

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/493/2007

ATAS/768/2008

**ARRET**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**Chambre 4**

**du 25 juin 2008**

En la cause

Monsieur H\_\_\_\_\_, domicilié AU LIGNON, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître BRATSCHI Gilbert

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Juliana BALDE, Présidente; Nicole BOURQUIN et Dana DORDEA, Juges  
assesseurs**

---

### EN FAIT

1. Monsieur H\_\_\_\_\_, originaire de Serbie-et-Monténégro, marié, est arrivé en Suisse en 1985. L'intéressé a travaillé à Berne pendant environ seize ans comme ouvrier du bâtiment. En 2001, il s'est installé à Genève où il a travaillé dans l'isolation de bâtiments au sein de l'entreprise X\_\_\_\_\_ SA.
2. L'intéressé a été victime d'une fièvre virale en septembre 2004. Il est en incapacité de travail depuis le 13 septembre 2004 et n'a plus repris d'activité depuis lors.
3. Dans un rapport médical daté du 26 septembre 2004, le Dr L\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, relève que le patient a présenté un état fébrile avec céphalées violentes, nausées et photophobie consécutifs à une probable affection virale avec réaction méningée, ayant motivé une consultation en urgence aux HÔPITAUX UNIVERSITAIRES DE GENEVE (HUG). Le patient a quitté les urgences après avoir subi une ponction lombaire. A l'examen clinique, le médecin mentionne une attitude antalgique de la nuque, alors que le patient n'a jamais souffert auparavant de problèmes de nerfs. Le status neurologique était normal, hormis la persistance d'une raideur de la nuque. Le patient était assez tendu et angoissé. Le médecin proposait un traitement d'antalgiques, ainsi que quelques jours de repos.
4. Le 2 novembre 2004, l'intéressé a été admis en entrée volontaire au Service de psychiatrie des HUG, Département de psychiatrie, clinique de Belle-Idée. Dans l'anamnèse du cas, les médecins relèvent que le patient est en arrêt maladie en raison de forts maux de tête ; il aurait fait une chute dans son appartement avec perte de connaissance. Lors de son admission, l'intéressé s'est présenté avec une tenue et une hygiène un peu négligées. Il n'entrait pas en contact, semblait désorienté dans l'espace et dans le temps et disait ne pas se souvenir de quoi que ce soit, y compris de sa chute dans son appartement. Il n'avait aucune idée suicidaire, ne montrait pas de signe d'intoxication ou d'abus de substances et aucun élément de la lignée psychotique ni de délire systématisé n'a pu être retenu. Durant l'entretien, les médecins ont relevé que le patient se montrait très replié sur lui-même et pas collaborant. Les tests neuropsychologiques n'ont pas pu mettre en évidence des problèmes psychiques. Il a été convenu avec lui qu'il pourrait sortir le 24 novembre 2004. Les médecins ont précisé qu'il répondait favorablement à un traitement de Bioflorin pour ses maux de tête, lesquels étaient atypiques et souvent circonstanciels à ses sollicitations. L'analyse sanguine, l'ECG et le scanner se sont révélés normaux. Les diagnostics principaux retenus par les médecins étaient ceux de « production intentionnelle ou simulation de symptômes ou d'une incapacité, soit physique soit psychologique (trouble factice) » et « autres troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte ».
5. A la demande du Dr L\_\_\_\_\_, la Dresse M\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie-psychothérapie a rendu un rapport médical en date du 13 mai 2005,

dans lequel elle indique que le patient s'est présenté avec un apragmatisme massif et un mutisme quasi-total, même si son attention restait présente. Elle a procédé à une approche ethnopsychiatrique, qui tentait « de prendre en considération les facteurs culturels qui peuvent structurer une pathologie donnée, là où nos instruments diagnostics et thérapeutiques habituels se révèlent insuffisants ». Elle a constaté qu'il souffrait d'un « appel adressé depuis le pays des morts (étiologie qui rend compte de la profonde absence du patient à la réalité qui l'entoure) » et de « saisissement de l'âme du patient par un être invisible qui le retient prisonnier (qui rend compte de son inhibition massive) ». Dans le premier cas, elle explique que cela signifie que le patient est en danger de mort si on ne parvient pas à annuler cet appel. Dans le second cas, elle indique que cela signifie que le patient risque de rester à tout jamais perdu sans pouvoir réintégrer le monde des vivants. Elle conclut qu'il s'agit d'un trouble bien réel et très grave.

