

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3859/2008

ATAS/1217/2011

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 7 décembre 2011

4<sup>ème</sup> Chambre

En la cause

Monsieur H\_\_\_\_\_, domicilié à Genève, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître Monique STOLLER  
FÜLLEMANN

recourant

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE  
GENEVE, sis rue de Lyon 97, 1203 Genève

intimé

**Siégeant : Juliana BALDE, Présidente; Christine LUZZATTO et Dana DORDEA,  
Juges assesseurs**

---

### EN FAIT

1. Monsieur H\_\_\_\_\_ (ci-après: l'assuré ou le recourant), né en 1970, a obtenu un diplôme de pharmacien de l'Université de Genève en 1995. Il a travaillé comme pharmacien responsable dans diverses pharmacies à Genève, Lausanne et Martigny. Depuis le 25 mai 2003, il est pharmacien responsable au sein de la pharmacie X\_\_\_\_\_ au Grand-Lancy.
2. En raison de divers problèmes de santé, l'assuré a été mis en incapacité de travail de 25% dès le mois de janvier 2006, suivie d'une incapacité de travail totale depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2007. Il exerce toutefois encore son activité dans le cadre de la pharmacie familiale à un taux d'environ 40%.
3. Le 28 juin 2007, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après: l'OAI ou l'intimé) visant l'octroi de mesures médicales et d'une rente. Il a indiqué souffrir depuis la naissance d'un syndrome de Klinefelter entraînant diverses affections médicales.
4. Dans un rapport adressé à l'OAI en date du 13 août 2007, le Docteur L\_\_\_\_\_, médecin traitant et spécialiste FMH en médecine interne-cardiologie, a indiqué que le patient présentait une pathologie spécifique endocrinologique, notamment un syndrome de Klinefelter, et des problèmes pneumologiques (asthme bronchique). Le patient présentait en outre une obésité débilissante dans le cadre du syndrome de Klinefelter, une extrasystolie supraventriculaire accompagnée d'épisodes de tachycardie symptomatique, un asthme bronchique, un status post-entorse de cheville avec mise en place d'un plâtre, complication secondaire et ré-opération. Le Docteur L\_\_\_\_\_ suivait le patient du point de vue cardiologique. Il a joint en annexe à son rapport divers documents médicaux, notamment un rapport d'ergométrie du 15 avril 2005, un avis de sortie établi par l'hôpital Beau-Séjour des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après: les HUG), suite à une hospitalisation du 21 janvier 2005 au 31 janvier 2005 pour des douleurs dorsales et du membre inférieur spécifiques ainsi qu'un asthme allergique sévère, un rapport du Docteur M\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en gastro-entérologie, du 7 décembre 2006, concluant à une stase alimentaire gastrique, ainsi que divers résultats de laboratoire.
5. L'employeur de l'assuré a indiqué en date du 27 août 2007 que ce dernier travaillait dans son entreprise depuis le 1<sup>er</sup> juin 2003 en qualité de pharmacien responsable. L'horaire normal de travail de l'entreprise était de 11 heures par jour, 5 jours par semaine, plus un jour à 6 heures par jour. Depuis janvier 2006, l'assuré ne travaillait plus que 6 heures par jour et depuis le 1<sup>er</sup> juin 2006, 5 jours par semaine, en raison d'une grande fatigue et de grandes difficultés à rester debout.
6. La Doctoresse N\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en endocrinologie, diabétologie et médecine interne, a établi un rapport médical le 23 octobre 2007 à l'attention de

---

l'OAI. Les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail étaient les suivants : asthme sévère avec décompensation itérative conduisant à des hospitalisations aux soins intensifs de médecine, polyneuropathie sensitive ou motrice des deux membres inférieurs, arthropathie avec importantes déformations du pied en relation probablement avec la polyneuropathie périphérique sévère, probable trouble de la personnalité avec état dépressif réactionnel sévère, obésité morbide et syndrome de Klinefelter. Les autres diagnostics, à savoir la polyarthralgie sévère et l'ostéoporose en relation avec le traitement stéroïdien au long cours et l'hypogonadisme chronique étaient sans répercussion sur la capacité de travail. L'incapacité de travail était totale dans l'activité de pharmacien depuis début 2007. Ce médecin a indiqué que l'état de santé de l'assuré s'aggravait, que la capacité de travail pourrait potentiellement être améliorée par des mesures médicales et que des mesures professionnelles seraient indiquées en mesure d'une réduction du temps de travail et d'une réorientation professionnelle. Un examen complémentaire semblait indiqué, le patient étant suivi en parallèle par plusieurs médecins sans pouvoir faire une synthèse correcte de son état de santé.

7. Le 29 octobre 2007, l'employeur de l'assuré a confirmé à l'OAI que l'intéressé travaillait à temps partiel depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2006, environ 28 à 30 heures par semaine et a indiqué les diverses dates d'interruption de l'activité à 100%, au cours des années 2005 à 2007.
8. Dans un rapport du 27 novembre 2007 à l'attention de l'OAI, la Doctoresse O \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, endocrinologie et diabétologie, a diagnostiqué un asthme sévère, une polyneuropathie sensitive et motrice des deux membres inférieurs, une arthropathie avec importante déformation du pied gauche et multiples entorses à répétition, un status après ostéotomie valgissante du calcanéum en août 2006, de probables troubles de la personnalité avec état dépressif réactionnel sévère, une obésité morbide et un syndrome de Klinefelter. Les autres diagnostics, à savoir les polyarthralgies sévères, l'ostéopénie en relation avec un traitement stéroïdien de long cours et l'hypogonadisme chronique étaient sans influence sur la capacité de travail. Elle a attesté d'une incapacité de travail totale dans l'activité de pharmacien depuis 2007. Elle a indiqué qu'elle ne connaissait ce patient que depuis le 25 octobre 2007, qu'elle ne s'occupait que de son problème endocrinologique et que par rapport aux autres problèmes médicaux, elle n'était pas capable de juger de leur évolution.
9. Au vu de la complexité du cas, l'OAI a mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire auprès du Bureau romand d'expertises médicales (ci-après: le BREM). L'assuré a été examiné les 8 et 28 février 2008, 3 mars et 4 avril 2008 par les Docteurs P \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, Q \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, R \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie et S \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en pneumologie. Dans leur rapport du 18 juillet 2008, les experts ont relevé que lors d'une

