitième anniversaire de l'assuré (al. 2, 1<sup>ère</sup> phrase).

3. En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, le Tribunal fédéral des assurances a, dans un arrêt ATF 127 V 294, précisé sa jurisprudence relative aux atteintes à la santé psychique. Ainsi, les facteurs psychosociaux ou socioculturels ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels ; il faut au contraire que ce tableau comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le

champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 299 consid. 5a in fine ; VSI 2000 p. 155 consid. 3).

4. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un diagnostic médical pertinent soit posé par un spécialiste et que soit mise en évidence une diminution importante de la capacité de travail (et de gain) (ATF 127 V 299). Ainsi, 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).

Selon la jurisprudence et la doctrine, l'autorité administrative ou le juge ne doit considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (Kummer, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4<sup>ème</sup> édition Berne 1984, p. 136 ; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2<sup>ème</sup> édition, p. 278 ch. 5). Dans le domaine des assurances sociales, le juge 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. 5 let. b 125 V 195 consid. ch. 2 et les références).

En ce qui concerne, la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références).

En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, a fortiori judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice ou de l'administration 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 contienne des contradictions, ou qu'une sur expertise 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).

En effet, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, l'administration est tenue d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure. En particulier, elle doit mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 K 646 p. 240 consid. 4). En revanche, 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).

5. En l'espèce, c'est en application des principes précités que le Tribunal de céans a requis une instruction complémentaire sous la forme de deux expertises judiciaires, l'une psychiatrique et l'autre endocrinologique.

L'intimé admet la valeur probante de l'expertise du Dr P \_\_\_\_\_ mais conteste celle du Dr O \_\_\_\_\_ en émettant une série de critiques précises qu'il convient d'examiner ci-après, en relevant préalablement que l'expertise endocrinologique remplit effectivement les critères jurisprudentiels pour que lui soit reconnue une pleine valeur probante et que le recourant ne subit, du point de vue endocrinologique, aucune incapacité de travail.

6. Le Tribunal de céans constate que l'expertise du Dr O \_\_\_\_\_ se fonde sur deux entretiens avec l'expertisé, sur l'ensemble du dossier médical ainsi que sur un entretien avec les Dr A \_\_\_\_\_ ET S \_\_\_\_\_. Le rapport tient compte des plaintes exprimées par le recourant ainsi que des avis médicaux antérieurs. Il a été

établi en pleine connaissance de l'anamnèse et comprend des conclusions dûment motivées.

En ce sens, il répond aux critères jurisprudentiels pour que lui soit reconnu une pleine valeur probante. Reste à examiner si les critiques précises émises par l'intimé à l'encontre de cette expertise sont de nature à remettre en cause la qualité de celle-ci.

7. a. Préalablement, l'expert a expliqué que lorsqu'il rédigeait son rapport, ses conclusions étaient claires et il motivait déjà son point de vue au stade de l'anamnèse en soulignant les faits qui lui paraissaient les plus pertinents, répondant ainsi à la critique de l'intimé sur le "parti pris" de son expertise, cette critique doit donc être considérée comme non fondée.

b. L'intimé relève que l'état de santé du recourant se serait amélioré dès lors qu'il ne se serait plus plaint de cervicalgies et de lombalgies. Or, l'expert a précisé en audience d'enquête que l'assuré s'était plaint de cervicalgies en déclarant que le matin il avait l'impression que sa nuque avait été battue. Il n'avait pas, à son souvenir, mentionné des lombalgies. Toutefois, il n'y avait pas eu, selon lui, amélioration de l'état de santé bien que son expertise ne traitât pas l'aspect psychomoteur.

