

## **GE\_GERICHTE ATAS/1114/2013 vom 8. November 2013**

GE Cour de justice, 2013-11-08, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_1114\\_2013](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1114_2013)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/1114/2013 du 8 novembre 2013

IT: GE\_GERICHTE ATAS/1114/2013 del 8 novembre 2013

### **Erwägungen**

#### **E. 14**

Par décision du 18 juin 2009, reçue le 23 - selon le recourant -, l'Office AI a entièrement confirmé son projet de décision.

#### **E. 15**

Par lettre de son avocat - constitué en lieu et place de l'ASSUAS - du 24 août 2009, l'assuré a recouru contre la décision de l'Office AI, estimant que son invalidité demeurerait totale après le 1er février 2008. Il y a joint un rapport des Dr A\_\_\_\_\_ et Dr B\_\_\_\_\_ du Département de psychiatrie des HUG du 20 juillet 2009, dans lequel ces derniers ont diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F33.2), un syndrome d'apnées-hypopnées obstructif du sommeil (ci-après : SAOS) sévère, un status post-traumatisme de la colonne vertébrale avec entassement inférieur L4 et fissures de la tête du péroné droit suite à une chute d'un échafaudage en juillet 2004 et une arthrose cervicale et lombaire. Les médecins précités ont précisé qu'au mois d'octobre 2008, l'assuré avait été hospitalisé en entrée non-volontaire à la Clinique de Belle Idée dans le contexte de recrudescences des idées suicidaires et péjoration des symptômes dépressifs. Le facteur de crise étant le refus d'une rente AI, la séparation d'avec sa troisième épouse et les relations conflictuelles avec ses enfants. A la fin de l'hospitalisation, l'assuré leur a été adressé pour un avis sur son traitement.

#### **E. 16**

Dans sa réponse du 14 septembre 2009, l'Office AI a sollicité du Tribunal des assurances sociales (devenu la Chambre de céans) qu'il requiert de plus amples informations auprès de l'assuré, soit en particulier des documents médicaux d'investigation, de traitement et de contrôle du syndrome des apnées du sommeil et la lettre de sortie de l'hospitalisation à Belle Idée en octobre 2008, en précisant qu'à ce stade, il n'était pas en mesure de se déterminer. A l'appui de sa réponse, l'Office AI s'est référé à un avis du SMR du 9 septembre 2009, dans lequel la Dresse C\_\_\_\_\_, sans spécialisation indiquée, a exposé que le syndrome des apnées du sommeil pouvait participer à la symptomatologie dépressive, de sorte que les documents médicaux d'investigation, de traitement et de contrôle du syndrome des apnées du sommeil devaient lui être transmis, tout comme la lettre de sortie de l'hospitalisation à Belle Idée en octobre 2008, ces documents étant nécessaires à une bonne appréciation médicale.

#### **E. 17**

Par lettre de son avocat du 9 novembre 2009, le recourant a produit un courrier du Dr D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en pneumologie, du 12 mars 2009, dans lequel ce dernier indiquait qu'une polysomnographie native de février 2009 avait confirmé un SAOS de degré très sévère et, de ce fait, demandait aux physiothérapeutes de la Ligue pulmonaire

Genevoise et centre antituberculeux des HUG d'appareiller le recourant. Des résultats d'examen étaient joints à ce courrier. En particulier, dans un rapport d'oxymétrie nocturne du 27 mars 2009, le Dr D\_\_\_\_\_ a conclu à une

A/3085/2009 - 10/39 - très nette amélioration du tracé, qui était très satisfaisant dans le contexte, sous réserve de l'abaissement initial de la ligne de base.

#### **E. 18**

Par courrier de sa nouvelle avocate, nommée d'office, du 20 novembre 2009, l'assuré a produit divers certificats médicaux du Département de psychiatrie des HUG, attestant qu'il avait été hospitalisé dans le Service de psychiatrie adulte du 16 octobre au 26 novembre 2008, qu'il était suivi dans le programme Dépression depuis le 5 novembre 2008, qu'un trouble dépressif récurrent épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F33.2) avait été diagnostiqué, et que, selon le Dr B\_\_\_\_\_, son état justifiait un arrêt de travail à 100% de janvier au 30 novembre 2009. Il a également produit une lettre du Dr B\_\_\_\_\_ au Tribunal tutélaire du 31 juillet 2009 sollicitant l'instauration d'une curatelle volontaire.