6. Sur mandat de la Caisse FTMH, caisse-maladie de l'intéressé, le Dr N\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie-psychothérapie du CENTRE MULTIDISCIPLINAIRE DE LA DOULEUR (ci-après CMD), a rendu un rapport d'expertise en date du 9 septembre 2005. Il relève que c'est le frère du patient qui répond à ses questions, le patient restant muet et ne répondant à aucune question. Le médecin indique avoir pris connaissance du rapport établi par la Dresse M\_\_\_\_\_ et considère qu'une expertise reste indispensable, car l'ethnopsychiatrie ne se rattache à aucun concept habituel de la psychiatrie, comme l'indique elle-même la Dresse M\_\_\_\_\_. Le médecin relève que les réponses du patient ne sont pas systématiques, qu'elles sont soit inexistantes, soit lentes ou rapides sans raison particulière, soit « à côté » et que ce comportement, n'ayant aucune logique interne et/ou rationnelle, ne permet pas de poser un diagnostic psychopathologique. Les deux diagnostics posés par les précédents médecins, soit de simulation, soit d'explication ethnopsychiatrique, ne peuvent être prouvés, le premier étant dans le cas d'espèce impossible à prouver et le deuxième étant justifié par le médecin comme un « type de psychopathologie extrêmement difficile à comprendre et à traiter avec nos outils habituels ». Selon l'expert, les deux rapports (clinique de Belle-Idée et Dresse M\_\_\_\_\_) sont contradictoires, aucun n'a valeur d'expertise et il est impossible de trancher. Le Dr N\_\_\_\_\_ conclut que le patient présente un comportement atypique et qu'il n'y a aucun élément qui permette de poser un diagnostic dans le cadre d'une classification reconnue. Cela ne signifie pas d'emblée que l'assuré n'a rien ou qu'il simule, il est seulement impossible pour l'expert d'infirmer ou de confirmer cette hypothèse. Il relève néanmoins qu'il y a plus d'arguments en faveur d'un diagnostic de simulation, sans pour autant de preuve formelle.
7. Dans une lettre adressée le 30 septembre 2005 au Dr O\_\_\_\_\_, médecin traitant, le Dr P\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en gastro-entérologie, relève une hépatite C chronique d'activité discrète et une fibrose portale. Il n'y a pas d'indication formelle à un traitement actuellement. Le médecin propose à son confrère de

répéter les tests hépatiques au bout d'un an et de faire une biopsie hépatique au bout de trois ou quatre ans.