hospitalisation en pédiatrie à l'âge de 17 ans, des médecins auraient diagnostiqué une maladie de Klinefelter dont le résultat n'aurait pas été transmis à l'assuré, de sorte que ce dernier n'aurait pas été traité pour cette maladie. Ce ne serait qu'il y a quatre ans lors d'une nouvelle hospitalisation pour une crise d'asthme que le patient aurait appris par hasard qu'il souffrait d'un syndrome de Klinefelter. A partir de là, son état de santé s'était péjoré brutalement, avec des douleurs cardiaques et au niveau des deux jambes. Les investigations avaient montré la présence d'une polyneuropathie. Du point de vue rhumatologique et endocrinologique, le médecin a retenu les limitations suivantes : pas de station debout de plus de soixante minutes, possibilité de s'asseoir toutes les heures et ne pas devoir monter ou descendre des escaliers. En tant que pharmacien responsable, l'expertisé avait la possibilité de déléguer certaines tâches et de faire principalement un travail de surveillance, de sorte qu'il pouvait adapter son travail à son handicap, la diminution de rendement étant de 20%. Le rhumatologue a mis en évidence également une fibromyalgie mais qui ne pouvait pas être tenue comme incapacitante dans sa profession. Enfin, s'agissant du syndrome de Klinefelter, il n'entraînait aucune atteinte de la capacité intellectuelle, cardiaque ou rénale et le diagnostic de diabète n'était pas démontré. En définitive, ce syndrome n'entraînait aucune incapacité de travail. Du point de vue neurologique, le médecin a constaté qu'objectivement les trouvaillles neurologiques étaient très ténues et qu'on constatait tout au plus une discrète diminution de la sensibilité dystale ainsi que la paresthésie. L'évaluation de la motricité était rendue difficile en raison de nombreux lâchages. Les différents électro-neuromyogrammes avaient tous confirmé l'existence d'une polyneuropathie sensitivo-motrice très discrète. Le médecin a relevé de nombreux traits évocateurs d'une majoration, parmi lesquels il fallait relever la chute à l'épreuve de Mengazini bloquée au membre supérieur gauche, les troubles de la sensibilité ne correspondant pas à une atteinte systématisée telles que celles rencontrées dans une atteinte corticale. Une discordance entre les plaintes et les constatations cliniques a été relevée. Selon le médecin, l'ensemble de ce tableau s'était manifesté au moment où on avait annoncé à l'assuré l'existence d'un syndrome de Klinefelter quatre ans plus tôt. En l'espèce, il était possible mais non certain que sa polyneuropathie puisse être rattachée à une intolérance au glucose entrant dans le cadre d'un futur diabète non clairement déclaré. Le médecin a conclu qu'il n'existait aucun handicap significatif lié à une quelconque affection neurologique. La polyneuropathie rencontrée et objectivée n'était pas suffisante pour expliquer son tableau actuel. Du point de vue pneumologique, le médecin a observé un manque de collaboration entre 1999 et 2007 ne permettant jamais de mesurer la sévérité du syndrome obstructif. Il a confirmé que le patient souffrait d'un asthme allergique perannuel depuis sa petite enfance. Sur la base de la consultation, le médecin a indiqué qu'il était très difficile voire impossible d'évaluer le degré de sévérité de l'asthme compte tenu d'un « overlap » manifeste avec un syndrome psychiatrique. L'expert a relevé qu'il n'avait pas pu revoir le patient le lendemain de sa première consultation comme prévu dans la mesure où celui-ci avait dû être réhospitalisé pour une nouvelle

détresse respiratoire avec séjour dans le service de pneumologie des HUG, sans passage aux soins intensifs, pour une surveillance. Enfin, sur le plan psychiatrique, l'expert n'a relevé aucun indice pour la présence d'une symptomatologie psychotique, ni d'indice en faveur d'une perception altérée de la réalité, même de manière furtive. Il n'y avait pas de raison psychologique à l'origine d'une aptitude au travail diminuée car, d'une part, ces éléments étaient partiellement conscients et accessibles à la volonté et, d'autre part, il s'agissait d'un comportement dysfonctionnel sans troubles psychiatriques maladifs. La présence d'un épisode dépressif n'avait pas pu être mise en évidence dans le passé et une telle atteinte n'existait pas actuellement. Le diagnostic de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques n'était pas à l'origine de l'aptitude diminuée de l'exercice d'une activité professionnelle. Les médecins du BREM ont ainsi retenu comme diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail un status après une ostéotomie valgusante du calcanéum gauche, associé à un transfert du long péronier sur le court péronier et un allongement du gastrocnémien depuis le 31 août 2006. Ils ont encore diagnostiqué une majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques, une fibromyalgie, un syndrome de Klinefelter depuis la naissance, une polyneuropathie sensitivomotrice discrète, une obésité morbide et un asthme bronchique allergique perannuel, sans répercussion sur la capacité de travail. Du point de vue neurologique, endocrinologique, pneumologique, psychique et social, il n'y avait aucune limitation en relation avec les troubles constatés dans l'activité exercée. Les seules limitations du point de vue rhumatologique étaient les suivantes : éviter de rester debout sans bouger plus de soixante minutes, pouvoir s'asseoir toutes les heures et éviter de monter ou descendre. Selon les experts, une diminution du rendement de 20% pouvait être décidée de ce point de vue depuis septembre 2006.

10. Par décision du 3 octobre 2008, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré, au motif qu'il ne souffrait d'aucune maladie invalidante et qu'il pouvait travailler dans sa profession habituelle de pharmacien, avec une légère diminution de rendement d'environ 20% en raison du problème de son pied gauche.
11. Le 27 octobre 2008, ont été pratiquées des IRM des genoux de l'assuré. Celle de son genou gauche a mis en évidence une chondropathie rotulienne de grade IV, mais aucun argument en faveur d'une fracture de stress ou d'une déchirure méniscale. L'IRM du genou droit a mis en évidence une chondropathie rotulienne de grade III, une ébauche de surcharge mécanique fémoro-tibiale interne se manifestant par un aspect finement irrégulier du cartilage de recouvrement du condyle fémoral interne, mais aucun argument en faveur d'une fracture de stress.
12. Par acte du 28 octobre 2008, l'assuré a interjeté recours auprès du Tribunal cantonal des assurance sociales (ci-après: le TCAS), alors compétent. Il a exposé être porteur d'une maladie génétique, le syndrome de Klinefelter, lequel, vu son âge, ne pouvait plus être soigné correctement. Il a évoqué le fait qu'il avait dû être hospitalisé à

plusieurs reprises aux soins intensifs depuis l'âge de quatorze ans pour des crises d'asthmes aiguës. Il avait également perdu ses dents et pris énormément de poids. En outre, il souffrait de plusieurs problèmes physiques, notamment d'une polyneuropathie, d'une insuffisance veineuse aggravée, d'une ostéoporose, d'asthme et de problèmes au niveau des reins.