#### **E. 19**

Dans un avis du SMR du 25 novembre 2009, le Dr E\_\_\_\_\_, sans spécialisation indiquée, s'est référé au rapport d'oxymétrie nocturne du Dr D\_\_\_\_\_ du 27 mars 2009 et a conclu que les apnées du sommeil ne jouaient aucun rôle pour diminuer la capacité de travail du recourant, puisqu'elles avaient quasiment disparu. Il a toutefois ajouté qu'il n'était toujours pas en possession de la lettre de sortie de l'hospitalisation à Belle Idée et qu'il attendait de recevoir ce document pour pouvoir se déterminer.

#### **E. 20**

Dans une lettre du 30 novembre 2009, l'Office AI a conclu au rejet du recours, en s'appuyant sur l'avis du SMR du 25 novembre 2009.

#### **E. 21**

Par courrier de son avocate du 22 décembre 2009, le recourant a produit les documents suivants : a) Le rapport d'hospitalisation au Service de psychiatrie adulte / Unité hospitalière Glycines 2 des HUG du 26 novembre 2008, dans lequel les Dr F\_\_\_\_\_ et Dresse LA\_\_\_\_\_, sans spécialisation indiquée, du Département de psychiatrie des HUG ont diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptôme psychotique (F33.2), une chute d'un échafaudage en juillet 2004 avec arrachement ligamentaire à l'humérus droit, tassement inférieur L4 et fissure de la tête du péroné droit, des arthroses cervicale et lombaire et un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4). Dans l'appréciation du cas, les médecins précités ont indiqué que le début de l'hospitalisation avait été principalement marqué par une présentation en retrait du patient qui restait clinophile, fuyant les entretiens et ne mettant en avant que la symptomatologie douloureuse et une perte d'espoir. A l'occasion de sollicitations répétées de l'équipe, il était parvenu progressivement à aborder ses sujets d'inquiétude, à savoir toutes les pertes accumulées aux fils des ans, notamment la perte de son travail qui lui permettait d'avoir une place sociale et les inquiétudes liées à ses enfants. Ceux-ci semblaient effectivement présenter

A/3085/2009 - 11/39 - des difficultés scolaires pour l'un (un fils renvoyé de son école), psychiques pour l'autre (sa fille a fait une tentative de suicide). Les refus répétés de l'AI, sujet central en début de séjour, étaient passés également au second plan, le patient arrivant

progressivement à accepter les soins en tant que tel et pas seulement comme « argument » pour repartir dans une nouvelle demande. Le patient avait donc progressivement pu s'ouvrir un peu, parvenant à parler des problèmes à défaut de les élaborer. Il avait participé, sur le même modèle, de manière discrète dans un premier temps puis de manière active au groupe QATT-D et avait retiré un bénéfice évident des différentes activités. Le traitement antidépresseur, qu'il n'avait par le passé très probablement jamais pris de manière régulière en raison d'effets secondaires, avait été réintroduit. L'Efexor avait été augmenté jusqu'à 225mg/j, la potentialisation par Remeron n'avait rien apporté en dehors d'une prise de poids. Les hormones thyroïdiennes avaient en revanche très clairement été bénéfiques après une semaine et avaient par conséquent été maintenues. En fin de séjour, les plaintes douloureuses étaient nettement passées au second plan, l'assuré ayant pu effectuer plusieurs permissions à domicile qui s'étaient bien déroulées malgré la persistance de certains éléments anxieux principalement qu'il avait géré de manière efficace. L'assuré avait pu envisager de poursuivre ses soins en ambulatoire et il avait montré un intérêt certain, bien qu'il remettait en cause ses capacités, à s'engager dans le programme dépression, avec la perspective à terme de reprendre son suivi psychothérapeutique. b) Un certificat du Dr B \_\_\_\_\_ du 17 décembre 2009, dans lequel ce dernier a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F33.2) et un syndrome d'apnées-hypopnées obstructif du sommeil sévère. Il indiquait que l'assuré avait été adressé au programme Dépression du Département de psychiatrie des HUG pour une évaluation diagnostique et une adaptation du traitement médicamenteux, qu'à son admission en novembre 2008, le patient présentait une symptomatologie se caractérisant par une tristesse, une anhédonie, une aboulie, des troubles de la concentration et de l'attention, des troubles mnésiques, une irritabilité, des idéations suicidaires fluctuantes (MADRS à 36/60), qu'il décrivait des troubles importants du sommeil avec des troubles d'endormissement, une fatigue matinale, un réveil durant la nuit, des ronflements, que les investigations au laboratoire du sommeil avaient permis la mise en évidence d'un syndrome d'apnées-hypopnées obstructif du sommeil, très sévère, qu'un traitement CPAP avait été mis en place et que le suivi s'effectuait chez le Dr D \_\_\_\_\_, pneumologue, que le recourant bénéficiait d'une prise en charge psychiatrique par lui-même à la quinzaine et d'un suivi individuel par un infirmier spécialisé pour la gestion des médicaments et l'activation comportementale de façon hebdomadaire, que le traitement médicamenteux ne montrant pas une efficacité satisfaisante sur les symptômes dépressifs malgré