8. En date du 19 janvier 2006, l'intéressé a déposé une demande de rente auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après OCAI), en raison d'une affection psychiatrique.
9. Dans son rapport du 28 janvier 2006 à l'attention de l'OCAI, la Dresse M\_\_\_\_\_ retient comme diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail un apragmatisme total avec ralentissement moteur, accompagné de mutisme, avec une attention très variable. La CIM-10 ne donnant aucune description dans l'aire culturelle d'origine du patient, elle avait procédé par approximation. Par conséquent, le code CIM-10 retenu par analogie est F 45.1 : trouble somatoforme indifférencié et F 48.8 : autres troubles névrotiques non spécifiés, la Dresse M\_\_\_\_\_ précisant que ces analogies ne tiennent pas compte de la gravité des symptômes observés chez l'intéressé. Elle retient une incapacité de travail de 100% depuis septembre 2004, tout en indiquant que l'état du patient est susceptible de se modifier si l'approche thérapeutique réussit à mobiliser les niveaux impliqués dans sa pathologie (niveau familial et transgénérationnel).
10. Le Dr O\_\_\_\_\_ a transmis son rapport médical à l'OCAI en date du 3 février 2006. Il retient comme diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail un status après probable virose ainsi que des troubles psychiques gravissimes. Dans les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, il indique que le patient souffre depuis juillet 2005 d'une hépatite C chronique, d'activité discrète, avec une fibrose portale. Il estime l'incapacité de travail de l'intéressé à 100% à partir du 13 septembre 2004 pour une durée indéterminée. Il relève que son état n'a rencontré aucune amélioration, malgré la prise d'antidépresseurs et que le patient a continué à présenter un mutisme total. Selon lui, la capacité de travail ne peut être améliorée par des mesures médicales et aucune mesure professionnelle n'est indiquée.
11. Dans son rapport médical adressé à l'OCAI le 4 février 2006, le Dr L\_\_\_\_\_ indique que l'intéressé est en incapacité totale de travailler depuis le 11 septembre 2004 jusqu'à ce jour. Il retient comme diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail des troubles psychiatriques et comportementaux sévères, ainsi que des céphalées. Il estime que la capacité de travail pourrait éventuellement être améliorée par des mesures médicales, mais que le pronostic restait très incertain.
12. En date du 6 septembre 2006, le Dr Q\_\_\_\_\_ du Service médical régional AI (ci-après SMR) a rendu son rapport d'examen concernant l'intéressé. Il estime qu'aucune atteinte à la santé médicalement identifiable ne peut être retenue, du fait qu'aucune ne peut être démontrable. Il considère que la capacité de travail exigible est de 100%, sans aucune limitation fonctionnelle. Il relève un grand nombre

d'incohérences médicales, ainsi que relevées par le Dr N\_\_\_\_\_ dans son expertise du 9 septembre 2005. Pour ces raisons, il conclut que l'assuré ne présente pas d'invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI.

13. L'OCAI a rendu son projet de décision en date du 25 septembre 2006. Il conclut au rejet de la demande, se référant à l'expertise du 9 septembre 2005 établie par le Dr N\_\_\_\_\_, aux termes de laquelle l'intéressé présente un comportement atypique et qu'aucun élément ne permet de poser de diagnostic dans le cadre d'une classification reconnue (CIM-10 ou DSM-IV), comme imposé par l'OFAS.
14. Le 27 octobre 2006, l'intéressé, par l'intermédiaire de son mandataire, a contesté le projet de décision. Il relève que dans son expertise, le Dr N\_\_\_\_\_ déclare qu'il n'y a « aucun élément qui permette de poser un diagnostic dans le cadre d'une classification reconnue » et que « ceci ne signifie pas d'emblée que l'intéressé n'a rien ou a simulé (...) il est seulement pour l'expert impossible d'infirmer ou de confirmer cette hypothèse ». Par conséquent, le fait qu'aucun diagnostic n'ait pu être posé ne change rien à son incapacité de travail. Il indique en outre qu'une procédure contre son assureur-maladie a été ouverte par devant le Tribunal cantonal des assurances sociales, dans laquelle il conclut à une expertise pluridisciplinaire et suggère à l'OCAI d'attendre que ce dernier rende son arrêt afin de ne pas multiplier les procédures.
15. Par décision du 8 janvier 2007, l'OCAI a rejeté la demande de rente de l'intéressé. Il constate, concernant la demande d'expertise pluridisciplinaire faite dans la procédure pendante par devant le Tribunal cantonal des assurances sociales, qu'aucune atteinte à la santé n'a été mise en évidence et que les actes médicaux ne doivent être complétés que dans le cas où ils présentent une lacune ou qu'ils sont contestés sur des points précis, et non dans le cas où ils pourraient éventuellement aboutir à une appréciation différente des précédents rapports médicaux. S'en référant à l'avis du SMR, l'OCAI estime que le dossier médical est complet.
16. Par acte du 9 février 2007, l'assuré recourt contre cette décision. Il conclut à titre liminaire à ce que la présente procédure et la procédure l'opposant à la Caisse-maladie 57 et précédemment ouverte par-devant le Tribunal de céans, soient jointes. Il conclut principalement à ce que la décision du 8 janvier 2007 soit annulée. Il relève que selon le Dr O\_\_\_\_\_, une expertise pluridisciplinaire serait indispensable et la présence d'un ethnopsychiatre lors de l'examen psychiatrique fort utile, ce médecin ne comprenant pas pour quelle raison l'intéressé est tombé dans un état pratiquement végétatif. Le recourant constate que la Dresse M\_\_\_\_\_ estime également qu'une expertise pluridisciplinaire est indispensable. Il relève encore que le fait de dire qu'un homme, qui a toujours travaillé avec sérieux, qui s'est toujours occupé de sa famille convenablement et qui cesse soudain toute activité, simule son état, est contraire au bon sens. En outre, tous les médecins l'ayant examiné ont indiqué que si aucun diagnostic médical n'a pu être posé, cela

