

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3356/2007 AI

ATAS/746/2008

**ORDONNANCE D'EXPERTISE**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**du 24 juin 2008**

**Chambre 5**

En la cause

M. M\_\_\_\_\_, domicilié à GENEVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Jean-Bernard WAEBER      recourant

contre

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

---

**Siégeant : Maya CRAMER, Présidente.**

---

## EN FAIT

1. Monsieur M\_\_\_\_\_, est père de quatre enfants dont les derniers sont nés en 1991 et en 1996. Après avoir travaillé en tant qu'employé d'entretien pendant 27 ans pour X\_\_\_\_\_ SA, il a été licencié en 2004.
2. Dès le 15 octobre 2004, une incapacité de travail totale est attestée pour raisons psychiatriques. De ce fait, l'intéressé a touché des indemnités journalières de l'assureur perte de gain en cas de maladie de l'employeur jusqu'à fin 2006.
3. Selon le rapport du 5 janvier 2005 de la Dresse A\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne, l'assuré souffre d'un état dépressif réactionnel à un licenciement avec un état anxieux important et somatisations multiples.
4. Le 2 avril 2005, le Dr B\_\_\_\_\_, psychiatre, a attesté, à l'attention de l'assureur perte de gain, que l'évolution du patient n'était pas bonne. Il présentait les symptômes suivants : état anxieux dépressif, trouble de sommeil, manque de concentration, troubles de la mémoire, tristesse, angoisses et désorientation dans l'espace. Il prenait un traitement antidépresseur et anxiolytique médicamenteux et était suivi d'une manière régulière à raison d'une fois par semaine par ce psychiatre.
5. Par demande reçue le 25 novembre 2005, l'intéressé a requis des prestations de l'assurance-invalidité.
6. Selon le rapport du 23 janvier 2006 du Dr B\_\_\_\_\_, l'assuré souffre d'un état anxieux dépressif mixte. Dans l'anamnèse, ce médecin a mentionné que son patient s'était remarié après le décès de sa première femme d'un cancer. A la suite de son licenciement, il a développé des symptômes anxieux dépressifs. Dans les plaintes subjectives, le Dr B\_\_\_\_\_ a fait état de troubles du sommeil, d'une fatigue morale et physique, d'un état de stress, d'angoisses, de tristesse, d'un manque d'envie de faire les tâches quotidiennes et de concentration, de troubles de la mémoire et de désespoir. Dans le questionnaire complémentaire pour des troubles psychiques, il a indiqué que des particularités comportementales de nature sociale influençaient grandement l'affection actuelle. Il n'y avait pas de divergence d'opinion entre les propositions thérapeutiques formulées par ses médecins et l'assuré sur le traitement proposé. Les troubles ne disparaîtraient pas si les circonstances se modifiaient. Ils étaient réactionnels à des événements de vie adverses. Enfin, ce médecin a attesté que l'incapacité de travail était due à des affections mentales uniquement.

7. A la demande de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OCAI), le Dr C \_\_\_\_\_, psychiatre, a procédé à une expertise de l'assuré. Dans son rapport du 29 janvier 2007, il n'a retenu aucun diagnostic psychiatrique dans une classification reconnue. A titre de diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail, il a mentionné une production intentionnelle ou simulation de symptômes ou d'une incapacité, soit physique soit physiologiques (trouble factice). Il a par ailleurs soupçonné un alcoolisme. Dans l'appréciation du cas et pronostic, il a relevé que l'expertisé présentait des traits de personnalité hypocondriaque et histrionique qui pouvaient générer une maximisation de toute symptomatologie paraissant anodine chez tout un chacun. De façon inconsciente, il avait développé une phénoménologie de rumination le contraignant en partie à maximiser sa souffrance morale, en lui faisant croire à une réelle invalidité. Il se voyait sévèrement atteint dans son mental et inapte à la réalisation de toute tâche. L'expert n'a cependant pas objectivé une invalidité chez l'assuré, tout en soulignant qu'il a eu la capacité de réaliser une carrière professionnelle exemplaire sans troubles psychiques ou neurocognitifs significatifs. Par ailleurs, sa situation le poussait à rechercher des bénéfices secondaires de son invalidité. A cet égard, l'expert a mentionné que sa seconde femme était atteinte d'un cancer du sein et opérée une semaine avant l'expertise. En raison du décès de sa première femme, l'expertisé craignait naturellement de perdre la seconde et se sentait obligé de rester auprès d'elle jusqu'à ce que la phase de rémission du cancer soit atteinte. La motivation de reprendre une activité lucrative était ainsi très faible et l'assuré a mis en place des stratégies inconscientes lui permettant de majorer sa souffrance morale inobjectivable. Concernant les facultés de compréhension et de mémoire, l'expert a déclaré ce qui suit :