A/3085/2009 - 12/39 - des taux plasmatiques compatibles avec une bonne compliance, il avait effectué plusieurs essais pharmacologiques, que les taux plasmatiques des antidépresseurs montraient des valeurs dans la norme, compatibles avec une bonne observance, que la symptomatologie restait stable avec un MADRS entre 30 et 39/60, ce qui correspondait à une dépression d'intensité sévère et que l'on pouvait parler d'une évolution chronique et qu'il était revenu au traitement de venlafaxine (Efexor) 225 mg/j combiné avec du lithium (Lithiofor) 2x 660mg/j, combinaison utilisée dans le traitement des dépressions graves réfractaires aux traitements habituels. Enfin, il a indiqué que l'incapacité de travail du recourant était totale depuis sa prise en charge au programme Dépression en novembre 2008 et perdurait au jour de son rapport et qu'au vu de l'évolution des symptômes, le pronostic restait peu favorable. c) Un certificat du Dr L \_\_\_\_\_ du 15 décembre 2009, dans lequel il est indiqué que le recourant, qu'il suivait depuis son accident de travail en 2004, souffrait d'un état dépressif important ne s'étant pratiquement pas amélioré depuis, qu'en dépit d'un traitement spécialisé organisé, il n'avait jamais récupéré une qualité de vie

normale, étant sans plaisir à la vie depuis, sans motivation, et qu'il était resté très perturbé dans tous les aspects de la vie quotidienne en raison de sa tristesse profonde.

#### **E. 22**

Par lettre du 20 janvier 2010, l'Office AI a conclu à l'admission partielle du recours et au renvoi du dossier pour instruction complémentaire. Il s'est référé à un avis du SMR du 14 janvier 2010, dans lequel le Dr LC \_\_\_\_\_ a indiqué que la décision de l'Office AI du 18 juin 2009 avait pu constituer un facteur de déstabilisation sur le plan psychique, allié cependant à la séparation du recourant d'avec sa troisième épouse et à une relation conflictuelle avec ses enfants, que cet élément réactionnel devait être souligné dans la mesure où, dépassé, il pouvait déboucher sur une amélioration de la symptomatologie, qu'après son hospitalisation à Belle-Idée au cours de laquelle le diagnostic - reconnu comme plausible - de trouble dépressif sévère avait été retenu, l'assuré avait été pris en charge dans le programme dépression, que le rapport de ce service signalait cependant que le traitement médicamenteux correspondait au traitement d'une dépression grave réfractaire et que l'évolution ne serait cependant pas favorable, le test du MADRS restant élevé, malgré une compliance décrite comme bonne. Il a ajouté qu'il était étonné que le département de psychiatrie ait retenu le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant, en présence de modifications somatiques susceptibles d'expliquer mieux les symptômes douloureux, sachant qu'un trouble somatoforme douloureux doit s'accompagner, selon la CIM-10, d'absence de pathologie permettant de mieux expliquer les douleurs ce qui, en l'espèce, n'était pas le cas et qu'à l'inverse, le diagnostic de majoration des

A/3085/2009 - 13/39 - symptômes physiques pour des raisons psychologiques n'avait pas été considéré, alors que ce diagnostic de majoration est utilisé en cas de discordance entre les plaintes évoquées et un status somatique n'expliquant pas de telles douleurs. Il a considéré que bien qu'un élément réactionnel ait pu parfaitement justifier un épisode sévère, il était très surpris que l'assuré n'ait pas répondu au traitement mis en place, que tout en contestant le diagnostic de syndrome somatoforme douloureux, et en s'appuyant sur le diagnostic de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques, posés auparavant, il s'interrogeait sur une éventuelle majoration de symptômes psychiques à des fins asséculogiques. Il en a conclu qu'il lui paraissait opportun de vérifier l'état psychique du patient en organisant une expertise qui, dans l'idéal, devrait être effectuée par le médecin psychiatre FMH qui avait examiné l'assuré lors de son examen au SMR.