ne veut pas dire pour autant qu'aucun grave trouble psychique n'existe pas. Il conclut à ce que le Tribunal ordonne une expertise pluridisciplinaire confiée à un neurologue, un psychiatre, un neuropsychiatre et un ethnopsychiatre.

17. Dans sa réponse du 3 avril 2007, l'OCAI se réfère au rapport d'expertise du Dr N\_\_\_\_\_ ainsi qu'à celui des HUG du 26 novembre 2004 et conclut au rejet du recours, dès lors que le recourant ne présente aucune atteinte psychiatrique médicalement identifiable.
18. Le 24 avril 2007, le recourant a souligné que dans le cadre de la procédure l'opposant à sa caisse-maladie (cause A/1384/2006), le Tribunal de céans, par ordonnance du 23 mars 2007, a décidé de procéder à une expertise psychiatrique et mandaté le Dr R\_\_\_\_\_, médecin adjoint au service de psychiatrie adulte, à la Clinique de Belle-Idée. Le recourant a proposé la jonction des causes.
19. Par arrêt incident du 9 mai 2007, le Tribunal de céans a suspendu la cause jusqu'au dépôt de l'expertise psychiatrique mise en œuvre dans le cadre de la procédure A/1384/2006.
20. Le Dr R\_\_\_\_\_ a rendu son rapport d'expertise en date du 1<sup>er</sup> novembre 2007. L'expert explique que le recourant est resté mutique durant les entretiens, qui ont eu lieu par l'intermédiaire d'une interprète. Aux questions les plus simples, il n'a donné que deux types de réponse en albanais, "j'ai mal à la tête" ou "la tête, la tête" et "je ne sais pas". Toutes les informations recueillies ont été fournies par sa femme et/ou son frère. Selon les propos tenus et le sujet abordé, l'assuré s'agitait légèrement sur son siège ou avait une expression de tristesse, de désarroi. Le tableau clinique s'intégrant difficilement dans le cadre des troubles diagnostiqués sur la base des classifications reconnues (DSM-IV, CIM-10), l'expert a envisagé trois hypothèses, le trouble de l'humeur, le trouble dissociatif (de conversion) ainsi que le trouble factice et la simulation (malingering). Après analyse et discussion du cas, le Dr R\_\_\_\_\_ a exclu le diagnostic de trouble factice et retenu ceux d'épisode dépressif sévère (stupeur mélancolique) F32 et de stupeur dissociative F44.2 selon la CIM-10. Le trouble psychique est grave et a valeur de maladie. L'expert précise qu'il s'agit d'une atteinte psychique indépendante et non d'une manifestation réactive d'accompagnement d'un trouble somatoforme douloureux, les troubles que présentent l'expertisé (céphalées) ne correspondant d'ailleurs pas à un tel diagnostic. La capacité de travail est nulle depuis l'apparition des troubles en septembre 2004. Les prises en charge et interventions médicale et psychiatrique n'ont à ce jour pas apporté la moindre amélioration clinique et il n'y a pas lieu d'espérer que la poursuite d'un traitement ambulatoire soit en mesure de produire un changement significatif de son état de santé et, partant, de sa capacité de travail. Le pronostic est extrêmement sombre. D'un point de vue strictement médical, l'expert considère que l'état clinique de l'expertisé mériterait une nouvelle hospitalisation en milieu

psychiatrique avec mise en œuvre de toutes les ressources thérapeutiques des dépressions résistantes. Ce type de traitement n'est toutefois pas exigible.

