

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/5006/2007

ATAS/647/2009

**ARRET**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**Chambre 3**

**du 22 mai 2009**

En la cause

Monsieur K\_\_\_\_\_, domicilié à Carouge, représenté par  
l'Association suisse des assurés

recourant

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue  
de Lyon 97, 1203 Genève

intimé

**Siégeant : Karine STECK, Présidente; Maria GOMEZ et Olivier LEVY, Juges  
assesseurs**

---

### **EN FAIT**

1. Monsieur K\_\_\_\_\_, né en 1967, de nationalité érythréenne, marié et père de trois enfants, arrivé en Suisse en 1983, sans formation professionnelle, a travaillé en tant qu'employé de cuisine aux Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) à compter de 1989 et jusqu'en 2003.
2. Le 7 avril 2004, il a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (OCAI) en invoquant une dépression apparue après un accident survenu en avril 2003.
3. Dans un rapport médical daté du 1<sup>er</sup> juillet 2004, le Dr L\_\_\_\_\_, chef de clinique à la Consultation de psychiatrie de la Jonction, a posé le diagnostic d'épisode dépressif majeur d'intensité sévère chronique apparu en avril 2003. Le médecin a précisé que la dépression était relativement sévère, puisque le score Montgomery était de 26 en mars 2004. Il a émis par ailleurs un pronostic peu favorable. Il a admis que des particularités comportementales de nature sociale, culturelle ou familiale jouaient certainement un rôle prépondérant dans l'affection, mais que l'incapacité de travail, si elle pouvait être influencée de façon mineure par des raisons socio-économiques ou conjoncturelles, était plutôt due à l'affection mentale. Le Dr L\_\_\_\_\_ a conclu à une totale incapacité de travail.
4. Le Dr M\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, a établi un rapport en date du 12 juillet 2004. Il a confirmé le diagnostic d'état dépressif majeur d'intensité sévère - dont il a expliqué qu'il était apparu suite à au stress aigu provoqué par un accident de voiture survenu en avril 2003 -, accompagné de céphalées chroniques et d'asthénie. Le médecin a conclu à une totale incapacité de travail à compter du 14 avril 2003.

Il ressort de l'anamnèse du rapport que ce jour-là, l'assuré, qui circulait en voiture, a été percuté par un véhicule venant à contresens; cet accident lui a occasionné un impact crânien, sans perte de connaissance; le jour-même, l'assuré s'est rendu aux urgences en se plaignant de céphalées, de douleurs de l'épaule gauche et de lombalgies; les examens radiologiques et cliniques n'ont cependant montré aucune lésion osseuse; le diagnostic de contusions lombaires et de l'épaule gauche a été finalement posé.

Depuis lors, l'assuré a continué à se plaindre de céphalées importantes, de douleurs cervicales et lombaires avec limitations fonctionnelles, d'insomnies, ainsi que de troubles psychiques. Un scanner cérébral pratiqué en juin 2003 n'a montré aucune pathologie. Des radiographies de la colonne cervicale ont mis en évidence une discopathie C5-C6 et de discrets troubles statiques.

L'évolution psychique du patient a été décrite comme catastrophique. Il a ainsi dû consulter à plusieurs reprises les urgences pour des crises de panique et d'angoisse. Il a par ailleurs été hospitalisé à Belle-Idée d'août à octobre 2003. A la suite de cette hospitalisation, il a été suivi par le Centre de psychiatrie du secteur de la Jonction. De nombreux traitements antidépresseurs ont été mis sur pied, ainsi qu'une thérapie intensive sous forme de consultations au moins hebdomadaires, sans résultat.

Le patient se plaint d'une fatigabilité intense, de pertes de mémoire, de céphalées et de crises d'angoisse. Il n'entreprend plus rien, ne dort pas la nuit et fait des siestes durant la journée. Il vit isolé et replié sur lui-même, ne voyant plus personne.

Le Dr M\_\_\_\_\_ a conclu en indiquant que malgré cette prise en charge psychiatrique lourde, aussi bien pharmacologique que sous forme d'entretiens fréquents, aucune évolution positive ne s'est manifestée. Selon lui, une reprise du travail n'est pas envisageable; une tentative durant l'été 2003 s'est d'ailleurs soldée par une crise de panique majeure et une hospitalisation.

5. L'assuré a fait l'objet d'une expertise par le Dr N\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie, auquel l'a adressé son assureur accident en date du 11 novembre 2003.