#### **E. 23**

Par courrier de son avocate du 4 février 2010, le recourant a persisté dans ses conclusions, en exposant que les documents médicaux faisant état d'une dépression sévère et chronique, d'altérations dégénératives sévères au niveau lombaire l'empêchant de récupérer une vie normale, que l'ensemble des éléments confirmait l'état d'invalidité qui l'affectait et dont la cause était psychique et physique, qu'il sollicitait l'audition des Drs L \_\_\_\_\_, B \_\_\_\_\_ et U \_\_\_\_\_ et s'opposait au renvoi du dossier à l'Office AI pour complément d'instruction estimant que cela retarderait l'issue de la procédure, que son état psychique était clairement mis en évidence dans les rapports du Dr B \_\_\_\_\_ et que, subsidiairement, l'expertise devrait être ordonnée par la Chambre de céans le cas échéant. Il a produit les divers documents médicaux suivants : a) des certificats médicaux du Dr B \_\_\_\_\_ des 30 novembre 2009, 14 janvier 2010, 2 février 2010 attestant d'un arrêt de travail du recourant à 100% en raison d'une maladie pour la période de décembre 2009 à

février 2010; b) le rapport médical du Dr B\_\_\_\_\_ du 17 décembre 2009 (ch. 21, let. b supra); c) un certificat médical du Dr L\_\_\_\_\_ du 2 février 2010, dans lequel il a rappelé le contenu de son certificat du 15 décembre 2009 (ch. 21, let. c supra) et a ajouté qu'au niveau somatique, il persistait des douleurs invalidantes au niveau lombaire avec irradiation dans les jambes, ceci en raison d'altérations dégénératives sévères, avec sténose sévère radiculaire des deux côtés L4 et L5, que ceci était certainement à voir en relation avec l'accident en juillet 2004, que le diagnostic à l'époque étant un tassement L4, que, par ailleurs, le diagnostic de stress post-traumatique et syndrome somatoforme douloureux posé en 2004 aux HUG était toujours d'actualité et que le recourant souffrait également d'une apnée du sommeil appareillée;

A/3085/2009 - 14/39 - d) des certificats médicaux du Dr L\_\_\_\_\_ du 2 février 2010, attestant d'une incapacité totale de travail du recourant en raison d'un accident pour la période de novembre 2009 à février 2010; e) Un rapport d'IRM lombaire du 22 décembre 2009, dans lequel la Dresse LB\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, a conclu à une sténose serrée des canaux radiculaires des deux côtés en L4-L5 sur protrusion discale globale associée à un remaniement au niveau isthmique ainsi qu'au niveau des arcs postérieurs des deux côtés en L4-L5 sur lyse isthmique bilatérale avec antélisthésis de 1er degré de L4 sur L5, à un pincement des canaux radiculaires des deux côtés en L5-S1 sur hypertrophie capsulo-ligamentaire postérieure bilatérale, et à un aspect modérément étroit des canaux radiculaires en L3-L4 des deux côtés dans un contexte de canal rachidien lombaire étroit congénital.

#### **E. 24**

Par lettre du 18 mars 2010, l'Office AI a persisté dans ses conclusions du 20 janvier 2010, en se référant à un avis du SMR du 16 mars 2010, dans lequel le Dr LC\_\_\_\_\_ a confirmé sa position quant à la nécessité de mettre en œuvre une expertise multidisciplinaire, soit psychiatrique et rhumatologique.

#### **E. 25**

Dans un rapport médical du 9 avril 2010, le Dr LD\_\_\_\_\_, chef de clinique au Service de neurochirurgie des HUG, a indiqué que le recourant souffrait de lombosciatalgies assez diffuses dans la symptomatologie mais prédominant quand même dans le territoire S1 bilatéralement, ces douleurs résistant à un traitement conservateur, et que, compte tenu de la discrépance clinique et radiologique, et avant de proposer une sanction neurochirurgicale, il estimait judicieux de confirmer une diminution de la symptomatologie par une infiltration.