21. Par ordonnance du 23 novembre 2007, le Tribunal de céans a repris l'instruction de la cause et communiqué le rapport d'expertise aux parties, lesquelles ont été invitées à se déterminer.
22. Dans ses conclusions du 14 décembre 2007, l'OCAI indique avoir soumis le rapport d'expertise au SMR qui considère que les constatations du Dr R\_\_\_\_\_ ne sont pas convaincantes sur le fait médical, surtout que le patient est resté mutique et n'a pas répondu aux questions. Selon le SMR, un état aussi grave tel que celui décrit dans le rapport d'expertise nécessiterait une hospitalisation, ce qui n'a pas été demandé par le médecin psychiatre traitant. L'OCAI estime qu'une observation en milieu hospitalier serait souhaitable, afin de pouvoir trancher entre les avis divergents, car elle serait fondée sur des observations médicales objectives.
23. Le recourant, dans ses observations du 14 décembre 2007, relève que sa caisse-maladie, après avoir pris connaissance du rapport d'expertise, l'a informé qu'elle allait immédiatement procéder au versement intégral des indemnités journalières interrompues à tort. Il se réfère pour le surplus à l'expertise détaillée et convaincante du Dr R\_\_\_\_\_ et conclut à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, sous suite de dépens.
24. Dans ses écritures complémentaire du 21 janvier 2008, le recourant qualifie de peu cohérente et légère l'argumentation de l'OCAI quant à son mutisme, dès lors qu'il est constant que depuis le 11 septembre 2004, suite à un malaise, il se trouve être pratiquement dans un état végétatif, ce que tous les médecins, y compris le Dr N\_\_\_\_\_, ont constaté. Il s'insurge par ailleurs contre la suggestion de l'OCAI visant à mettre sur pied une observation en milieu hospitalier, ce type de traitement n'étant, de l'avis même de l'expert, pas exigible, mais relevant de la décision des médecins traitants et de la famille.
25. L'OCAI, pour répondre aux allégués du recourant, considère qu'il n'a été nullement démontré de manière convaincante que les conclusions du rapport d'expertise du Dr N\_\_\_\_\_, de même que les divers rapports médicaux antérieurs, auraient lieu d'être purement et simplement balayés au profit d'une expertise dont la seule particularité serait d'être plus récente. Compte tenu de la complexité de la nature de l'atteinte, l'OCAI estime qu'il y a lieu d'effectuer une instruction complémentaire sous forme d'une observation en milieu hospitalier.
26. Lors de l'audience de comparution des mandataires qui s'est tenue le 5 mars 2008, l'avocat du recourant a indiqué que la caisse-maladie, après avoir pris connaissance du rapport d'expertise du Dr R\_\_\_\_\_, a annulé sa décision et accepté de prendre en charge le cas de l'assuré et de verser les prestations auxquelles elle était tenue. Pour le surplus, il a rappelé que l'opportunité d'une hospitalisation n'est pas

impérative et que c'est au médecin traitant qu'il appartiendra, le cas échéant, de prendre la décision. L'OCAI pour sa part, a persisté dans ses conclusions, se référant à l'avis du SMR.

27. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît 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) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI).

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

2. La LPGA est entrée en vigueur le 1er 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 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). Les règles de procédure quant à elles s'appliquent sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). La LPGA s'applique donc au cas d'espèce.
3. Interjeté dans les forme et délai prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA).
4. Le litige consiste à déterminer si le recourant présente une atteinte à la santé psychique ouvrant droit à des prestations de l'assurance-invalidité.
5. 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). L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est par sa nature et sa gravité propre à ouvrir un droit aux prestations entrant en considération.

Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation

exigibles (art. 7 LPGA). 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).

En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI (dans sa version antérieure au 1<sup>er</sup> janvier 2004), l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3% 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; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1bis LAI, prétendre à une demi-rente s'il est invalide à 40% au moins. Dès le 1<sup>er</sup> janvier 2004, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un 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.

6. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. 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 (ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).

La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant légitimement sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 398 ss consid. 5.3 et consid. 6).

7. 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).