L'expert a indiqué que sur le plan strictement physique, l'accident avait entraîné un traumatisme crânien simple et des contusions cervicales et lombaires. Les investigations radiologiques n'ont révélé aucune lésion d'origine traumatique. En revanche, l'expert a noté que sur le plan psychique, l'évolution avait été particulièrement défavorable, avec l'apparition d'un état dépressif et de crises de panique ayant nécessité une hospitalisation de jour pendant deux mois à Belle-Idée avec un traitement médicamenteux. Les psychiatres ont alors posé les diagnostics d'état de stress post-traumatique, de trouble dépressif récurrent et de trouble panique. L'expert a jugé que si un arrêt de travail n'était pas justifié du point de vue strictement somatique, il l'était en revanche au vu des troubles psychiques, qu'il a préconisé de faire évaluer par un spécialiste.

6. Une expertise a été demandée au Dr O\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Ce dernier a rendu son rapport en date du 17 juin 2004 (pièce 20 OCAI), sur la base du dossier mis à sa disposition, des entretiens avec le patient, d'un dosage médicamenteux et d'un entretien avec le médecin-traitant.

Le Dr O\_\_\_\_\_ a relevé que l'assuré se montrait très laconique dans ses réponses, ne formait que rarement des phrases complètes et avait adopté une attitude passive, attendant les questions, de sorte que la situation thymique était difficile à évaluer.

L'expert a décrit le patient comme étant relativement figé dans son auto-appréciation négative et son retrait social, mais l'a jugé cliniquement peu dépressif ou anxieux et l'a situé plutôt dans une sorte de « mal-être et de sinistrose » que dans une pathologie psychiatrique lourde.

Le Dr O\_\_\_\_\_ a fait état d'un tableau psychopathologique frappant par un important décalage entre la quantité des plaintes énoncées et la pauvreté des observations et a conclu à une partie subjective très nettement surinvestie. Le dosage médicamenteux a abouti à la conclusion que l'assuré, s'il prenait correctement le Remeron, ne faisait pas de même pour le Tryptizol.

Passant ensuite en revue les critères de la CIM-10, l'expert a conclu que l'on pouvait parler, au pire, d'un état dysthymique, sans pathologie majeure. Il a émis l'hypothèse qu'un état dépressif d'une intensité plus importante avait peut-être existé auparavant, mais qu'il avait été positivement influencé par la médication. Il a également évoqué de possibles problèmes d'adaptation.

En définitive, le Dr O\_\_\_\_\_ a indiqué que l'ensemble des données le faisait plutôt penser à une évolution sinistrosique, c'est-à-dire un processus d'invalidation largement déterminé par des facteurs extra-médicaux, sans écarter totalement la suspicion d'une accentuation des plaintes. Il a retenu les diagnostics de dysthymie (F34.1) et neurasthénie (F48) dont il a considéré que les conséquences étaient plutôt mineures et qu'elles pourraient conduire à admettre une incapacité de travail partielle d'environ 20 à 30% dans un premier temps.

7. Le 17 janvier 2006, l'OCAI a rendu une décision aux termes de laquelle, se référant aux conclusions de l'expertise médicale du 17 juin 2005, il a considéré que l'incapacité de travail de l'assuré n'atteignait que 30% au plus dans l'activité exercée précédemment.
8. Par courrier du 26 janvier 2006, l'assuré a contesté cette décision, en produisant à l'appui de ses dires :

- un rapport médical établi par le Dr M\_\_\_\_\_ le 6 février 2006, dans lequel le médecin traitant relève que les conclusions du Dr O\_\_\_\_\_ vont à l'encontre des diagnostics posés par les médecins psychiatres qui se sont succédé au sein du Département de psychiatrie des HUG, qui, tous, ont conclu à un état dépressif majeur d'intensité sévère ; le Dr M\_\_\_\_\_ s'étonne dès lors que les institutions psychiatriques aient pu se tromper autant et si longtemps ;

- une attestation médicale établie le 8 février 2006 par les Drs P\_\_\_\_\_ et Q\_\_\_\_\_, du Département de psychiatrie adulte de la Jonction (programme dépression), confirmant que les diagnostics retenus sont ceux d'épisode dépressif majeur d'intensité sévère, de

syndrome des jambes sans repos et de syndrome d'apnée du sommeil ; les médecins ajoutent qu'ils ne peuvent reprendre à leur compte les diagnostics évoqués par l'expert, mais qu'en égard à l'évaluation de ce dernier, ils allaient travailler avec le patient pour essayer de lui faire retrouver un état de santé compatible avec une reprise du travail.

9. Un complément d'expertise a été demandé au Dr O \_\_\_\_\_, qui s'est exécuté en date du 5 mai 2007. Il convient de relever que cette seconde expertise s'est faite en la présence d'un interprète.

