

GE_GERICHTE ATAS/1053/2011 vom 14. November 2011

GE Cour de justice, 2011-11-14, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1053_2011

FR: GE_GERICHTE ATAS/1053/2011 du 14 novembre 2011

IT: GE_GERICHTE ATAS/1053/2011 del 14 novembre 2011

Erwägungen

E. 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). Dès le 1er janvier 2011, cette compétence revient 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 9 octobre 2009). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

Par ordonnance du 21 janvier 2010, le recours a été déclaré recevable.

E. 3

La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance- invalidité est entrée en vigueur le 1er juillet 2006, apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal fédéral des assurances (art. 132 al. 2 et 134 OJ). Le présent cas est soumis au nouveau droit, du moment 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).

A/31/2009 - 10/19 - S'agissant des modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5ème révision de la LAI), entrées en vigueur le 1er janvier 2008 (à l'exception de l'art. 68quater entré en vigueur rétroactivement le 1er juillet 2007), il convient de relever que 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 4 consid. 1.2; 169 consid. 1 ; 356 consid. 1 et les arrêts cités). Ces principes de droit intertemporel commandent ainsi l'examen du bien-fondé de la décision du 3 décembre 2008 à la lumière des anciennes dispositions de la LAI pour la période s'étendant jusqu'au 31 décembre 2007 et, le cas échéant, au regard des nouvelles dispositions de la LAI pour la période postérieure (ATF 130 V 332 consid. 2.2 et 2.3).

E. 4

S'agissant de l'objet du litige, il convient de déterminer le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité. A cet égard, l'incapacité de travail a été reconnue par l'intimé à 50 % depuis février 2005 jusqu'au 31 décembre 2005 avec des reprises d'activité

du 6 juin au 17 juillet et du 20 août au 30 octobre 2005, puis à 100 % jusqu'au jour de l'expertise de la Dresse F_____ le 3 avril 2008, date à laquelle l'incapacité de travail a été fixée à 40 % de sorte qu'une rente entière d'invalidité a été versée au recourant du 1er octobre 2006 au 30 juin 2008 puis un quart de rente depuis le 1er juillet 2008. Le recourant conteste la diminution de la rente entière au quart de rente d'invalidité. L'objet du litige est ainsi en principe limité à l'objet de la contestation, soit la question de l'existence d'une amélioration de l'état de santé du recourant de telle manière que sa capacité de travail serait passée de nulle à 60 % dès le 3 avril 2008. Cependant, vu le rapport de connexité étroit entre les points non contestés et l'objet du litige, celui-ci peut être étendu à la période antérieure au 3 avril 2008 (ATF 122 V 242).

E. 5

a) La notion d'invalidité est, en principe, identique en matière d'assurance- accidents, d'assurance militaire et d'assurance-invalidité. Dans ces trois domaines, elle représente la diminution permanente ou de longue durée, résultant d'une atteinte à la santé assurée, des possibilités de gain sur le marché du travail équilibré qui entrent en ligne de compte pour l'assuré (ATF 126 V 288 consid. 2). Depuis le 1er janvier 2003, la définition de l'invalidité est uniformément codifiée à l'art. 8 al. 1 LPGA selon lequel est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. En raison de l'uniformité de la notion d'invalidité, il convient d'éviter que pour une même atteinte à la santé, assurance- accidents, assurance militaire et assurance-invalidité n'aboutissent à des appréciations divergentes quant au taux d'invalidité. Cela n'a cependant pas pour conséquence de les libérer de l'obligation de procéder dans chaque cas et de manière indépendante à l'évaluation de l'invalidité. En aucune manière un assureur ne peut se contenter de reprendre simplement et sans plus ample examen le taux d'invalidité fixé par l'autre assureur car un effet obligatoire aussi étendu ne se justifierait pas (cf. ATF 133 V 549 consid. 6, 131 V 362 consid. 2.2). D'un autre

A/31/2009 - 11/19 - côté l'évaluation de l'invalidité par l'un de ces assureurs ne peut être effectuée en faisant totalement abstraction de la décision rendue par l'autre. A tout le moins, une évaluation entérinée par une décision entrée en force ne peut pas rester simplement ignorée. b) Aux termes de l'art. 8 al. 1er LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1er LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. 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 ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1er LPGA). 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). Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2 ; ATFA non publié du 19 avril 2002, I 554/01). Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1er 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 294 consid. 4c in fine). La reconnaissance de l'existence de troubles somatoformes douloureux persistants suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3 et consid. 6). Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La