Le juge des assurances sociales apprécie librement les preuves (art. 61 let. c LPGA). Toutefois, si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. A cet égard, l'élément déterminant n'est ni l'origine, ni la désignation du moyen de preuve comme rapport ou expertise, mais son contenu. Il importe 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 (ATF 125 V 352 consid. 3a).

Enfin, 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 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

8. En l'espèce, le recourant est en incapacité de travail totale depuis le 13 septembre 2004, en raison de divers troubles survenus à la suite d'une affection virale.

Lors de son hospitalisation à la clinique psychiatrique de Belle-Idée le 2 novembre 2004, suite apparemment à une chute à son domicile avec perte de connaissance, les médecins avaient relevé que le recourant n'entraînait pas en contact, semblait désorienté dans le temps et l'espace, replié sur lui-même et pas collaborant. Les tests neuropsychologiques n'avaient toutefois pas mis en évidence de problèmes psychiques et les médecins avaient évoqué les diagnostics de trouble factice et autres troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte. Ils ne se sont pas prononcés sur la capacité de travail.

Quelques mois plus tard, la Dresse M\_\_\_\_\_, au terme d'une approche ethnopsychiatrique, a conclu à un trouble réel et très grave, qui se manifeste par un apragmatisme total avec ralentissement moteur, accompagné de mutisme avec une attention très variable. Concernant le diagnostic, elle a expliqué que la CIM-10 ne donne aucune description dans l'aire culturelle d'origine du patient, mais qu'en procédant par approximation, elle a retenu par analogie un trouble somatoforme indifférencié F 45.1 et autres troubles névrotiques non spécifiés, F 45.1, tout en précisant que ces analogies ne tiennent pas compte de la gravité des symptômes observés chez le recourant. Selon la psychiatre, l'incapacité de travail est totale depuis septembre 2004. L'état du patient est susceptible de se modifier si l'approche thérapeutique réussit à mobiliser les niveaux impliqués dans sa pathologie (niveau familial et transgénérationnel). Les Drs O\_\_\_\_\_ et L\_\_\_\_\_, médecins traitants, partagent ces conclusions et confirment que l'incapacité de travail est totale depuis le mois de septembre 2004 en raison de graves troubles psychiques, qui ne se sont pas améliorés sous traitement.

L'intimé conteste que le recourant présente une atteinte à la santé psychique invalidante, en se référant à l'expertise réalisée par le Dr N\_\_\_\_\_ le 9 septembre 2005.

Or, ce rapport ne permet pas de tirer de conclusions définitives quant à la répercussion de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail du recourant. En effet, le Dr N\_\_\_\_\_ relève que les rapports de la clinique de Belle-Idée et de la Dresse M\_\_\_\_\_ sont contradictoires, qu'aucune n'a valeur d'expertise et qu'il est impossible de trancher. Il a par ailleurs conclu que le recourant présente un comportement atypique qui ne lui permet pas de poser un diagnostic dans le cadre d'une classification reconnue et que s'il y a davantage d'arguments en faveur d'un diagnostic de simulation, il n'existe aucune preuve formelle. Il ne s'est en conséquence pas prononcé sur la capacité de travail. Force dès lors est de constater que l'expert n'a pas pu éclaircir le cas, de sorte que ses conclusions ne sauraient être retenues.

Le Tribunal de céans, en présence de rapports médicaux contradictoires, a ordonné une expertise psychiatrique afin de clarifier la situation du point de vue médical. Dans son rapport du 1<sup>er</sup> novembre 2007, le Dr R\_\_\_\_\_ a diagnostiqué une stupeur mélancolique et une stupeur dissociative au sens de la CIM-10 et confirmé que le recourant souffrait d'une grave atteinte à la santé psychique entraînant une incapacité de travail totale depuis l'apparition des troubles en septembre 2004.

L'intimé conteste la valeur probante de l'expertise du Dr R\_\_\_\_\_, au motif que le patient est resté mutique durant tous les entretiens et conclut, en se référant à l'avis du SMR, qu'une observation en milieu hospitalier permettrait de trancher le cas, dès lors qu'elle serait fondée sur des observations médicales objectives.