L'expert a relevé qu'une oxymétrie nocturne avait été effectuée en novembre 2004, qui avait montré la présence de séquences de désaturation pouvant être compatibles avec un syndrome d'apnées du sommeil. Un enregistrement très complet a conclu à des troubles majeurs de la continuité du sommeil, à des troubles respiratoires sur résistance des voies aériennes supérieures, et à un syndrome de mouvements périodiques des jambes. La sévérité de la perturbation a été considérée comme modérée et des propositions thérapeutiques ont été faites.

Le Dr O \_\_\_\_\_ a émis l'avis que l'état cognitif de l'assuré et la communication avec ce dernier s'étaient nettement améliorés mais que l'expertisé était marqué par une émotion dysphorique dysthymique.

L'expert, reprenant les rapports médicaux établis, a relevé que les médecins, six mois après l'accident, avaient objectivement décrit une situation psychique plutôt modeste : l'assuré apparaissait légèrement triste, avec un discours un peu ralenti et appauvri. Les réponses au questionnaire d'auto-évaluation contrastaient cependant fortement avec ces constatations objectives. L'expert en a tiré la conclusion que c'est ce qui avait amené les médecins à conclure à l'existence d'un épisode dépressif majeur d'intensité sévère. Le Dr O \_\_\_\_\_ émet l'hypothèse que les médecins ont d'ailleurs dû être frappés par la discordance car ils ont insisté, à la fin de leur rapport, sur la nécessité de reprendre le travail le plus tôt possible et d'axer tout le travail thérapeutique dans ce sens.

Selon le Dr O \_\_\_\_\_, il y a eu une amélioration dans la présentation clinique de l'assuré par rapport à 2003. L'intéressé est décrit comme plus soigné de sa personne, plus tonique, cognitivement à la hauteur de la discussion.

L'expert a posé les mêmes diagnostics que précédemment, à savoir dysthymie et neurasthénie, insistant sur le fait que la dysthymie était utilisée par analogie pour désigner un état de type dysphorique couvrant l'ensemble des sentiments d'insatisfaction, d'ennui, de mal-être diffus, d'anhédonie, de goût amer de la vie, d'irritabilité et d'agressivité réactive, d'humeur morose et maussade de l'assuré. L'expert s'est déclaré convaincu qu'il n'y avait pas d'état dépressif au sens clinique du terme. Il voit d'ailleurs là l'explication de l'inefficacité des approches

antidépresseurs médicamenteux, soulignant que les situations de véritable résistance thérapeutique sont aujourd'hui très rares.

Finalement, eu égard à la disqualification massive de l'assuré, à son côté menaçant, au désaccord manifeste des médecins-traitants, l'expert a suggéré de demander un deuxième avis psychiatrique, à un praticien sis hors du canton.

10. Par décision sur opposition du 15 novembre 2007, l'OCAI a maintenu son refus de prestations en se référant au rapport d'expertise du 17 juin 2004.

L'OCAI a admis que l'expert s'était contredit en admettant - après avoir conclu à l'absence de troubles dépressifs - une incapacité de travail de 20 à 30%, qu'il a motivée par une neurasthénie et une dysthymie. L'OCAI a cependant considéré qu'au regard du complément d'expertise obtenu, le rapport pouvait se voir reconnaître pleine valeur probante, d'autant que le médecin traitant de l'assuré n'avait quant à lui pas indiqué les raisons qui l'avaient conduit à retenir le diagnostic d'épisode dépressif majeur d'intensité sévère. L'OCAI a par ailleurs relevé que le Département de psychiatrie adulte de la Jonction avait abondé dans l'idée d'une démarche axée sur la reprise du travail. En définitive, l'OCAI a jugé que l'assuré était en mesure de reprendre son activité professionnelle précédente, à un taux oscillant entre 70 et 80%.

11. Par courrier du 17 décembre 2007, l'assuré a interjeté recours auprès du Tribunal de céans en concluant à l'octroi d'une rente entière. Il reproche aux experts de ne pas avoir expliqué pour quelles raisons ils ont conclu à l'absence de trouble dépressif. Il fait grief à l'OCAI de ne pas avoir tenu compte de son objection, à savoir qu'il est incapable de travailler. Le recourant reproche par ailleurs à l'expert de ne pas avoir relaté ses doléances. Le recourant invoque également une violation du principe de la proportionnalité, sans plus de précision. Enfin, il reproche à l'OCAI de ne pas avoir établi correctement les faits.