13. Dans sa réponse du 25 novembre 2008, l'OAI a conclu au rejet du recours, se référant au rapport d'expertise pluridisciplinaire du 18 juillet 2008.
14. Le TCAS a entendu les parties en comparution personnelle en date du 3 juin 2009. A l'audience, le recourant, assisté de sa mandataire, a expliqué qu'il présentait plusieurs atteintes à la santé, notamment une polyneuropathie des membres inférieurs depuis son enfance, suite au syndrome de Klinefelter. Il a expliqué que ce dernier diagnostic avait été posé alors qu'il avait 14 ans, mais à son insu, ainsi qu'à celui de ses parents et de son pédiatre. Il avait appris ce diagnostic seulement cinq ans auparavant, lors d'un séjour à l'hôpital. Dans son enfance déjà, il était constamment dispensé de gym car il n'avait pas de force dans les jambes et son pédiatre ne comprenait pas ce qui se passait. S'agissant de l'affection pneumologique, le recourant a précisé qu'il souffrait de bronchites asthmatiques depuis sa plus tendre enfance, nécessitant des hospitalisations. Il avait déjà subi sept crises d'asthme majeures dans l'année, sans hospitalisation. En outre, il avait un problème au pied droit : il avait été opéré, mais la vis avait cédé en raison de l'ostéoporose. Depuis le 30 avril 2009, il était en arrêt de travail à 100% pour une durée indéterminée. Selon le recourant, toutes ces affections, ajoutées à la fatigabilité extrême, rendaient l'activité de pharmacien actuellement impossible, ce d'autant qu'il devait rester debout pratiquement toute la journée. En tant que pharmacien responsable, il lui était impossible de s'asseoir tous les quarts d'heure. La société propriétaire de la pharmacie qui l'employait appartenait à son père, ce qui expliquait qu'elle avait pu continuer à l'employer malgré son taux d'absentéisme énorme. Au fil du temps, il avait dû diminuer son taux d'activité jusqu'à un taux de 40% et son salaire s'était réduit en conséquence. Le recourant a contesté les conclusions de l'expertise et sa mandataire a ajouté que selon le médecin traitant, la situation globale extrêmement complexe n'avait pas été prise en compte. Il convenait selon elle d'entendre le Professeur T\_\_\_\_\_, de la clinique des Grangettes, spécialiste reconnu en matière de syndrome de Klinefelter. En outre, les troubles anxieux devaient être élucidés.

La représentante de l'intimé a déclaré que l'OAI se fondait sur l'expertise pluridisciplinaire réalisée en 2008 par le BREM, qu'il considérait comme probante, complète et détaillée.

15. Le TCAS a ordonné l'ouverture des enquêtes et entendu le Professeur T\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en endocrinologie-diabétologie, à titre de témoin, en date du 26 août 2009. Le praticien a déclaré qu'il avait examiné le recourant à trois reprises

depuis 2008, et confirmé qu'il présentait un syndrome de Klinefelter depuis la naissance. Il a expliqué que cette maladie était une affection génétique ayant pour conséquence une diminution de production de testostérone, de sorte que les malades avaient moins de musculature et développaient en contrepartie de la graisse. Ils étaient en surpoids. Si les patients n'étaient pas traités pour ce manque de testostérone, ils développaient pratiquement sûrement une ostéoporose. Un grand pourcentage des patients présentant le syndrome de Klinefelter présentait un retard mental important par rapport aux hommes sains ; ils présentaient également, selon son expérience, une déficience psychologique, sous forme de difficulté de concentration, de difficulté à terminer un travail, de fuite des responsabilités, points parfois sous-estimés par les praticiens. Les bronchites et l'insuffisance respiratoire étaient connues comme liées au syndrome de Klinefelter, ce qui n'était pas le cas de l'asthme, selon la littérature actuelle. S'agissant en revanche des polynévrites, les personnes souffrant du syndrome de Klinefelter ne développaient pas plus que d'autres cette affection. Il s'agissait des conséquences de l'excès de poids. Le recourant présentait une déficience sévère en testostérone. Le diagnostic ne lui avait été communiqué qu'en 2003, alors qu'il était âgé de 33 ans, ce qui était évidemment très grave. Cet événement avait causé un grave choc chez le recourant. L'aspect psychologique était chez lui crucial, tant du point de vue de la vie sexuelle que conjugale. En tant que juif pratiquant, il était en effet très important pour lui d'avoir des enfants, il s'agissait pratiquement d'une obligation religieuse. Le fait d'avoir connu un tel diagnostic à l'âge adulte avait entraîné un effondrement psychologique total. Le patient avait une intelligence normale, mais les symptômes cliniques psychologiques que l'on retrouvait chez les personnes souffrant d'une tel syndrome avaient en tous les cas été accentués depuis la révélation du diagnostic. Selon le Professeur T\_\_\_\_\_, à chaque fois qu'un traitement de testostérone avait été instauré, même à des doses minimales, il avait été très mal supporté par le patient qui présentait alors une énorme irritabilité, ainsi qu'une agressivité. Le recourant n'avait jamais pu bénéficier d'un traitement continu. En raison de l'obésité, il risquait également de développer un diabète. Concernant l'asthme important, qui pouvait aussi être déclenché par de l'anxiété, le témoin ne s'est pas prononcé, relevant que ce point était du ressort du pneumologue. S'agissant du problème des membres inférieurs, le Professeur s'est référé aux rapports des neurologue, rhumatologue et chirurgien orthopédique qui avaient examiné le recourant. Il a déclaré qu'un soutien psychologique était hautement recommandé, mais que là encore on se heurtait au caractère fuyant des personnes souffrant du syndrome de Klinefelter. D'autre part, du fait de la connaissance tardive du diagnostic, le recourant n'avait pas la volonté forcément de travailler avec un psychologue ou un psychiatre. Le témoin a déclaré qu'il avait eu connaissance de l'expertise réalisée par le BREM, par le biais de la mandataire du patient. Grosso modo, les diagnostics retenus par les experts n'étaient pas en contradiction avec ses propres déclarations, sauf concernant l'instabilité psychologique, qui était indépendante de l'intelligence. De son point de vue, les experts n'avaient pas vu suffisamment de cas pour

comprendre qu'il s'agissait d'un élément essentiel des personnes souffrant d'un tel syndrome. Les experts avaient parlé de manque de volonté, ce qui n'était pas le cas ; il s'agissait d'un trait de caractère que tous les malades atteints du syndrome de Klinefelter présentaient. Cela se retrouvait déjà dans l'enfance, avant les troubles hormonaux : il s'agissait d'une anomalie de la cellule. Selon le Professeur T\_\_\_\_\_, les experts avaient également sous-estimé la rupture importante présentée par le patient dès la connaissance du diagnostic, ainsi que le fait qu'il était juif très pratiquant et qu'il était indispensable de procréer, de sorte que dans sa conception, il s'agissait d'une tare supplémentaire. Le patient présentait typiquement les traits de caractère du syndrome de Klinefelter, l'aspect psychologique étant le plus difficile à traiter, ce qui avait été confirmé par un confrère allemand, le U\_\_\_\_\_, grand spécialiste européen du syndrome de Klinefelter. S'agissant de la capacité de travail, il convenait de tenir compte du fait que le patient était très atteint psychologiquement, qu'il souffrait d'une obésité importante, qu'il présentait aussi des difficultés orthostatiques, de sorte qu'il peinait à fonctionner en tant que pharmacien. Il était difficile pour le témoin de se prononcer de façon précise sur la capacité de travail, mais il pouvait dire qu'une activité de 50% en tant que pharmacien serait réaliste. Le fait que l'activité actuelle du patient se déroule dans un environnement familial était par ailleurs favorable au maintien d'une capacité de travail de 50%. Le Professeur T\_\_\_\_\_ a estimé qu'une expertise psychiatrique serait idéale, par un expert psychiatre connaissant le syndrome de Klinefelter, ce qui, à sa connaissance, n'était pas le cas à Genève.