S'agissant du premier grief, il tombe à faux. En effet, le Tribunal de céans relève que le recourant est resté mutique dès l'apparition des troubles en septembre 2004, et ce avec tous les médecins qui l'ont examiné, y compris le Dr N\_\_\_\_\_.

Quant à la valeur probante du rapport d'expertise du Dr R\_\_\_\_\_, le Tribunal constate que ce dernier a examiné le recourant à trois reprises, qu'il a recueilli toutes les informations utiles, qu'il a eu connaissance du dossier complet et qu'il a demandé à un spécialiste en ethnopsychiatrie, le Dr S\_\_\_\_\_, médecin adjoint, spécialiste FMH en psychiatrie-psychothérapie, d'examiner le recourant et de rendre un rapport. L'expertise comporte une anamnèse familiale, personnelle, professionnelle et médicale détaillée, les données subjectives de la personne et les constatations objectives. Le Dr R\_\_\_\_\_ a ensuite procédé à une analyse minutieuse de chacun des diagnostics évoqués et dans la discussion du cas, il a expliqué de façon circonstanciée pourquoi il excluait le diagnostic de trouble factice, pour retenir ceux d'épisode dépressif sévère (stupeur mélancolique) et de stupeur dissociative classés sous chiffres F32 et F44.2 de la CIM-10. L'expert a

certes admis que le diagnostic différentiel entre ces deux formes de stupeur est souvent difficile, et qu'il l'est particulièrement dans le cas d'espèce, mais il a néanmoins expliqué comment et pour quelles raisons il a pu rattacher les symptômes aux différents troubles de la classification CIM-10. Enfin, il a expliqué de façon convaincante qu'il s'agit d'un trouble grave, que l'état de santé du recourant ne s'est pas amélioré depuis 2004 et que le pronostic est extrêmement sombre, tant en ce qui concerne l'avenir professionnel de l'expertisé que l'évolution de son état clinique. Il n'y a pas de capacité de travail depuis septembre 2004, date de l'apparition des troubles. Le Dr R\_\_\_\_\_ ajoute que d'un point de vue strictement médical, et en dépit de l'échec thérapeutique d'un premier séjour à Belle-Idée, il considère que l'état clinique du recourant mériterait une nouvelle hospitalisation en milieu psychiatrique avec mise en oeuvre de toutes les ressources thérapeutiques des dépressions résistantes, mais que ce type de traitement n'est pas exigible.

Au vu de ce qui précède et contrairement à ce que soutient l'intimé, le Tribunal constate que le rapport d'expertise du Dr R\_\_\_\_\_ remplit toutes les conditions auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document. L'expert a su clarifier le cas et la gravité de l'atteinte à la santé psychique - qui constitue un trouble indépendant - est établie. Il n'y a pas lieu d'ordonner un supplément d'instruction, étant rappelé au demeurant que quoi qu'il en soit, la proposition du SMR visant à une observation en milieu hospitalier ne constituerait pas une mesure raisonnablement exigible.

9. En conséquence, il y a lieu d'admettre que le recourant présente une atteinte à la santé psychique grave depuis le 13 septembre 2004, entraînant une incapacité totale de travail, de sorte que son degré d'invalidité est de 100 %.

Conformément à l'art. 29 al. 1 let. b LAI, le droit à la rente au sens de l'art. 28 prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable (art. 6 LPGA), soit en l'occurrence le 14 septembre 2005. Il s'ensuit que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité dès le mois de septembre 2005.

10. Bien fondé, le recours est admis. Le recourant obtenant gain de cause, l'intimé sera condamné à lui verser une indemnité de 2'500 fr, à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 89H al. 3 LPA).
11. Au vu de l'issue du litige, un émolument de 1'000 fr. est mis à la charge de l'intimé (art. 69 al. 1bis LAI).

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

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet.
3. Annule la décision de l'OCAI du 8 mars 2007.
4. Dit et prononce que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité dès le mois de septembre 2005.
5. Condamne l'OCAI à payer au recourant une indemnité de 2'500 fr. à titre de participation à ses frais et dépens.
6. Met un émolument de 1000 fr. à la charge de l'OCAI.
7. 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); 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