A/31/2009 - 12/19 - question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. D'autre part, dans un arrêt du 8 février 2006 (ATF 132 V 65), le Tribunal fédéral des assurances a considéré qu'il se justifiait, sous l'angle juridique et en l'état actuel des connaissances, d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux lorsqu'il s'agit d'apprécier le caractère invalidant d'une fibromyalgie. Ces deux atteintes à la santé présentent en effet des caractéristiques communes, en tant que leurs manifestations cliniques – plaintes douloureuses diffuses – sont pour l'essentiel similaires et qu'il n'existe pas de pathogenèse claire et fiable pouvant en expliquer l'origine. Cela rend dans les deux cas la limitation de la capacité de travail difficilement mesurable, car l'on ne peut pas déduire l'existence d'une incapacité de travail du simple diagnostic posé, dès lors que celui-ci ne renseigne pas encore sur l'intensité des douleurs ressenties par la personne concernée, ni sur leur évolution ou sur le pronostic qu'on peut poser dans un cas concret. Aussi convient-il également, en présence d'une fibromyalgie, de poser la présomption que cette affection ou ses effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 49). Au nombre des critères dégagés par la jurisprudence, qui permettent de juger du caractère invalidant d'un trouble somatoforme douloureux, figure au premier plan la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques, d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitements), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 352). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté. Si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le

comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (voir sur l'ensemble du sujet ATF 131 V 49 et les références citées).

A/31/2009 - 13/19 - Par ailleurs, s'agissant des troubles dépressifs, il y a lieu d'observer que selon la doctrine médicale (cf. notamment DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 4e édition, p. 191) sur laquelle s'appuie le Tribunal fédéral, les états dépressifs ne constituent en principe pas une comorbidité psychiatrique grave et durable à un trouble somatoforme douloureux, dans la mesure où ils ne sont en règle générale qu'une manifestation réactive ne devant pas faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATF 130 V 352 consid. 3.3.1 in fine et les références citées). c) Selon l'art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003, 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. L'entrée en vigueur de la 4ème révision de la LAI a modifié la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI relatif à l'échelonnement des rentes selon le taux d'invalidité. Alors qu'une rente entière était accordée auparavant à un assuré dès que le degré d'invalidité atteignait 66 2/3 %, cette disposition prévoit désormais d'octroyer un trois-quarts de rente à un assuré présentant un degré d'invalidité d'au moins 60 % et une rente entière à celui dont le taux est supérieur à 70 %, les conditions relatives à l'octroi d'un quart ou d'une demi-rente demeurant inchangées. En revanche, les principes développés jusqu'alors par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur validité, que ce soit sous l'empire de la LPGA ou de la 4ème révision de la LAI (ATF 130 V 348 consid. 3.4; ATFA non publiés du 17 mai 2005, I 7/05, consid. 2 et du 6 septembre 2004, I 249/04, consid. 4).

E. 6

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 sont raisonnablement exigibles de la part de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4; 115 V 134 consid. 2; 114 V 314 consid. 3c; 105 V 158 consid. 1). 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 n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur

A/31/2009 - 14/19 - 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 des assurances a ainsi posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 352 ss. consid. 3). c) Le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs 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. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le Tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références). d) Le juge des assurances sociales 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. Selon la jurisprudence et la doctrine, l'autorité administrative ou le juge ne doit considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (KUMMER, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4ème édition Berne 1984, p. 136 ; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2ème édition, p. 278 ch. 5). Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5 let. b 125 V 195 consid. ch. 2 et les références). 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). e) Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, l'administration ou le juge sont tenus d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure. En particulier, ils doivent mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects

A/31/2009 - 15/19 - médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 K 646 p. 240 consid. 4). En revanche, si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence). f) Selon la jurisprudence (DTA 2001 p. 169), le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, 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. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de

justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire judiciaire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170 p. 136, 1989 n° K 809 p. 206). A l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le Tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (voir RAMA 1986 n° K 665 p. 87)

E. 7

a) En l'espèce, par ordonnance du 21 janvier 2010, le Tribunal cantonal des assurances sociales a considéré que l'expertise de la Dresse F_____ n'était pas convaincante, de sorte qu'une expertise judiciaire psychiatrique et oto-rhino-laryngologique était nécessaire.