16. Le TCAS a également entendu le Docteur V\_\_\_\_\_, spécialiste FHM en médecine interne et médecin traitant du recourant, en qualité de témoin, en date du 26 août 2009. Il a déclaré qu'il suivait le recourant depuis novembre 2007. Le patient lui avait demandé de l'aider à coordonner les différents intervenants ainsi que les investigations à faire, au regard de son cas très complexe. Le problème de base chez ce patient était le syndrome de Klinefelter qui entraînait une évolution progressive pathologique à plusieurs niveaux. Le patient présentait également une maladie asthmatique très sévère que l'on ne pouvait pas intégrer dans le cadre du syndrome de Klinefelter. Quant à la polyneuropathie, le problème était plus complexe parce qu'elle pouvait être liée au syndrome, sans que l'on en ait toutefois la preuve. Le praticien a produit un rapport du Docteur W\_\_\_\_\_ du 24 février 2009, dont il résultait une progression de la polyneuropathie, ce qui contribuait à l'actuel handicap du patient. Cette atteinte avait été objectivée par l'électroneuromyographie effectuée par le Docteur W\_\_\_\_\_. Le témoin avait envoyé son patient chez le Professeur T\_\_\_\_\_ qui était à sa connaissance un des grands spécialistes en Suisse du syndrome de Klinefelter, afin de tenter d'instaurer un traitement. Mais la réponse avait été, à ce jour, insuffisante. Le médecin traitant a expliqué que la maladie elle-même avait des répercussions au niveau du caractère et que le fait de présenter une maladie définitive génétique et évolutive entraînait aussi des répercussions, notamment une anxiété et une angoisse importantes qu'il

était difficile à gérer. Selon le médecin traitant, le patient présentait un état d'angoisse sous-jacent. Il souhaitait ardemment avoir un enfant et n'avait pu le faire que grâce à un procédé n'existant pas en Suisse, à savoir une ponction directe testiculaire suivie d'une insémination in vitro. Il avait pu le faire en Israël, moyennant paiement d'une somme importante, et c'est ainsi qu'il avait pu avoir un enfant cet été. Selon le médecin traitant, le patient présentait une intelligence remarquable, mais également une composante psychologique complexe liée au syndrome de Klinefelter. S'agissant de la capacité de travail, si son patient parvenait à effectuer un 50% actuellement, c'était déjà bien compte tenu des douleurs et de la fatigue. Il a précisé que l'exercice actuel de la profession du patient dans le cadre d'un environnement familial était la meilleure solution possible, car aucun autre employeur n'accepterait une situation où l'employé présente des interruptions de travail complètes pendant plusieurs jours, dues parfois aussi à la maladie asthmatique.

17. Le TCAS a communiqué au BREM copie des procès-verbaux d'audition du Professeur T\_\_\_\_\_ et du Docteur V\_\_\_\_\_, ainsi que des rapports médicaux produits, en priant les experts de se déterminer, tant du point de vue somatique que des répercussions de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail.
  
18. Le 19 octobre 2009, le BREM a communiqué au TCAS les positions des divers médecins ayant examiné le recourant dans le cadre de l'expertise. Le Docteur S\_\_\_\_\_, pneumologue, a confirmé le diagnostic d'asthme allergique persistant modéré de stade de sévérité III sur un total de IV. Sur le plan clinique, il a constaté l'absence de nouvelles hospitalisations pour décompensation respiratoire depuis le dernier épisode de mars 2008. Sur la base de cette réponse au traitement et de l'amélioration fonctionnelle décrite ci-dessus, il a reconnu un caractère persistant modéré de cet asthme allergique. Cette évolution récente ne modifiait donc pas les conclusions de son expertise de mars 2008 concernant sa capacité de travail. L'évaluation de la sévérité des crises ayant mené aux hospitalisations avant mars 2008 restait toujours aussi difficile. Il a donc maintenu ses conclusions, dans le diagnostic différentiel d'une crise d'asthme aussi sévère, entre une décompensation psychiatrique et une très probable dyskinésie laryngée rendant toujours aussi difficile l'évaluation clinique et fonctionnelle réelle de la sévérité des crises d'asthme présentées jusqu'en mars 2008. Le Docteur R\_\_\_\_\_, neurologue, a quant à lui considéré que l'électroneuromyographie pratiquée par le Docteur W\_\_\_\_\_ le 23 février 2009 était superposable à celle effectuée lors de leur expertise. Il n'y avait pas d'aggravation de l'état de santé et les conclusions restaient les mêmes. Enfin, le Docteur Q\_\_\_\_\_, psychiatre, a relevé que lors de l'expertise psychiatrique du 18 juillet 2008, il n'avait pas constaté d'anxiété ni de tension et que l'absence de prise de traitement anxiolytique parlait contre la présence d'angoisses marquées. Il n'y avait pas non plus de troubles psychotiques. Concernant la déficience et l'instabilité psychologique avec des difficultés à se concentrer, à terminer un travail et à fuir devant les responsabilités, si certains de

ces aspects pouvaient être présents, ils étaient toutefois insuffisamment marqués pour constituer une affection psychiatrique selon les critères des classifications officielles. En effet, l'expertisé avait été à même de mener à bien des études universitaires longues et difficiles, aspect incompatible avec une instabilité psychique majeure. D'une manière générale, la partie psychiatrique de l'expertise du 18 juillet 2008 avait montré une symptomatologie réduite et disparate, non constitutive d'une entité nosologique psychiatrique. Enfin, l'absence de traitement psychotrope en dehors d'un hypnotique, ainsi que l'absence d'hospitalisation en milieu psychiatrique et l'absence de suivi par un psychiatre parlaient contre la présence d'une affection psychique incapacitante.

19. Ces pièces ont été communiquées aux parties pour détermination en date du 23 octobre 2009.
20. Dans ses écritures du 12 novembre 2009, l'intimé s'est référé à l'avis du Service médical régional AI (ci-après: le SMR) et des experts du BREM, aux termes duquel le recourant disposait d'une capacité de travail de 100% comme pharmacien avec une diminution de rendement de 20%.
21. Par conclusions du 12 novembre 2009, le recourant a relevé que l'absence de suivi psychiatrique n'était pas un argument pour conclure à l'absence d'une affection psychique invalidante. Il a demandé une expertise psychiatrique, étant donné qu'il s'agissait d'un cas complexe avec de multiples atteintes à la santé dont la combinaison n'avait pas été prise en compte par le BREM.
22. Le 11 mars 2010, le TCAS a ordonné une expertise psychiatrique, au vu des avis totalement divergents des médecins quant à l'impact psychologique, voire psychiatrique, du syndrome de Klinefelter et ses conséquences sur la capacité de travail du recourant. Cette expertise a été confiée au Docteur A\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie auprès des HUG. Au regard de la complexité de la maladie, l'expert pouvait s'adjoindre le concours d'autres médecins si nécessaire.
23. Le Docteur A\_\_\_\_\_ a déposé son rapport d'expertise en date du 15 novembre 2010. Il a joint copies des compléments à l'expertise du Docteur B\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, du 17 juin 2010 et de Monsieur C\_\_\_\_\_, psychologue, spécialiste FSP en neuropsychologie et psychothérapie, du 29 septembre 2010. Au terme du bilan neuropsychologique du recourant, Monsieur C\_\_\_\_\_ a conclu que les performances de ce dernier ne correspondaient pas à un problème neuropsychologique mais dépendaient probablement de variables comportementales. Sur le plan orthopédique, le Docteur B\_\_\_\_\_ a conclu que le recourant souffrait d'un conflit f/p avec chondromalacie grade II et hyperpression latérale des deux rotules, nécessitant une intervention chirurgicale de type transposition tubérositaire des deux tubérosités tibiales avec une transposition