*"Les rendements mnésiques de M. M \_\_\_\_\_ sont altérés. Il ne nous est toutefois pas possible de savoir si l'altération est directement issue du trouble factice, d'une éventuelle mais peu probable démence débutante ou encore d'une envisageable atrophie sous-cortico-frontale. Quoi qu'il en soit, l'importance des difficultés observées n'est pas suffisante pour l'empêcher de se souvenir des fonctions rattachées à un poste de travail. De même, il va pouvoir continuer à comprendre, voire à mémoriser des instructions courtes et simples ou encore détaillées."*

8. Après avoir fait parvenir à l'assuré un projet de refus de prestations daté du 31 mai 2007, que ce dernier a contesté, l'OCAI lui a notifié le 9 juillet 2007 une décision formelle confirmant son projet de décision.
9. Par acte du 5 septembre 2007, l'assuré recourt contre cette décision, par l'intermédiaire de son conseil, en concluant préalablement à ce qu'une expertise

médicale soit ordonnée et, principalement, à l'annulation de la décision et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, sous suite de dépens. Il met en cause la valeur probante de l'expertise du Dr C\_\_\_\_\_. Il lui reproche de ne pas établir un status psychiatrique structuré digne de ce nom, dans la mesure où l'expertise mélange l'anamnèses, les constats cliniques, les appréciations de l'expert, les jugements de valeur et les conclusions. Il relève également des propos inutilement blessants tenus par l'expert, tels que "un diagnostic différentiel purement hypothétique de consommation d'éthyle pourrait nous faire croire qu'il faudrait éviter que M. M\_\_\_\_\_ exerce sa tâche dans des locaux lui permettant trop facilement d'éteindre sa soif". Selon le recourant, l'expert l'aurait par ailleurs qualifié de simulateur et d'hypocondriaque, ce qui était contradictoire dans la mesure où l'hypocondriaque ne fait pas semblant. Il fait également grief au Dr C\_\_\_\_\_ de ne pas avoir expliqué en quoi consistait la discrédance entre les plaintes verbalisées et ses propres observations, dont il fait état dans le rapport. Il s'étonne que, selon l'expert, il n'y aurait pas de diminution marquée de l'intérêt et du plaisir pour les activités normalement agréables. Enfin, l'expert n'a pas examiné la répercussion de la démence débutante et des problèmes d'alcoolisme sur sa capacité de travail.

10. Par préavis du 9 octobre 2007, l'intimé conclut au rejet du recours en se référant à sa décision sur opposition.
11. Le 27 novembre 2007, le recourant fait parvenir au Tribunal de céans le courrier du 26 novembre 2007 du Dr B\_\_\_\_\_ à son mandataire. Dans cette missive, ce médecin se détermine sur l'expertise psychiatrique du Dr C\_\_\_\_\_. Selon son appréciation, le patient présente le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques. Son état psychique était assez fluctuant d'une période à l'autre. Episodiquement, il présente une aggravation correspondant à un état dépressif sévère, à tel point qu'il est incapable de poursuivre ses activités sociales. Le Dr B\_\_\_\_\_ estime ainsi que le recourant est complètement incapable de travailler.
12. Le 30 avril 2008, le Tribunal de céans informe les parties qu'il a l'intention de procéder à une expertise judiciaire et de la confier au Dr D\_\_\_\_\_, psychiatre. Il leur communique également la liste des questions posées.
13. Le 15 mai 2008, le recourant fait savoir au Tribunal de céans qu'il ne s'oppose pas au choix de l'expert et ne requiert pas un complément de la liste des questions.
14. Se fondant sur un avis médical du 6 juin 2008 de la Dresse E\_\_\_\_\_ du Service médical régional AI pour la Suisse romande (ci-après : SMR), l'intimé ne fait pas

non plus valoir de motifs de récusation, mais souhaite que le questionnaire soit complété par des questions relatives à l'anamnèse et au status détaillé.