12. Invité à se prononcer, l'OCAI, dans sa réponse du 25 janvier 2008, a conclu au rejet du recours. Il soutient que l'expertise réalisée par le Dr O \_\_\_\_\_ doit se voir reconnaître pleine valeur probante au regard des principes jurisprudentiels et explique que s'il n'a pas donné suite à la suggestion du Dr O \_\_\_\_\_ de demander un second avis psychiatrique, c'est que les motifs qui conduisaient ce dernier à faire cette proposition étaient extra-médicaux.

13. Par courrier du 1<sup>er</sup> avril 2008, le Dr M \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, a directement contacté le Tribunal de céans pour expliquer qu'il a suivi l'assuré durant les dernières années pour des problèmes de leucopénie, que le patient, lors du dernier contrôle - en mars 2008 -, présentait un taux de leucocytes sanguins légèrement en-dessous de la moyenne, que pour le reste, le statut hématologique était dans les limites de la norme et le bilan biologique strictement normal, sans aucun signe d'inflammation ni de pathologie. Le médecin en a tiré la

conclusion que du point de vue physique, son patient ne présentait aucune pathologie. Il a expliqué que pour l'essentiel, l'incapacité de travail de l'assuré était liée à un problème psychiatrique, pour lequel il était suivi depuis de très nombreuses années, à raison de plusieurs prises en charge par semaine, sans aucune amélioration. Le médecin a émis l'avis qu'un second avis psychiatrique serait particulièrement pertinent et s'est étonné que l'OCAI n'ait pas donné suite aux recommandations du Dr O\_\_\_\_\_ sur ce point.

14. Par courrier du 15 mai 2008, l'OCAI a pris position en se référant à l'avis de la Dresse R\_\_\_\_\_, médecin-conseil auprès du Service médical régional AI (SMR). Cette dernière a estimé que le courrier du Dr M\_\_\_\_\_ n'apportait pas d'élément nouveau et ne mettait pas non plus en évidence une aggravation de l'état de santé de l'assuré. Elle a maintenu qu'une expertise supplémentaire ne se justifiait pas, compte tenu du rapport circonstancié et complet établi par le Dr O\_\_\_\_\_. La Dresse R\_\_\_\_\_ a dit ne pas comprendre pourquoi le médecin traitant réclamait une deuxième évaluation psychiatrique, puisque l'expert avait retenu des diagnostics clairs, précisé les besoins de l'assuré et conclu que les atteintes à la santé n'étaient pas totalement incapacitantes.
15. Par courrier du 25 août 2008, le recourant a allégué se trouver dans un état de fatigue très prononcé, dont il suppose qu'il est la conséquence de ses difficultés à trouver le sommeil et de son état d'anxiété.

Il a par ailleurs produit un rapport médical établi le 31 juillet 2008 par le Dr S\_\_\_\_\_, chef de clinique au Département de psychiatrie des HUG. Ce médecin y décrit l'assuré comme triste, apathique, démotivé, avec une vision très pessimiste de l'avenir, des idées de culpabilité et de dévalorisation d'intensité sévère, des idées de mort fréquentes et récurrentes - sans projet de passage à l'acte, en raison de son sens de responsabilité envers ses enfants. Il ajoute que ses troubles de sommeil entraînent un décalage des phases du sommeil et sont compatibles avec le diagnostic d'apnées du sommeil, que ses angoisses récurrentes le poussent à éviter les sorties et, enfin, que son incapacité de travail est totale. Selon le médecin, le patient présente un épisode dépressif résistant aux traitements, d'intensité sévère chronique, apparu dans le cadre d'un syndrome de stress post-traumatique, suite à un accident de voiture survenu en avril 2003. Le Dr S\_\_\_\_\_ explique que la leucopénie dont fait état le médecin traitant limite l'utilisation de médicaments, qui risquent de perturber le système hématologique. Après avoir précisé qu'il a été possible de diminuer progressivement le traitement de benzodiazépines jusqu'à l'arrêter, le Dr S\_\_\_\_\_ a émis l'avis qu'une reprise du travail est improbable, voire difficilement réalisable, en raison des convictions du patient et du sentiment d'incapacité et de dévalorisation dans lequel il vit depuis 2003. Il a enfin indiqué que la prise en charge thérapeutique s'articulait principalement autour d'un suivi bi-hebdomadaire ayant pour objectif de sortir le patient de son isolement social et de le revaloriser.

16. Dans un bref certificat médical supplémentaire, le Dr S\_\_\_\_\_ a ajouté que l'état de santé de l'assuré ne permettait pas à ce dernier d'assumer l'encadrement de ses enfants et qu'une aide à temps partiel serait bien utile.