antérieure afin de décharger les deux rotules. Le Docteur A\_\_\_\_\_ a examiné le recourant en date des 12, 19, 26 juillet et 1<sup>er</sup> novembre 2010 et a posé comme diagnostics psychiatriques un épisode dépressif moyen et autres troubles du développement psychosexuel. Dans son rapport d'expertise, il a confirmé le choc psychologique du recourant suite au diagnostic du syndrome de Klinefelter communiqué seulement en 2006 (recte: 2003) lors d'une hospitalisation aux HUG. L'expertisé était suivi depuis trois mois par une psychiatre, la Doctoresse D\_\_\_\_\_, qui lui prescrivait un antidépresseur, ainsi que du Xanax et du Lyrica. L'état physique du recourant ne cessait de se détériorer, de même que son état psychique. Son état dépressif avait valeur de maladie et était actuellement d'un degré de gravité moyen. Selon les informations anamnestiques, la symptomatologie dépressive était vraisemblablement apparue à ce degré d'intensité dans le courant de l'année 2009 et n'était pas présente au début de l'année 2008. Cet état dépressif entraînait des limitations psychiques imputables notamment à la fatigue décrite comme extrême, à la tristesse de l'humeur, à l'état de profond découragement, à l'anxiété et au désordre émotionnel. Selon l'expert, l'état dépressif actuel réduisait la capacité de travail du recourant dans son activité habituelle, de même que dans toute autre activité, d'environ 40%. D'un point de vue strictement psychiatrique, l'activité professionnelle du recourant n'était par conséquent exigible qu'à un taux de 60%. Le Docteur A\_\_\_\_\_ a précisé que la réduction de la capacité de travail durable en lien avec l'état dépressif était très vraisemblablement apparue durant l'année 2009 et était restée la même jusqu'à ce jour. Du point de vue de la pathologie psychiatrique, une réadaptation professionnelle ne se justifiait pas. L'expert a encore indiqué, s'agissant de la mise en place d'éventuelles mesures médicales, que le traitement de l'état dépressif était raisonnablement exigible du recourant. Le traitement psychiatrique pourrait dans le meilleur des cas atténuer la symptomatologie dépressive et réduire proportionnellement la diminution de la capacité de travail. L'expert ne pouvait pas se prononcer sur les autres mesures médicales à mettre en œuvre et il a rappelé que des interventions de chirurgie orthopédique étaient envisagées, qui pourraient le cas échéant rendre nécessaire une nouvelle appréciation de limitations éventuelles en ce domaine. Le Docteur A\_\_\_\_\_ a enfin réservé le pronostic global. Sur le plan psychiatrique, une aggravation était à craindre, avec installation d'une symptomatologie anxieuse et dépressive plus sévère et plus invalidante, ainsi qu'avec une péjoration des troubles psychologiques, sous forme de désordres émotionnels et/ou de comportements régressifs et hystérisés.

24. Dans ses écritures après expertise du 14 décembre 2010, l'intimé s'est référé à un avis du SMR du 13 décembre 2010 et a estimé nécessaire que soit réinterrogé l'expert afin qu'il précise à quand faire remonter la détérioration de l'état de santé psychique du recourant durant l'année 2009.
25. Le 14 décembre 2010, le recourant a déposé ses conclusions après expertise et a joint un certificat médical du Docteur B\_\_\_\_\_ aux termes duquel son incapacité

de travail était de 100% depuis le 27 avril 2010 et de 80% dès le 2 août 2010. Le recourant a conclu à l'octroi d'une rente entière, estimant qu'en combinant les atteintes physiques et psychologiques son incapacité de travail était de 90% (40 + 50). Il a également soutenu qu'il y avait dans son activité au sein de la pharmacie familiale une part de salaire social ne tenant pas compte du réel rendement.

26. Par courrier du 4 janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après: la CJCAS), compétente en lieu et place du TCAS depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2011, a demandé au Docteur A\_\_\_\_\_ de bien vouloir préciser le début de la détérioration de l'état de santé psychique du recourant au regard de la vraisemblance prépondérante.
27. En date du 30 mars 2011, le Docteur A\_\_\_\_\_ a indiqué qu'en dépit d'une anamnèse aussi précise que possible, il restait difficile de fixer de manière fiable le début de la détérioration de l'état de santé psychique du recourant. Il s'agissait en effet d'un processus progressif résultant de l'ensemble des multiples problèmes de santé auxquels le recourant se trouvait confronté. L'expert avait eu le jour même un entretien téléphonique avec le Docteur V\_\_\_\_\_, médecin-traitant du recourant, qui considérait que l'aggravation de l'état psychopathologique de son patient s'était produite en début d'année 2009. Selon le Docteur V\_\_\_\_\_, le recourant avait connu en fin d'année 2008 une importante prise pondérale qui avait entraîné une réduction de la mobilité et une aggravation de la thymie. La nature même des troubles de l'expertisé ne permettait pas d'être plus précis.
28. Dans ses observations du 28 avril 2011, l'intimé s'est référé à un avis du SMR daté du 13 avril 2011 et a constaté qu'aucune précision n'avait pu être amené par l'expert s'agissant du moment de la détérioration de l'état de santé du recourant. Faute de pouvoir se fonder sur des éléments temporels et factuels plus précis, il convenait selon l'intimé de retenir la date de l'expertise, soit novembre 2010. L'intimé a enfin émis des doutes sur la valeur probante de l'expertise médicale, laquelle n'apportait pas de réponse claire au sujet d'une question aussi importante que la date d'une détérioration de l'état de santé.
29. Dans ses observations du 28 avril 2011, le recourant s'est quant à lui référé aux indications données par le Docteur V\_\_\_\_\_ et estimé que son aggravation psychiatrique datait de fin 2008 à début 2009. Il convenait toutefois de retenir aussi des atteintes somatiques et le recourant s'est référé à cet égard à ses conclusions du 14 décembre 2010.
30. Le 5 septembre 2011, sur demande de la Cour de céans, le recourant a produit sa lettre d'engagement de la Pharmacie X\_\_\_\_\_ du 20 mai 2003, ainsi que ses certificats de salaire pour les années 2009 et 2010.
31. En date du 10 octobre 2011, à la demande de la Cour de céans, le Docteur B\_\_\_\_\_ a communiqué les différentes annexes mentionnées dans son rapport du