### EN DROIT

1. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 43 LPG), 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; ATFA non publié du 19 mars 2004, I 751/03 consid. 3.3, RAMA 1985 K 646 p. 240 consid. 4).
2. En l'espèce, le Dr C\_\_\_\_\_ a écarté tout diagnostic psychiatrique avec répercussion sur la capacité de travail. Il est en cela contredit par le psychiatre traitant du recourant, le Dr B\_\_\_\_\_. Néanmoins, l'expert a retenu le diagnostic de production intentionnelle ou simulation de symptômes ou d'une incapacité, soit physiques soit psychologiques (trouble factice), tout en niant que ce diagnostic influence la capacité de travail. Parallèlement, il a mis en évidence des difficultés neurocognitives évoquant la présence d'une souffrance sous-cortico-frontale, voire même la présence d'une démence débutante. Il soupçonne également une problématique éthyle qui pourrait expliquer les signes neurocognitifs observés, majorés par le trouble factice. Il n'a cependant pas approfondi les difficultés neurocognitives précitées ni examiné leur répercussion sur la capacité de travail.

Le Tribunal de céans s'étonne en outre que l'expert fasse totalement abstraction des plaintes et données subjectives du recourant qui a clairement manifesté des idées suicidaires, un état d'épuisement et un repli social. Par ailleurs, le fait que l'expert relève, dans l'appréciation du cas et pronostic, qu'il s'agit d'un homme agréable, sympathique et touchant, semble contredire une attitude de majoration ou de simulation de symptômes.

A cela s'ajoute que, selon le Dr B\_\_\_\_\_, l'état dépressif est fluctuant et que le recourant présente épisodiquement une aggravation correspondant à un état dépressif sévère l'empêchant de poursuivre ses activités sociales.

Au vu de ce qui précède, l'expertise du Dr C\_\_\_\_\_ n'emporte pas la conviction du Tribunal de céans. Ainsi s'avère-t-il nécessaire d'ordonner une expertise psychiatrique judiciaire.

3. Quant au complément de questions sollicité, le Tribunal de céans relève qu'une expertise doit nécessairement comporter une anamnèse et un status détaillé, raison pour laquelle il n'estime pas nécessaire de le préciser.

\*\*\*

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

- A. Ordonne une expertise judiciaire médicale.
- B. La confie au Dr D\_\_\_\_\_.
- C. Dit que la mission de ce médecin sera la suivante :
- Prendre connaissance du dossier médical de M. M\_\_\_\_\_.
  - Examiner personnellement l'expertisé.
  - Prendre tous renseignements utiles, notamment auprès des médecins ayant eu connaissance du cas de l'intéressé, en particulier des médecins traitants.
  - S'adjoindre tout spécialiste requis au titre de consultant.
  - Etablir un rapport écrit et répondre notamment aux questions suivantes :
    1. Quels sont vos diagnostics sur le plan psychiatrique dans une classification internationale reconnue ?
    2. Quelles limitations fonctionnelles engendrent les éventuelles atteintes psychiatriques constatées ?
    3. Quelle est la capacité de travail de l'expertisé, compte tenu des limitations fonctionnelles précitées ?
    4. Comment cette capacité de travail a-t-elle évolué depuis l'attestation d'une incapacité de travail totale en octobre 2004 ?

5. Le traitement médical est-il optimal sur le plan psychiatrique, selon votre appréciation ?
  6. Quelle est la compliance ?
  7. Si le traitement devait être optimal et la compliance bonne, comment vous expliquez-vous que l'éventuelle symptomatologie dépressive constatée perdure ?
  8. Quel est votre pronostic ?
  9. Comment vous déterminez-vous sur le rapport d'expertise du 29 janvier 2007 du Dr C\_\_\_\_\_ ?
  10. Quelles autres observations avez-vous éventuellement à ajouter ?
- D. Invite le Dr D\_\_\_\_\_ à déposer le plus rapidement possible un rapport en deux exemplaires au Tribunal de céans.
- E. Réserve le fond.

La greffière

La Présidente

Claire CHAVANNES

Maya CRAMER

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties par le greffe le