17. Une audience de comparution personnelle s'est tenue en date du 28 août 2008.

Le recourant a expliqué avoir travaillé durant quatorze ans dans les cuisines de l'Hôpital cantonal, jusqu'à son accident de la circulation et avoir ensuite en vain tenté de reprendre le travail à temps partiel.

18. Le Dr S\_\_\_\_\_ a été entendu par le Tribunal de céans en date du 23 octobre 2008. Il a expliqué que le recourant a été adressé au centre de consultation en 2004 et qu'il a d'abord été suivi par son prédécesseur, le Dr L\_\_\_\_\_ ; lui-même le suit depuis octobre 2006.

Le témoin a indiqué n'avoir eu connaissance que du premier rapport du Dr O\_\_\_\_\_, dont il a expliqué ne pas partager les conclusions. Le Dr S\_\_\_\_\_ a émis l'avis que son confrère ne s'est pas livré à une appréciation objective, ajoutant que, d'après ce qu'il a pu comprendre, le patient s'est montré revendicateur, ce qui n'a pas contribué à établir une relation thérapeutique satisfaisante.

Pour le reste, le témoin a relevé que trois ans après le rapport du Dr O\_\_\_\_\_ - qui émettait l'hypothèse que l'état du patient était susceptible d'évoluer, les faits ont démontré le contraire, malgré la mise sur pied de plusieurs traitements, non seulement pharmaceutiques, mais également sous forme de séances individuelles et/ou de groupe.

Le témoin a produit un rapport de polysomnographie daté du 19 novembre 2004. Il a expliqué que le recourant n'a pas toléré l'appareil qu'il devait porter la nuit pour tenter de remédier aux apnées et a fait remarquer qu'à ces dernières, s'ajoute un syndrome de mouvements périodiques des jambes.

Le Dr S\_\_\_\_\_ a confirmé son diagnostic d'état dépressif majeur d'intensité sévère. Selon lui, l'état du patient n'a guère évolué dans le temps, hormis quelques petites variations dues par exemple aux bons résultats scolaires de ses enfants. Il n'y a cependant pas eu d'amélioration significative.

Le témoin a expliqué que les patients participant au programme sont régulièrement évalués - au moins une fois par trimestre - au moyen de l'échelle de MADRS et qu'afin d'être le plus objectif possible, cette évaluation n'est pas toujours faite par le même intervenant. Le témoin a produit la dernière évaluation, datée du 26 septembre 2008, qui fait état d'un score de 30 sur 60, ce qui correspond à une dépression sévère. Il a expliqué que, s'agissant du recourant, les variations ont

été minimales (de 27 à 30 points), le meilleur score obtenu étant de 25, ce qui correspond également à une dépression sévère.

Le témoin a indiqué s'être basé sur les critères diagnostiques suivants :

- une tristesse sévère associée à des idéations suicidaires qui, même si elles ne se concrétisent pas en raison du fait que l'assuré cherche à assumer son rôle de père, se montrent absolument obsédantes;
- une extrême dévalorisation et une grande culpabilité;
- une aboulie;
- un manque de dynamisme;
- des difficultés cognitives (mnésiques et déficit de l'attention);
- un repli sur soi et une attitude d'évitement;
- des troubles majeurs du sommeil;
- une perte de confiance préteritant les relations avec autrui.

Le témoin a ajouté que le patient reçoit la dose maximale de d'Anafranil. Il a émis un pronostic plutôt défavorable, en raison de la vision plutôt pessimiste du futur du patient. Selon le témoin, il serait utopique de tabler sur une éventuelle capacité de travail, quelle que soit l'activité envisagée; ce serait mettre le recourant face à un échec supplémentaire.

Le second rapport du Dr O \_\_\_\_\_ a été soumis au témoin qui a expliqué que lorsque le Dr O \_\_\_\_\_ parle d'état dysphorique, il entend par là que le patient a fait preuve de revendications de manière inadéquate, c'est-à-dire agressive. Le Dr S \_\_\_\_\_ a tenu à souligner que l'assuré n'a jamais agi de la sorte depuis qu'il le suit; il se montre au contraire plutôt inhibé par son état.

Le témoin a expliqué que le facteur déclenchant de la souffrance du recourant doit être recherché dans l'accident banal dont il a été victime, qui a cependant laissé des séquelles sous forme de réminiscences même à l'heure actuelle. Il a ajouté qu'il pouvait fort bien comprendre qu'il ait été difficile à l'expert, en quelques heures d'entretien, vu l'appauvrissement de l'élocution du patient, de se faire une idée exacte de ce que ce dernier peut ressentir.