A cet égard, il y a lieu de relever que les lombalgies sont mentionnées dans la description des plaintes actuelles de l'expertise du COMAI comme "nettement au deuxième plan" (rapport COMAI p. 9). Elles n'ont d'ailleurs pas fait l'objet d'investigation complémentaire par l'expert rhumatologue, contrairement aux cervicalgies, lesquelles ont donné lieu à un examen radiologique le 8 avril 2002 (rapport COMAI p. 14). Par ailleurs, l'expertise psychiatrique de par sa nature, ne s'est pas concentrée comme l'a relevé l'expert, sur tous les aspects psychomoteurs, de telle façon qu'on ne saurait admettre que l'état de santé de l'assuré s'est amélioré du fait que l'expert a posé le diagnostic de syndrome post-commotionnel établi sur la base de céphalées persistantes, fatigue, irritabilité, difficultés de concentration, altération de la mémoire et difficulté à accomplir les tâches mentales sans mentionner de lombalgies.

c. S'agissant du diagnostic de syndrome post-commotionnel (F 07.2), l'intimé semble contester dans son écriture du 12 octobre 2005 l'existence même de ce syndrome. Or, lors de l'audience d'enquête, le Dr E\_\_\_\_\_ s'est borné à relever qu'il n'avait pas analysé l'existence ou non d'un TCC, dès lors que la question de la causalité ne lui était pas soumise. En toute hypothèse, l'on constate que, comme l'a relevé l'expert, les circonstances de la perte de connaissance du recourant et les constatations médicales effectuées ensuite conduisent à admettre un traumatisme cérébral avec perte de conscience certain. En effet, les constatations du COMAI sur lesquelles se fonde l'intimé ne sont pas probantes dans la mesure où elles mettent en

doute l'existence d'un TCC, contrairement à tous les autres avis médicaux (médecin traitant, médecin des HUG, Drs B \_\_\_\_\_, H \_\_\_\_\_, C \_\_\_\_\_, T \_\_\_\_\_, G \_\_\_\_\_, O \_\_\_\_\_) dont, en particulier ceux sur lesquels se fonde la décision de la SUVA de verser des prestations en raison d'un syndrome post-commotionnel jusqu'au 13 avril 1997. En conséquence, il y a lieu de considérer que le diagnostic de syndrome post-commotionnel (F. 07.2) est convaincant.

d. S'agissant de l'état dépressif qui aurait dû, selon l'intimé, s'aggraver en raison de la séparation du recourant avec son épouse, alors que cela n'a pas été le cas, l'expert a expliqué de façon convaincante que la personnalité anxieuse évitante du recourant avait permis à celui-ci de trouver une solution à ses problèmes dans la séparation, et de lui éviter la survenance d'une grave dépression.

e. L'expert a précisé ensuite qu'il avait mentionné malencontreusement le mot "contradictoire" en parlant de discours de l'assuré. Lors de l'entretien, ce dernier ne s'était pas contredit mais avait tenu un discours discordant, typique de la maladie elle-même, soit le trouble de la personnalité anxieuse évitante. Au vu de cette explication, il n'y a pas lieu de retenir que le recourant a présenté un discours contradictoire. Quant aux troubles de la mémoire, l'expert a relevé que les renseignements donnés par le recourant sur la famille et sur son traitement n'étaient pas précis et qu'il était convaincu qu'aucun médicament n'avait eu une influence sur ces troubles. Notamment le Remeron avait remplacé la prise antérieure de benzodiazépine administrée jusqu'en mars 2005, ce qui exclut contrairement à l'avis de l'intimé, que cette substance ait pu influencer les troubles de la mémoire et de l'attention. De surcroît, les difficultés d'attention, d'organisation des tâches et d'apprentissage ont été mises en évidence par l'expert sur la base de l'évaluation neuropsychologique de Mme Q \_\_\_\_\_ dont tous les documents liés à ladite évaluation ont été versés au dossier. Il y a donc lieu d'admettre l'existence de troubles de la mémoire et de l'attention, troubles qui avaient d'ailleurs été constatés également par le Dr H \_\_\_\_\_ le 28 avril 2000.