b) L'expertise judiciaire du 30 mars 2010 et son complément du 20 mars 2011 (Dresse J_____) et celle du 19 janvier 2011 et son complément du 28 septembre 2011 (Dr I_____) remplissent les critères jurisprudentiels précités pour qu'il leur soit reconnu une pleine valeur probante. L'expertise de la Dresse J_____ est admise par les parties et reconnaît au recourant une diminution de sa capacité de travail de 20 % en raison de l'atteinte auditive. La Dresse J_____ admet, au degré de la vraisemblance prépondérante l'existence d'acouphènes, l'élévation accentuée dans les fréquences aigües étant compatible avec un traumatisme acoustique qui s'accompagnait volontiers d'un acouphène, lequel avait pris chez le recourant de l'importance démesurée à partir de l'année 2000, avec l'apparition de troubles du sommeil. L'expertise du Dr I_____ est contestée par l'intimé. Elle reconnaît au recourant une incapacité de travail totale depuis vraisemblablement juillet 2008 et de façon certaine depuis janvier 2009. L'expertise se fonde notamment sur trois

A/31/2009 - 16/19 - entretiens des 22 avril, 3 novembre 2010 et 12 janvier 2011, l'anamnèse est complète et précise et les plaintes de l'assuré sont relatées clairement. Au vu des constatations objectives (tristesse profonde, anxiété permanente, détresse, irritabilité, hostilité, attitude passive et peu coopérative, discours pauvre, sentiment d'injustice, tendances interprétatives et paranoïdes) et l'inventaire de dépression de Beck, le Dr I_____ a posé le diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique et syndrome douloureux somatoforme persistant. L'état dépressif allait bien au-delà d'une réaction au trouble douloureux, le recourant était sans ressources psychiques, incapable de mobiliser sa volonté pour surmonter la douleur et s'engager dans une quelconque activité. Les symptômes les plus invalidants étaient la tristesse permanente de l'humeur, un sentiment de désespoir, une anxiété envahissante, une forte irritabilité, la diminution des capacités attentionnelles, les troubles de la concentration, le repli sur soi, la perte d'intérêt et de motivation. La dépression était incontestablement résistante au traitement vu l'échec des traitements médicamenteux. Le Dr E_____ avait lui-même évoqué à plusieurs reprises une dépression sévère, et cela en juillet 2008 notamment, soit à la même époque que l'expertise de la Dresse F_____ (entretien du 28 mars 2008). Or, le Dr E_____ avait effectué une évaluation psychométrique, ce que n'avait pas fait la Dresse F_____. En outre, le recourant n'avait pas entamé de nouvelle relation sentimentale comme cela avait été relevé par la Dresse F_____. L'état dépressif avait vraisemblablement oscillé depuis 2005 entre des degrés de gravité de moyen à sévère. L'incapacité de travail était indiscutablement totale depuis début 2009, l'état dépressif ayant souvent été d'un degré sévère depuis cette date, mais il y avait eu d'autres périodes durant lesquelles l'état dépressif avait été reconnu comme sévère, notamment en juillet 2008,

comme attesté par le Dr E_____. Le Dr I_____ renonce à se prononcer sur la capacité de travail du recourant entre 2005 et 2008 en retenant que depuis 2005 l'état dépressif a oscillé entre un degré moyen et un degré sévère mais qu'indiscutablement l'incapacité de travail a été totale depuis janvier 2009 avec la certitude d'un état dépressif sévère notamment en juillet 2008, attesté par le Dr E_____. S'agissant du caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux l'expert estime qu'il est clairement établi par la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Il convient de suivre les conclusions de l'expertise du Dr I_____, laquelle constate une dépression sévère depuis juillet 2008 entraînant une incapacité de travail dès cette date. L'intimé conteste cette conclusion et se réfère à l'expertise de la Dresse F_____ pour reconnaître au recourant, dès le 3 avril 2008, une capacité de travail de 60 %. Force est de constater que cette conclusion n'est pas convaincante, au vu de l'expertise du Dr I_____. En effet, il convient de constater que le 2 avril 2008, le Dr E_____ attestait d'un épisode dépressif