#### **E. 26**

Par courrier du 9 novembre 2010, la Chambre de céans a informé les parties qu'elle avait l'intention de mettre en œuvre une expertise bi-disciplinaire (psychiatrique et rhumatologique), en leur communiquant la mission d'expertise et en les invitant à proposer des noms d'expert.

#### **E. 27**

Sur la base de l'avis médical du 16 novembre 2010 de la Dresse LE\_\_\_\_\_, sans spécialisation indiquée, du SMR, l'intimé a fait savoir à la Chambre de céans, par écriture du 18 novembre 2010, qu'il n'avait pas de questions complémentaires à ajouter à la mission d'expertise et a proposé plusieurs noms d'experts, dont les Dresses LF\_\_\_\_\_ et LG\_\_\_\_\_.

## E. 28

Par lettre de son avocate du 29 novembre 2010, le recourant s'est déterminé sur la mission d'expertise et a suggéré des noms d'experts en rhumatologie. Il a joint les documents médicaux suivants : a) le certificat du Dr B\_\_\_\_\_ du 2 février 2010 (cf. 23 let. a supra); A/3085/2009 - 15/39 - b) le certificat médical du Dr L\_\_\_\_\_ du 2 février 2010 (cf. 23 let. b supra); c) un rapport du Département des neurosciences cliniques du Service de neurochirurgie des HUG du 17 juin 2010, dans lequel le Dr LD\_\_\_\_\_ a indiqué que le recourant présentait toujours des lombosciatalgies bilatérales associées à des lombalgies très invalidantes qui étaient au premier plan. Il avait bénéficié de deux infiltrations, sans amélioration de la symptomatologie douloureuse. Les douleurs étaient toujours insomniantes et résistaient à un traitement de Voltarène 100 mg 3x / j. Il a noté toujours des troubles sensitifs et moteurs aux membres inférieurs, sans territoire radiculaire franc. A l'examen clinique, le Dr LD\_\_\_\_\_ a noté une hypoesthésie assez diffuse des deux membres inférieurs, sans territoire radiculaire franc. Il n'avait pas de déficit de force. Les réflexes ostéotendineux étaient hypovifs et symétriques, le réflexe cutané plantaire était en flexion des deux côtés. Le Lasègue était douteux des deux côtés. La marche s'effectuait avec une boiterie sans steppage. La marche sur les talons et la pointe des pieds était difficilement effectuée ainsi que l'épreuve de l'escabeau. Le patient présentait un syndrome lombo-vertébral très important avec une distance doigt-sol de plus de 1 mètre et un Schober lombaire de 10/15 cm. Les douleurs étaient exacerbées tant par la flexion que par l'extension du rachis lombaire. A la palpation, il y avait une myogélose de tout le rachis avec des douleurs à la percussion de la jonction cervico-thoracique et lombaire basse. Le médecin a précisé que le recourant souffrait donc de lombosciatalgies diffuses dans les deux membres inférieurs avec une hypoesthésie principalement en chaussette des membres inférieurs et des paresthésies douloureuses bilatéralement. Les douleurs n'avaient pas été amendées par un bloc L4-L5 effectué par le Dr LH\_\_\_\_\_. Dans ce contexte, et compte-tenu de la spondylolyse bilatérale L4-L5 associée à un antélisthesis de premier degré de L4 sur L5, le Dr LD\_\_\_\_\_ a proposé au patient d'effectuer des clichés fonctionnels de la colonne lombaire afin de déceler une éventuelle instabilité segmentaire à ce niveau-là. Il lui a prescrit neuf séances de physiothérapie en piscine à but antalgique et myorelaxant. Compte tenu de l'échec des infiltrations, il n'était pas sûr qu'une spondylodèse L4-L5 permettrait d'amender la symptomatologie invalidante de ce patient complexe. Afin d'établir la meilleure stratégie opératoire et d'objectiver les territoires radiculaires incriminés, le Dr LD\_\_\_\_\_ a demandé une consultation chez ses collègues neurologues avec un ENMG des membres inférieurs, en concluant qu'il reverrait le recourant à la lumière de ces examens pour décider d'une éventuelle sanction neurochirurgicale; d) un rapport du Département des neurosciences cliniques du Service de neurochirurgie des HUG du 27 octobre 2010, dans lequel les Drs LI\_\_\_\_\_, médecin adjoint, et LJ\_\_\_\_\_, médecin interne, indiquent qu'un ENMG effectué le 13 octobre 2010 n'avait pas mis en évidence de signe lésionnel et que,

A/3085/2009 - 16/39 - vu l'absence d'amélioration de la douleur suite à des infiltrations au niveau L4- L5 effectuées précédemment, le taux d'échec pour un traitement chirurgical était très important, avec un risque même d'aggraver les symptômes en cas de sanction chirurgicale. Ils ont ajouté que le recourant allait débiter un traitement rhumatologique en parallèle à son traitement psychiatrique.