Enfin, le Dr S \_\_\_\_\_ a dit avoir pu objectiver un déficit de l'attention et une somnolence dont il a précisé qu'ils n'étaient pas la conséquence du traitement médicamenteux mais des troubles majeurs du sommeil évoqués plus tôt, lesquels contribuent d'ailleurs à son incapacité de travail.

19. L'OCAI, après avoir soumis le procès-verbal des audiences d'enquêtes et les différents documents produits à son service médical, a pris position par courrier du 7 janvier 2009.

---

Se référant à l'avis du SMR, l'intimé soutient qu'aucun élément objectif nouveau permettant de mettre en valeur une aggravation de l'état de santé ou une nouvelle atteinte n'a été mis en évidence. Selon lui, le Dr S\_\_\_\_\_ a mis en cause de manière inacceptable l'objectivité du Dr O\_\_\_\_\_ sur la base de simples impressions personnelles. La Dresse R\_\_\_\_\_, dans son avis du 7 novembre 2008 reconnaît que le rapport de consultation du 19 novembre 2004 a mis en évidence un trouble majeur de la continuité du sommeil, ainsi qu'un trouble respiratoire en forme essentiellement de syndrome de résistance des voies aériennes supérieures, ainsi qu'un syndrome des mouvements périodiques des jambes au cours du sommeil. Elle souligne cependant que le Dr O\_\_\_\_\_ s'est référé à cette consultation dans son expertise et qu'il en a donc tenu compte dans son appréciation, tout comme le SMR. Pour le reste, s'agissant de l'audition du Dr S\_\_\_\_\_, la Dresse R\_\_\_\_\_ a indiqué : « Je ne peux me prononcer de manière objective sur les conclusions du Dr S\_\_\_\_\_, qui ne sont pas empreintes d'objectivité puisque le Dr S\_\_\_\_\_ doute de l'objectivité de l'expert ». La Dresse R\_\_\_\_\_ se contente donc de relever que l'appréciation du Dr S\_\_\_\_\_ est bien postérieure à celle du Dr O\_\_\_\_\_. Elle ajoute qu'à son avis, il n'y a pas d'aggravation de l'état de santé de l'assuré.

20. Par courrier du 31 mars 2009, le recourant a encore produit un certificat médical établi le 27 mars 2009 par le Dr S\_\_\_\_\_, dans lequel ce dernier reproche à la Dresse R\_\_\_\_\_ de minimiser l'influence de la leucopénie dont souffre son patient. Il souligne que celle-ci a pour conséquence qu'il ne peut proposer à l'assuré - qui souffre déjà d'une symptomatologie sévère - des médicaments qui, en raison de leurs effets secondaires, pourraient encore l'affaiblir ou aggraver sa leucopénie. Pour le surplus, le Dr S\_\_\_\_\_ maintient qu'à son avis, l'incapacité de travail de l'assurée est totale et une reprise d'activité incompatible avec son état de santé.
21. Après communication des dernières écritures aux parties, 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) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI).

En dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

La compétence du Tribunal de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse (ATF 129 V 1, consid. 1; ATF 127 V 467, consid. 1 et les références). C'est ainsi que lorsque l'on examine le droit éventuel à une rente d'invalidité pour une période précédant l'entrée en vigueur de la LPGA, il y a lieu d'appliquer l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et la nouvelle réglementation légale après cette date (ATF 130 V 433 consid. 1 et les références).

En l'espèce, la décision litigieuse est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA ainsi qu'à l'entrée en vigueur, le 1er janvier 2004, des modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4ème révision). Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à une rente d'invalidité doit être examiné au regard des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 4ème révision de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329).

Par ailleurs, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité est entrée en vigueur le 1er juillet 2006 (RO 2006 2003), apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). Le présent cas est soumis au nouveau droit, dès lors que le recours de droit administratif a été formé après le 1er juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).

3. Interjeté dans les forme et délai légaux (art. 56 à 60 LPGA), le recours est recevable.
4. Est litigieuse en l'espèce la question de savoir si le recourant peut prétendre une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement celle de savoir quel est son degré d'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). 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). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a; 105 V 207 consid. 2).

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).

7. a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu 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 et les références).