17 juin 2010, à savoir copie des IRM du 27 avril 2010 et de la TAGT du 4 juin 2010. L'IRM du genou gauche de l'assuré mettait en évidence un conflit fémoro-patellaire avec chondropathie rotulienne de grade II et syndrome d'hyperpression latérale externe. Il n'y avait par contre pas de déchirure méniscale interne ou externe ni de remaniement ostéochondral fémoro-tibial. L'IRM du genou droit de l'assuré mettait en évidence une chondropathie rotulienne de grade II avec syndrome d'hyperpression latérale externe et conflit fémoro-patellaire, ainsi qu'une déchirure méniscale interne ou externe et une surcharge mécanique avec œdème médullaire osseux sous-chondral du plateau tibial interne. La TAGT était quant à elle dans les limites de la norme, un peu plus augmentée à droite qu'à gauche. Par ailleurs, afin de préciser son rapport du 17 juin 2010, le Docteur B\_\_\_\_\_ a indiqué que le recourant souffrait de ses deux genoux depuis au moins 2010, voire avant, lui-même l'ayant eu en consultation une première fois le 23 avril 2010. A l'époque déjà, il se plaignait lors de ses premières consultations de gonalgies chroniques, plus marquées à droite qu'à gauche. Cette atteinte de syndrome f/p Floride avait clairement une incidence sur la capacité de travail du recourant puisque celui-ci était pharmacien et de ce fait devait se tenir debout durant la plupart du temps de son activité professionnelle ce qui, bien évidemment, augmentait la symptomatologie algique au niveau f/p et lui rendait ses tâches difficiles, voire impossibles. Cette atteinte n'avait pas subi d'altération brusque mais par contre se péjorait progressivement car, comme toute atteinte dégénérative articulaire, l'évolution allait inexorablement vers une aggravation progressive des symptômes, ce qui semblait être le cas chez le recourant puisque ses douleurs, tolérables un ou deux ans auparavant, devenaient intolérables et handicapantes actuellement. Selon le Docteur B\_\_\_\_\_, il était certainement justifié de procéder à un reclassement professionnel du recourant afin qu'il puisse travailler en position assise et non debout. De plus, le patient souffrait apparemment des deux chevilles avec affaiblissement du tendon tibial postérieur, talo-valgus et tes planus bilatéral, ce qui évidemment contribuait à la difficulté de la maintenance d'une station debout.

32. Par courrier du 7 novembre 2011, l'intimé a communiqué à la Cour de céans un avis médical du SMR daté du 25 octobre 2011 auquel il se ralliait pleinement. Dans cet avis, les médecins du SMR rappelaient que sur le plan psychiatrique, il avait été admis une aggravation de l'état de santé du recourant. L'attestation du Docteur B\_\_\_\_\_ était par contre trop vague et ne leur permettait pas de s'exprimer clairement sur une aggravation de l'état de santé somatique. En effet, il y avait une aggravation des douleurs selon le médecin traitant, mais celles-ci étaient déjà présentes en juillet 2008 lors de l'expertise du BREM. De plus, il avait été retenu en 2008 une atteinte somatique et des limitations fonctionnelles, de sorte qu'une capacité de travail dans l'activité habituelle de pharmacien responsable avait été reconnue avec une diminution de rendement de 20%. Maintenant, l'assuré avait été reconnu capable de travailler à 60% en raison de troubles psychiques et il convenait

---

que le Docteur B\_\_\_\_\_ précise les limitations fonctionnelles et la capacité de travail dans l'activité habituelle tout comme dans une activité adaptée, afin que les médecins du SMR puissent se déterminer de manière plus précise.

33. Dans ses observations du 9 novembre 2011, le recourant a précisé qu'il souffrait de ses jambes tant en position debout qu'assise. Le Docteur B\_\_\_\_\_ ne s'étant pas exprimé sur sa capacité de travail, le recourant a produit copie de son certificat médical du 31 octobre 2011 attestant d'une incapacité de travail de 100% depuis le 27 avril 2010 et de 80% depuis le 2 août 2010. Le reclassement professionnel dans une autre activité, tel que proposé par le Docteur B\_\_\_\_\_, ne tenait pas compte des autres atteintes à la santé déjà décrites dans la procédure et le recourant souhaitait continuer, tant qu'il pouvait le faire, son activité de pharmacien au sein de l'entreprise familiale, car ce cadre protégé lui permettait de maintenir une activité professionnelle à 20%. Le recourant a enfin rappelé que selon lui, son revenu devait être considéré comme un salaire social et il a produit copie des décomptes de son assurance perte de gain pour l'année 2010. Son certificat de salaire pour l'année 2010 incluait donc les indemnités journalières versées depuis le 27 avril 2010.
34. Après communication de ces écritures aux parties, la cause a été gardée à juger.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20).

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2011, cette compétence est revenue à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 26 septembre 2010).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. La LPGA est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 229 consid. 1.1 et les références). Par ailleurs, selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 116 V 248 consid. 1a et les arrêts cités). Les faits survenus postérieurement, et qui

ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 117 V 293 consid. 4). En ce qui concerne les règles de procédure, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 71 consid. 6b; ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

En l'espèce, la décision litigieuse datant du 3 octobre 2008 est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA ainsi qu'à l'entrée en vigueur, le 1er janvier 2004 et le 1er janvier 2008, des modifications de la LAI (4<sup>ème</sup> et 5<sup>ème</sup> révisions). Les faits pertinents remontent quant à eux à janvier 2006. Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à une rente d'invalidité doit être examiné au regard des dispositions de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 4<sup>ème</sup> et la 5<sup>ème</sup> révisions de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329).

3. Le recours, interjeté dans les forme et délai prescrits par la loi, est recevable au sens des art. 56, 60 LPGA et 89B de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 (LPA ; RS E 5 10).
4. L'objet du litige consiste à déterminer si c'est à bon droit que l'intimé a refusé d'octroyer au recourant des prestations de l'assurance-invalidité, plus particulièrement une rente.
5. a) Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1<sup>er</sup> LPGA).

Selon le texte de la loi en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, l'invalidité est réputée survenue, selon l'art. 4 al. 2 LAI, dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. Ce moment doit être déterminé objectivement, d'après l'état de santé de l'assuré ; des facteurs externes fortuits n'ont pas d'importance. Il ne dépend en particulier ni de la date à laquelle une demande a été présentée, ni de celle à partir de laquelle une prestation a été requise, et ne coïncide pas non plus nécessairement avec le moment où l'assuré apprend, pour la première fois, que l'atteinte à sa santé peut ouvrir droit à des prestations d'assurance (ATF 126 V 5 consid. 2b, 157 consid. 3a). S'agissant du droit à une rente, la survenance de l'invalidité se situe au moment où il prend naissance, conformément à l'art. 29 al. 1<sup>er</sup> LAI, soit dès que l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40% au moins ou dès qu'il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption

notable, mais au plus tôt le premier jour du mois qui suit le dix-huitième anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 2 aLAI ; ATF 126 V 5 consid. 2b et les références).