## E. 29

Par lettre de son conseil du 16 décembre 2010, le recourant a déclaré ne pas avoir d'objections à ce que les Dresses LF \_\_\_\_\_ et LG \_\_\_\_\_ soient nommées comme experts.

### **E. 30**

Par lettre de son avocate du 27 janvier 2011, le recourant a communiqué à la Chambre de céans divers documents, dont le rapport des Dr LK \_\_\_\_\_ et Dr LL \_\_\_\_\_ du service de rhumatologie des HUG du 17 décembre 2010 relativement à une hospitalisation du 25 novembre au 10 décembre 2010 en raison de cervicobrachialgies gauches et lombosciatalgies bilatérales en aggravation. Il y est diagnostiqué un syndrome douloureux chronique, des cervicobrachialgies gauches sur protrusion discale C6-C7 avec conflit radiculaire C7 gauche (non déficitaire), des lombosciatalgies bilatérales prédominant à droite et un canal rachidien lombaire étroit prédominant en L3-L4, tout en relevant comme antécédents un trouble dépressif récurrent, une apnée du sommeil et un status post polytraumatisme avec chute accidentelle le 5 juillet 2004 avec arrachement ligamentaire à l'humérus droit, tassement inférieur L4 et fissure dans la tête du péroné droit. Il y est notamment indiqué que l'examen à l'entrée montre un patient avec une thymie triste, en légère surcharge pondérale, afebrile et sans adénopathie palpable. Il y a une importante discordance entre l'examen clinique et la mise en situation du patient. La marche s'effectue avec une boiterie de Duchesne. Le rachis est enraidé avec un syndrome lombo-vertébral. L'examen fonctionnel du rachis est fortement limité par une kinésiophobie. Au niveau de l'épaule gauche, une douleur diffuse à la palpation est retenue avec amplitude articulaire conservée en passif, en actif la flexion/élévation étant limitée à 90%, l'abduction/élévation à 90% et la rotation externe à 30%. L'examen des hanches est non contributif en raison d'une kinésiophobie et une contre-pulsion au test des amplitudes articulaires. Le status neurologique montre notamment une force musculaire conservée, avec un lâchage antalgique à la mise sous tension, une diminution de la sensibilité sur le trajet C7-C8 à gauche. Le bilan biologique ne montre pas de cytopénie, ni syndrome inflammatoire. Une protrusion discale C6-C7 avec conflit radiculaire C7 à gauche, une épaule discrètement dégénératives, des neurographis motrices et sensitives des nerfs médian et ulnaire gauches dans la norme mais avec un discret ralentissement de vitesse de conduction du nerf ulnaire gauche au coude ont été observés. Un traitement par le Voltarène et les myorelaxants sont peu efficaces. Devant ce syndrome douloureux, le recourant a bénéficié d'une physiothérapie active, intensive à sec et en piscine, permettant d'augmenter la capacité mais apportant peu d'amélioration sur le syndrome douloureux et la sensation d'aggravation de la douleur après les séances en piscine. Le traitement antalgique a été majoré dans un

A/3085/2009 - 17/39 - premier temps puis, compte tenu de l'augmentation des effets secondaires de la morphine et du manque d'efficacité, ce traitement a été stoppé.

Concomitamment, une consultation de la douleur a été demandée, laquelle a proposé une augmentation progressive du traitement de Lyrica. Une péjoration de la thymie avec l'apparition d'idées noires a nécessité une consultation psychiatrique, qui a conclu à un trouble dépressif récurrent sans risque suicidaire élevé. Dans le but de maintenir une capacité fonctionnelle, compatible avec des activités de la vie quotidienne et des loisirs, le patient a été incité à poursuivre la physiothérapie à sec et en piscine en ambulatoire. Les médecins n'ont pas retenu une indication à une infiltration de corticostéroïdes dans la mesure où les précédentes infiltrations s'étaient avérées sans effet.