A/31/2009 - 17/19 - majeur sans symptôme psychotique entraînant une incapacité de travail totale, rapport confirmé le 25 juillet 2008 et que l'expert I_____ a lui-même confirmé les rapports du Dr E_____ en relevant que l'épisode dépressif avait oscillé entre un degré moyen et un degré sévère entre 2005 et 2008 et qu'il était d'un degré sévère lorsque le Dr E_____ l'avait attesté, notamment par le biais d'une évaluation psychométrique, ce que la Dresse F_____ n'avait pas fait . Par ailleurs, le Dr E_____ était chef de clinique expérimenté travaillant dans un programme spécialisé dans la prise en charge de patients souffrant de dépression résistante. A cet égard, on relève que la Dresse F_____ constate chez le recourant une humeur dépressive, une diminution de l'intérêt ou du plaisir à des activités habituellement agréables, du tonus vital, de la confiance en soi, des troubles du sommeil et une vision négative des perspectives d'avenir, un réveil très matinal, une importante diminution de la libido et une anhédonie, de sorte que l'assuré présentait un épisode dépressif qu'elle qualifie de moyen sans syndrome somatique avec une capacité de travail de 60 %. Elle retient principalement que le recourant a pu nouer une nouvelle relation sentimentale avec une femme mariée mi- 2007 (rapport p. 10, 17 et 18) et fonde une capacité de travail augmentée de 50 % à 60 % depuis cette date et sur la base de cet élément. Or, le Dr I_____ a démenti ce fait en relevant qu'une nouvelle relation sentimentale aurait été un indice susceptible de fournir une appréciation quant à sa capacité à se projeter dans l'avenir, mais que tel n'avait pas été le cas pour le recourant (rapport du 19 janvier 2011 p. 10 et rapport du 11 avril 2011 p. 4). Ainsi, l'amélioration de l'état de santé du recourant telle que motivée par l'expertise depuis mi-2007 n'est pas convaincante. En outre, la Dresse F_____ ne discute pas les rapports médicaux du Dr E_____, en particulier celui que ce médecin lui a adressé le 2 avril 2008 dans lequel il a attesté d'un épisode dépressif majeur sévère sans symptôme psychotique, d'une incapacité de travail totale du recourant et mentionné un suivi régulier depuis novembre 2006 et l'échec des différents traitements médicamenteux. De plus, le Tribunal cantonal des assurances sociales avait déjà relevé dans l'ordonnance d'expertise du 21 janvier 2010 que la Dresse F_____ ne discutait pas de la problématique des acouphènes sur la capacité de travail, acouphènes dont l'existence a finalement été reconnue, au degré de la vraisemblance prépondérante, par l'experte J_____. Enfin, le SMR relève que le Dr I_____ n'a pas établi l'échec des traitements. Or, celui-ci a indiqué que l'état dépressif du recourant devait être considéré comme résistant aux traitements du fait de l'échec de deux antidépresseurs au moins et qu'aucun autre traitement n'était susceptible d'entraîner un

bénéfice thérapeutique, de sorte que ce grief doit être écarté. Au vu de ce qui précède, le rapport de la Dresse F_____ n'est pas probant et doit être écarté.

A/31/2009 - 18/19 - On constate ainsi que contrairement à l'avis de l'intimé, aucune amélioration de l'état de santé du recourant ne s'est produite depuis le 3 avril 2008, date à laquelle le Dr E_____ attestait d'une incapacité totale de travail du recourant, confirmée le 25 juillet 2008, le rapport d'expertise de la Dresse F_____ devait être écarté, au profit de celui du Dr I_____, lequel confirme les avis du Dr E_____. Enfin, aucun avis médical n'atteste qu'entre juillet 2008 et janvier 2009, date à laquelle le Dr I_____ a pu certifier de façon certaine une incapacité de travail totale du recourant, que l'état de santé de celui-ci se serait amélioré. Au vu de ce qui précède, il convient de constater que depuis le 2 avril 2008, soit à une date antérieure à celle de la décision litigieuse du 3 décembre 2008, le recourant n'a pas présenté une amélioration de son état de santé de sorte que sa capacité de travail était encore nulle. Antérieurement à cette date, il convient de confirmer l'avis du SMR du 28 avril 2008 qui se fonde à juste titre sur les pièces médicales au dossier, lesquelles attestent d'incapacités de travail présentées par le recourant entre le 1er février 2005 et le 2 avril 2008 (soit 50 % de février 2005 à décembre 2005 et 100 % dès janvier 2006).

E. 8

a) En conséquence, le recours doit être admis et la décision litigieuse réformée en ce sens que le droit à la rente entière d'invalidité est dû depuis le 1er octobre 2006, sans diminution de son taux à partir du 1er juillet 2008. b) 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), apporte des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant la Chambre des assurances sociales (art. 52, 58 et 61 let. a LPGa). En particulier, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant la Cour de céans est désormais soumise à des frais de justice, qui doivent se situer entre 200 fr. et 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, le présent cas est soumis au nouveau droit (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005). Un émolument de 200 fr. sera ainsi mis à la charge de l'intimé qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI).

A/31/2009 - 19/19 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.