Avec l'entrée en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008 de la nouvelle LAI, l'invalidité est réputée survenue, selon l'art. 4 al. 2 LAI, dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. À teneur de l'art. 29 LAI, le droit à une rente d'invalidité prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1<sup>er</sup> LPGA, mais pas avant le mois qui suit son dix-huitième anniversaire.

b) Selon l'art. 28 al. 1<sup>er</sup> LAI dans sa teneur en vigueur du 1<sup>er</sup> janvier 2004 au 31 décembre 2007, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

En vertu de l'art. 28 al. 1<sup>er</sup> LAI dans sa teneur en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). Il y a interruption notable de l'incapacité de travail lorsque l'assuré a été entièrement apte au travail pendant trente jours consécutifs au moins (art. 29ter du Règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 - RAI ; RS 831.201)). L'art. 28 al. 2 LAI dispose que l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

c) Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI): La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 130 V 384 consid. 3.4, 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b; art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient en principe de se placer au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 130 V 343 consid. 4). Les revenus avec et sans invalidité doivent être

déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue (c'est-à-dire entre le projet de décision et la décision elle-même), doivent être prises en compte (cf. ATF 129 V 222 consid. 4.1, 128 V 174).

6. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1<sup>er</sup> LAI en liaison avec l'art. 8 LPGa. Parmi les atteintes à la santé psychique, qui peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1<sup>er</sup> LAI en liaison avec l'art. 8 LPGa, on doit mentionner – à part les maladies mentales proprement dites – les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible. Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son infirmité mentale, exercer une activité que le marché du travail lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Le point déterminant est ici de savoir quelle activité peut raisonnablement être exigée dans son cas. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante ; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références ; cf. aussi ATF 127 V 294 consid. 4c *in fine*).

La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3 et consid. 6).

7. a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement 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). L'instruction des faits d'ordre médical se fonde ainsi sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office de l'assurance-invalidité, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'assurance-invalidité (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge (VSI 1997, p. 318, consid. 3b ;

BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142).

b) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la 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. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il convient que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3).

S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

Quant aux expertises médicales, l'on peut et doit attendre d'un expert médecin, dont la mission diffère clairement de celle du médecin traitant, notamment qu'il procède à un examen objectif de la situation médicale de la personne expertisée, qu'il rapporte les constatations qu'il a faites de façon neutre et circonstanciée, et que les conclusions auxquelles il aboutit s'appuient sur des considérations médicales et non des jugements de valeur. D'un point de vue formel, l'expert fera preuve d'une certaine retenue dans ses propos nonobstant les controverses qui peuvent exister dans le domaine médical sur tel ou tel sujet: par exemple, s'il est tenant de théories qui ne font pas l'objet d'un consensus, il est attendu de lui qu'il le signale et en tire toutes les conséquences quant à ses conclusions. Enfin, son rapport d'expertise sera rédigé de manière sobre et libre de toute qualification dépréciative ou, au contraire, de tournures à connotation subjective, en suivant une structure logique afin que le lecteur puisse comprendre le cheminement intellectuel et scientifique à la base de l'avis qu'il exprime (ATF 125 V 351 consid. 3a, 122 V

160 consid. 1c et les références). Selon la jurisprudence, le juge ne doit, en principe, pas s'écarter sans motif impératif des conclusions d'une expertise médicale, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci ne remplit pas les conditions nécessaires à lui reconnaître toute valeur probante (elle contient des contradictions ou est incomplète). 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 118 V 290 consid. 1b; ATF 112 V 32 et les références).

c) Le juge des assurances sociales 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. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a)

8. Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

Selon la jurisprudence, la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 113 V 275 consid. 1a et les arrêts cités; voir également ATF 120 V 131 consid. 3b, 119 V 478 consid. 1b/aa). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité et donc le droit à la rente, peut motiver une révision.

Pour juger si un tel changement s'est produit, il faut comparer les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision de rente initiale avec les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2; ATF 125 V 369 consid. 2; ATF 109 V 262 consid. 4a).

C'est la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ

temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5). On ajoutera également que le motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (ATFA non publié du 13 juillet 2006, I 406/05, consid. 4 et du 31 janvier 2003, I 559/02, consid. 3.2).

9. En l'espèce, il est établi et non contesté que le recourant souffre du syndrome de Klinefelter, ainsi que de nombreuses pathologies associées ou non.

Selon les Dresses N\_\_\_\_\_ et O\_\_\_\_\_, l'incapacité de travail du recourant en tant que pharmacien est de 100% depuis début 2007, respectivement octobre 2007, d'un point de vue global.

Aux termes du rapport d'expertise pluridisciplinaire du BREM du 18 juillet 2008, le recourant peut exercer son activité habituelle de pharmacien à raison de 8 heures par jour avec une diminution de rendement de 20% depuis septembre 2006. En effet, le rhumatologue a retenu des limitations fonctionnelles en raison du problème à la cheville gauche du recourant justifiant une diminution de rendement de 20%, mais a considéré que le syndrome de Klinefelter n'entraînait aucune incapacité de travail. Les autres spécialistes ont relevé divers problèmes, toutefois sans répercussion sur la capacité de travail. En particulier, le pneumologue a confirmé que le recourant souffrait d'un asthme allergique perannuel depuis sa petite enfance, ne parvenant toutefois pas à évaluer son degré de sévérité. Le neurologue a constaté l'existence d'une polyneuropathie sensitivo-motrice très discrète et estimé qu'il n'existait aucun handicap significatif lié à une quelconque affection neurologique, la polyneuropathie rencontrée et objectivée n'étant pas suffisante pour expliquer le tableau actuel. Le psychiatre a nié toute maladie psychiatrique, ne relevant aucun indice pour la présence d'une symptomatologie psychotique, ni d'indice en faveur d'une perception altérée de la réalité, même de manière furtive. La présence d'un épisode dépressif n'avait pas pu être mise en évidence dans le passé et une telle atteinte n'existait pas au moment de l'expertise.

Lors des enquêtes conduites par le TCAS, le Prof. T\_\_\_\_\_, qui avait examiné le recourant à trois reprises entre décembre 2008 et avril 2009, a retenu une capacité de travail de 50% dans l'environnement familial, vu l'ensemble des pathologies. Une expertise psychiatrique par un spécialiste de la maladie de Klinefelter était selon lui nécessaire. Le Dr V\_\_\_\_\_, médecin traitant du recourant depuis novembre 2007, a également estimé que la capacité de travail du recourant n'était pas supérieure à 50% d'un point de vue global.

Au terme des enquêtes, les médecins du BREM ont maintenu l'intégralité de leurs conclusions.