f. Concernant le test de Rorschach, le Dr E \_\_\_\_\_ s'est borné en audience d'enquête à relever qu'il n'est pas validé lors des expertises et que le terme de prépsychotique établi à la suite dudit test a une connotation plus "grave" que celui de personnalité anxieuse évitante. Or, l'expert a relevé que ce test était un précieux outil clinique, une autre approche qui avait permis de confirmer le diagnostic qu'il avait lui-même posé et que la personnalité anxieuse évitante correspondait bien à un trouble psychotique mais que cette terminologie n'existait pas dans la CIM10. Dès lors que ce test n'a fait que confirmer le diagnostic de l'expert, il n'a en toute hypothèse pas lieu de l'écarter. Par ailleurs, on ne voit pas en quoi le fait qu'il aboutirait à constater l'existence d'un trouble prépsychotique ayant une connotation "grave" selon le Dr E \_\_\_\_\_ permettrait, sur cette seule base, de le mettre en doute.

g. Enfin, l'expert a écarté de façon motivée le diagnostic de personnalité narcissique (cf. rapport Dr H \_\_\_\_\_) pour établir celui de personnalité anxieuse évitante, lequel constituait un facteur de mauvais pronostic au regard de la capacité de travail. Selon l'expert, l'assuré fait partie des victimes d'un TCC qui n'évoluent pas favorablement, (soit 15 % des cas en référence aux chiffres attestés par les experts du COMAI) et dont le fonctionnement prépsychotique contribue à l'absence d'amélioration. Le trouble de la personnalité, présent depuis l'adolescence, avait été décompensé par l'accident. L'expert a pu exclure une majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F 68.0) de part son expérience clinique et l'examen de Mme Q \_\_\_\_\_, ainsi que l'existence du trouble somatoforme douloureux, en l'expliquant de façon convaincante. Dès lors qu'il n'y a pas d'autre traitement à proposer, et que les douleurs chroniques et l'humeur dépressive impliquent une atteinte considérable des fonctions cognitives, une incapacité de travail totale est constatée.

A cet égard, l'expert a précisé que l'importance de l'atteinte des fonctions cognitives entraînait une incapacité de travail dans tout emploi. La situation était définitivement bloquée et des mesures de réadaptation étaient vaines. Enfin, il est à relever que l'expert n'a pas fait état de facteurs psychosociaux ou sociaux-culturels qui interviendraient de façon déterminante dans l'incapacité de travail et dont il est à rappeler qu'ils ne sont pas du ressort de l'assurance-invalidité (consid. 3 supra).

8. a. Au vu de ce qui précède, il y a lieu de constater que les critiques émises par l'intimé ne sont pas propre à remettre en cause la valeur probante de l'expertise judiciaire du Dr O \_\_\_\_\_.

b. En conséquence, le recourant doit être considéré comme totalement incapable de travailler et cela de façon durable dès le 24 avril 1995.

Il a dès lors droit à une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> avril 1996, soit à l'échéance d'une incapacité de travail d'un an, étant par ailleurs constaté que sa demande de prestations n'est pas tardive puisque déposée le 13 janvier 1997 (art. 48 al. 2 LAI).

9. Le recours sera admis et la décision sur opposition de l'intimé annulée. Il sera constaté que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité et une indemnité de fr. 2'000.- lui sera allouée à charge de l'OCAI.

**PAR CES MOTIFS,  
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

**Statuant**

**(conformément à la disposition transitoire de l'art. 162 LOJ)**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet.
3. Annule la décision sur opposition de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité du 31 octobre 2003.
4. Dit que M. R\_\_\_\_\_ a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> avril 1996.
5. Condamne l'intimé à verser à M. R\_\_\_\_\_ une indemnité de fr. 2'000.-.
6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par pli recommandé adressé au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE, en trois exemplaires. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire doit : a) indiquer exactement quelle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée; b) exposer pour quels motifs il estime pouvoir demander cette autre décision; c) porter sa signature ou celle de son représentant. Si le mémoire ne contient pas les trois éléments énumérés sous lettres a) b) et c) ci-dessus, le Tribunal fédéral des assurances ne pourra pas entrer en matière sur le recours qu'il devra déclarer irrecevable. Le mémoire de recours mentionnera encore les moyens de preuve, qui seront joints, ainsi que la décision attaquée et l'enveloppe dans laquelle elle a été expédiée au recourant (art. 132, 106 et 108 OJ).

La greffière :

Nancy BISIN

La Présidente :

Valérie MONTANI

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le