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 LPGA), 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 est 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 du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 122 V 160 consid. 1c et les références). L'élément déterminant pour la valeur probante n'est en principe ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation, sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 122 V 160 consid. 1c; Omlin, Die Invaliditätsbemessung in der obligatorischen Unfallversicherung p. 297ss.; Morger, Unfallmedizinische Begutachtung in der SUVA, in Revue Suisse des assurances sociales [RSAS] 32/1988 p. 332ss.).

c) Au sujet 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 (ATFA du 14 avril 2003, en la cause I 39/03, consid. 3.2, ATF 124 I 175 consid. 4 et les références citées; Plaidoyer 6/94 p. 67). Il n'a pas, d'emblée, de raison de mettre en doute la capacité alléguée par son

---

patient, surtout dans une situation d'évaluation difficile. En principe, il fait donc confiance à son patient, ce qui est souhaitable, et ne fait donc pas toujours preuve de l'objectivité nécessaire, guidé qu'il est par le souci, louable en soi, d'être le plus utile possible à son patient. Les constatations du médecin de famille quant à l'appréciation de l'incapacité de travail de l'assuré ont ainsi une valeur probante inférieure à celles des spécialistes (RCC 1988 p. 504). La règle est d'ailleurs qu'il se récuse pour l'expertise de ses propres patients (VSI 2001, 109 consid. 3b/cc; RCC 1988 p. 504 consid. 2). L'expert est dans une position différente puisqu'il n'a pas un mandat de soins, mais un mandat d'expertise en réponse à des questions posées par des tiers. Il tient compte des affirmations du patient. Il doit parfois s'écarter de l'appréciation plus subjective du médecin traitant.

d) Quant aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs, le juge peut leur accorder pleine valeur probante aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA I 592/99 du 13 mars 2000 consid. b/ee).

8. En l'espèce, le recourant fait grief au Dr O \_\_\_\_\_ - sur la base du rapport duquel s'est basé l'intimé pour rendre sa décision - de n'avoir pas expliqué les raisons pour lesquelles il a conclu à l'absence de trouble dépressif.

Il convient donc en premier lieu d'examiner si les rapports du Dr O \_\_\_\_\_ peuvent se voir reconnaître pleine valeur probante.

Certes, les rapports d'expertise se fondent sur une anamnèse détaillée et relatent les plaintes du patient.

Cependant, force est de constater que leurs conclusions sont contradictoires, ainsi que l'a d'ailleurs relevé l'intimé lui-même, puisque l'expert, après avoir conclu à de simples dysthymie et neurasthénie, admet tout de même une diminution de la capacité de travail, de l'ordre de 30%.

A ceci s'ajoute le fait que l'avis du Dr O \_\_\_\_\_ apparaît pour le moins isolé et en totale contradiction avec celui des Drs L \_\_\_\_\_, P \_\_\_\_\_ et Q \_\_\_\_\_ et S \_\_\_\_\_. Ce n'est donc pas un mais tous les psychiatres s'étant succédé pour prendre en charge le recourant qui ont posé un diagnostic

d'épisode dépressif majeur d'intensité sévère. La discordance entre la sévérité de ce diagnostic et la modicité de ceux retenus par l'expert ne peut manquer d'étonner.

Certes, au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat de soins et un mandat d'expertise (cf. arrêt du Tribunal fédéral du 5 janvier 2003, I 701/05, consid. 2 et les références, en particulier l'ATF 124 I 170 consid. 4), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire : il n'en va autrement que si lesdits médecins traitants font état d'éléments objectifs ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de cette dernière.

Tel est le cas en l'espèce. En effet, entendu par le Tribunal de céans, le Dr S \_\_\_\_\_ a fait remarquer que l'avis émis par le Dr O \_\_\_\_\_ dans son premier rapport - à savoir que l'état du patient était susceptible d'évoluer - a été contredit par les faits et ce, malgré la mise sur pied de plusieurs traitements.

Le témoin a par ailleurs produit un rapport de polysomnographie daté du 19 novembre 2004 et expliqué que le recourant n'a pas toléré l'appareil qu'il devait porter la nuit pour tenter de remédier aux apnées, auxquelles s'ajoute un syndrome de mouvements périodiques des jambes. Certes, il est vrai que le Dr O \_\_\_\_\_ mentionne cet élément dans son rapport. Il n'en a cependant tiré aucune conclusion sur le plan de la capacité de travail ni expliqué les raisons pour lesquelles il estimait - ce qui semble être le cas - qu'il était sans influence sur cette dernière. Au surplus, le fait que le recourant n'a pas toléré l'appareil respiratoire est nouveau, de même que le déficit de l'attention et la somnolence que le Dr S \_\_\_\_\_ a dit avoir pu objectiver. Or, force est de constater que ces éléments n'ont fait l'objet d'aucune investigation pour déterminer les conséquences sur la capacité de travail du recourant.