Au vu des conclusions contradictoires et sur mandat du TCAS, le Dr A\_\_\_\_\_ a réalisé une expertise psychiatrique et déposé son rapport le 15 novembre 2010. Il a

posé les diagnostics d'épisode dépressif moyen et autres troubles du développement psychosexuel et confirmé le choc psychologique subi par le recourant suite au diagnostic du syndrome de Klinefelter communiqué seulement en 2006 (recte: 2003) lors d'une hospitalisation aux HUG. Depuis trois mois, soit depuis le mois d'août 2010, le recourant était suivi par un psychiatre qui lui prescrivait un antidépresseur, ainsi que du Xanax et du Lyrica. Son état physique se détériorait, de même que son état psychique. Son état dépressif entraînait des limitations et selon les informations anamnestiques, la symptomatologie dépressive était vraisemblablement apparue à ce degré d'intensité dans le courant de l'année 2009 et n'était pas présente au début de l'année 2008. Selon l'expert, l'état psychique du recourant réduisait sa capacité de travail dans son activité habituelle, de même que dans toute autre activité, d'environ 40%. Le Dr A\_\_\_\_\_ a enfin réservé le pronostic global. Sur le plan psychiatrique, une aggravation était à craindre, avec installation d'une symptomatologie anxieuse et dépressive plus sévère et plus invalidante. Interrogé sur le début de la détérioration de l'état de santé psychique du recourant, l'expert a indiqué qu'en dépit d'une anamnèse aussi précise que possible, il lui était difficile de fixer ce moment de manière fiable. Il avait toutefois eu un entretien téléphonique avec le Dr V\_\_\_\_\_, médecin-traitant du recourant, qui considérait que l'aggravation de l'état psychopathologique de son patient s'était produite en début d'année 2009. En complément à l'expertise psychiatrique, le Dr B\_\_\_\_\_ a conclu que sur le plan orthopédique, le recourant souffrait d'un conflit f/p avec chondromalacie grade II et hyperpression latérale des deux rotules, nécessitant une intervention chirurgicale de type transposition tubérositaire des deux tubérosités tibiales avec une transposition antérieure afin de décharger les deux rotules. Interrogé par la Cour de céans pour préciser son rapport, le Dr B\_\_\_\_\_ a indiqué que le recourant souffrait de ses deux genoux depuis au moins 2010, voire avant, lui-même ayant eu le recourant en consultation une première fois le 23 avril 2010. Cette atteinte de syndrome f/p Floride avait clairement une incidence sur la capacité de travail du recourant et n'avait pas subi d'altération brusque, mais par contre se péjorait progressivement. Les douleurs du recourant, tolérables un ou deux ans auparavant, devenaient en effet intolérables et handicapantes actuellement.

10. La Cour de céans relève que l'aggravation de l'état psychique du recourant attestée par le Dr A\_\_\_\_\_ dans son rapport d'expertise du 15 novembre 2010 est intervenue au plus tôt à la fin de l'année 2008, de sorte qu'elle est postérieure à la décision litigieuse du 3 octobre 2008. Il en va vraisemblablement de même de l'évolution des problèmes orthopédiques du recourant pour lesquels une intervention chirurgicale est préconisée. Si le Dr B\_\_\_\_\_ n'a pas pu fixer précisément la date de l'aggravation de l'état somatique, il a en effet indiqué que le recourant souffrait de ses deux genoux depuis au moins 2010, voire avant, lui-même l'ayant eu en consultation une première fois le 23 avril 2010. Lors de l'expertise du BREM en juillet 2008, le rhumatologue avait d'ailleurs uniquement

retenu des problèmes à la cheville gauche, à l'exclusion d'un problème aux genoux. Au dossier, les premiers rapports IRM des genoux relevant un problème datent au surplus du 27 octobre 2008, soit plusieurs semaines après la décision litigieuse.

Dans la mesure où l'aggravation de l'état de santé du recourant a eu lieu en tout état de cause après la décision litigieuse, c'est à juste titre que l'intimé, dans sa décision du 3 octobre 2008, s'est fondé sur l'expertise des médecins du BREM du 18 juillet 2008.

A cet égard, la Cour relève que les médecins du BREM ont procédé à un examen complet et minutieux de l'état de santé du recourant. Pour ce faire, les experts se sont appuyés sur l'entier du dossier, notamment sur les rapports des médecins ayant examiné le patient auparavant, sur le dossier radiologique et sur les tests de laboratoire, de sorte qu'on ne peut que constater que leur rapport se base sur un dossier bien étayé. Une anamnèse complète a été réalisée et le rapport d'une soixantaine de pages est circonstancié. L'état de santé du recourant a fait l'objet d'examen approfondis, ses plaintes ont été prises en compte et les experts du BREM sont parvenus à des conclusions claires. Ils ont procédé à une discussion et une appréciation du cas détaillée et expliqué de façon convaincante pour quelles raisons ils étaient parvenus à la conclusion que le recourant pouvait exercer son activité habituelle de pharmacien à raison de 8 heures par jour, avec une diminution de rendement de 20% en raison de ses limitations du point de vue rhumatologique.

Les appréciations des Drs N\_\_\_\_\_, O\_\_\_\_\_, V\_\_\_\_\_ et du Prof. T\_\_\_\_\_ ne sont pas de nature à remettre en cause les conclusions des experts. A ce propos, il convient de rappeler que le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ces différentes analyses sont au demeurant particulièrement succinctes.

11. Au vu de ce qui précède, la Cour de céans considère comme probant le rapport d'expertise des médecins du BREM et retient qu'en date du 3 octobre 2008, le recourant présentait une capacité de travail entière avec une diminution de rendement de 20%. A l'époque de la décision litigieuse, il ne présentait dès lors aucune atteinte à la santé justifiant une incapacité de travail durable d'au moins 40% ouvrant droit à une rente. Le recours, mal fondé, devra donc être rejeté et la décision litigieuse confirmée.

Néanmoins, ainsi que l'ont attesté de manière convaincante les Drs A\_\_\_\_\_ et B\_\_\_\_\_, l'état psychique et somatique du recourant s'est aggravé depuis la décision litigieuse du 3 octobre 2008. Il appartiendra à l'intimé de statuer sur la révision du droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité.

12. Le recours, mal fondé, sera dès lors rejeté et la décision de l'OAI du 3 octobre 2008 confirmée. L'intimé est invité à statuer sur révision.
13. En vertu de l'art. 61 let. g LPGA, seul le recourant qui obtient gain de cause a droit au remboursement de ses frais et dépens. Compte tenu de l'issue du litige, le recourant ne saurait dès lors se voir octroyer d'indemnité pour frais et dépens et doit être débouté de sa conclusion y relative.
14. L'émolument, fixé à 200 fr., est mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI).

**PAR CES MOTIFS,  
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. Le rejette dans le sens des considérants.
3. Invite l'intimé à statuer sur révision.
4. Met un émolument de 200 fr. à la charge du recourant.
5. 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

La présidente

Isabelle CASTILLO

Juliana BALDE

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