La Dresse R \_\_\_\_\_, du SMR, a renoncé à prendre position quant à l'avis du Dr S \_\_\_\_\_, dont elle a cependant fait remarquer qu'il était postérieur à celui du Dr O \_\_\_\_\_. Cela est cependant sans pertinence. En effet, le Dr S \_\_\_\_\_, qui suit le recourant depuis octobre 2006 - c'est-à-dire avant que l'expert ne rende son rapport complémentaire -, a indiqué que l'état du patient n'a guère évolué dans le temps. Le témoin a en outre produit la dernière évaluation du patient (échelle de MADRS), datée du 26 septembre 2008, qui fait état d'un score de 30 sur 60 correspondant à une dépression sévère, précisant que, dans le cas de l'assuré, les variations au fil du temps n'ont été que minimales.

Le témoin a ensuite énuméré de manière claire et convaincante les critères diagnostiques sur lesquels il s'est basé pour poser son diagnostic.

Enfin, le Dr S\_\_\_\_\_ a expliqué qu'il était possible, vu l'appauvrissement de l'élocution du patient, que l'expert ait peiné à se faire une idée exacte de la situation. Cette hypothèse est corroborée par les dires du Dr O\_\_\_\_\_ lui-même qui, dans son premier rapport, relevait d'emblée que l'expertisé s'était montré très laconique, ne formant que rarement des phrases complètes et attendant passivement les questions. Il a d'ailleurs admis avoir rencontré des difficultés à évaluer la situation thymique. Les déclarations du Dr S\_\_\_\_\_, qui suit l'assuré depuis plusieurs années, démontrent qu'il s'agit là, non pas d'un manque de collaboration de l'intéressé, mais d'une attitude habituelle, découlant peut-être, précisément, de son état.

Par ailleurs, l'hypothèse émise par l'expert, selon laquelle les médecins auraient sans doute été aussi frappés que lui par la discordance entre les observations cliniques et l'évaluation de l'assuré, a été infirmée, en tout cas en ce qui concerne le Dr S\_\_\_\_\_, qui n'a manifesté aucun doute quant à l'état de son patient.

Enfin, le Dr S\_\_\_\_\_ a souligné que la leucopénie dont souffre son patient a également des conséquences, lesquelles n'ont, semble-t-il, pas été prises en compte non plus par l'expert.

9. Eu égard à ces considérations, le Tribunal de céans considère qu'on ne saurait reconnaître pleine valeur probante aux rapports du Dr O\_\_\_\_\_, dont il convient de relever par ailleurs, qu'il a spontanément suggéré qu'un deuxième avis psychiatrique soit demandé. Qui plus est, il conviendrait d'investiguer de manière plus approfondie la question des troubles du sommeil et de leurs conséquences éventuelles sur la capacité de travail du recourant.

Il est rappelé que l'autorité administrative doit constater d'office les faits déterminants, c'est-à-dire toutes les circonstances dont dépend l'application des règles de droit (ATF 117 V 261 consid. 3 p. 263; T. LOCHER, Grundriss des Sozialversicherungsrecht, Bern 1994, t. 1, p. 438). L'administration est ainsi tenue d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure, et en particulier, elle doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il paraît nécessaire de clarifier des aspects médicaux (ATF 117 V 282 consid. 4a p. 283; RAMA 1985 p. 240 consid.4; LOCHER loc. cit.).

De son côté, le juge qui considère que les faits ne sont pas suffisamment élucidés peut renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction ou procéder lui-même à une telle instruction complémentaire (RAMA 1993 p. 136). En matière d'assurance-invalidité, la première solution est en principe préférée (ATFA I 431/02 du 8 novembre 2002).

La cause n'étant, de l'avis du Tribunal de céans, pas suffisamment instruite pour permettre de se déterminer en connaissance de cause, il convient de renvoyer la

cause à l'intimé pour instruction complémentaire puis nouvelle décision, étant rappelé qu'un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire (cf. ATF 122 V 163 consid. 1d, RAMA 1993 n° U 170 p. 136, 1989 n° K 809 p. 206).

Eu égard aux considérations qui précèdent, le recours est partiellement admis et la cause renvoyée à l'intimé afin que ce dernier, après avoir fait procéder par des médecins spécialisés à une expertise portant sur les troubles psychiques et les troubles du sommeil du recourant, rende une nouvelle décision.

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

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet partiellement.
3. Annule les décisions des 17 janvier 2006 et 15 novembre 2007.
4. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
5. Condamne l'intimé à verser au recourant la somme de 3'000 fr. à titre de dépens.
6. Met un émolument de 800 fr. à la charge de l'intimé.
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

Florence SCHMUTZ

Karine STECK

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