### **E. 31**

Le 18 avril 2011, la Chambre de céans a ordonné une expertise bi-disciplinaire (psychiatrique et rhumatologique) et l'a confiée aux Dresses LF \_\_\_\_\_ et LG \_\_\_\_\_.

### **E. 32**

Par courrier du 9 juin 2011, le recourant a transmis un rapport d'imagerie par résonance magnétique lombaire du Prof. LM \_\_\_\_\_ du 31 mai 2011, dans lequel ce dernier a conclu à des séquelles d'ostéochondrose juvénile avec nodule de Schmorl et ancienne fracture cunéiforme du corps vertébral de L4, un spondylolisthésis antérieur de grade II de L4 sur L5, des discopathies et discarthroses intéressant l'ensemble du rachis lombaire, une protrusion discale médiane et foraminale gauche et droite L4-L5, une petite hernie discale L5-S1 paramédiane droite, et une arthrose modérée à sévère des massifs articulaires postérieurs en L2-L3, L3-L4 et L4-L5.

### **E. 33**

Dans un rapport du 19 août 2011, la Dresse LG \_\_\_\_\_ a exposé l'anamnèse (familiale et personnelle, socioprofessionnelle, sur le plan asséculo-logique, historique des troubles psychiques, psychiatriques actuels) du recourant, ses plaintes et données subjectives, le status clinique, avant de diagnostiquer, avec répercussion sur la capacité de travail, un trouble dépressif récurrent actuellement en rémission (F33.1), un trouble de personnalité de type narcissique décompensée (F60.8) et un trouble douloureux somatoforme persistant (F45.4), et, sans répercussion sur la capacité de travail, une dysthymie (F34.1), des difficultés liées à l'emploi et au chômage (Z56) et des difficultés liées aux conditions économiques (dettes en cours) (Z59). Selon l'expert, tout indiquait que les conditions souvent présentes à l'origine du développement d'une sinistrose (étranger accidenté, difficultés de communication, conflit avec les instances en charge, ici les assurances) étaient déjà remplies en 1993 et étaient à nouveau réunies en 2004. Dans ce contexte, déjà en 1993, le recourant avait développé un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) puis des troubles psychiques sous forme d'épisodes dépressifs, qui allaient devenir récurrents (F33.0). L'installation de ces épisodes dépressifs devait être comprise

A/3085/2009 - 18/39 - comme l'expression d'une décompensation d'un trouble de personnalité narcissique (F60.8). L'examiné avait toujours été fier, rapportant avoir fréquenté l'université dans son pays, et souffrant de voir son rôle actif et de chef de famille prétérité par les douleurs, qui lui enlevaient ou diminuaient sa capacité de travailler. Actuellement, dans le contexte de la brouille avec ses enfants, il était également trop fier pour reprendre contact avec eux; il attendait qu'ils reviennent vers lui, même s'il souffrait beaucoup de cet éloignement. On devait également considérer la réaction d'agressivité marquée présentée par le recourant lorsque l'expert rhumatologue avait tenté de le faire mieux collaborer, soulignant par-là un manque dans ce qu'il produisait. C'est la raison pour laquelle l'expert se ralliait à l'avis du Dr LN \_\_\_\_\_ du 21 septembre 1986, selon lequel le patient se montrait souvent avec un habitus très figé, une absence de mimique et de gestuelle, une démarche ostensiblement douloureuse, un discours extrêmement pauvre, confinant parfois au mutisme, une grande passivité avec attente démesurée que les médecins règlent sa situation et une attitude occasionnelle de révolte de l'agressivité à l'égard du corps médical. Il s'agissait d'un état dépressif avec tendance sinistrosique. Dans cette tendance sinistrosique entraient à parts égales une composante de névrose accidentelle (syndrome post-traumatique aujourd'hui), une composante de névrose de traitement (majoration des plaintes physiques pour raisons psychologiques aujourd'hui), et une

composante sinistrosique proprement dite (conflit avec les instances d'assurance). L'intrication de ces trois tendances était encore extrêmement difficile à débrouiller. Actuellement, le trouble dépressif récurrent paraissait stabilisé sous traitement d'Effexor, pris tel que prescrit. L'anxiolytique était également pris. Il persistait un état de mal-être constant, une dépression chronique de l'humeur. L'intéressé se sentait fatigué et déprimé. Tout lui coûtait à faire dans le quotidien et rien ne lui était agréable. Il ruminait, se plaignait, dormait mal, mais restait capable de faire face aux exigences de la vie quotidienne. L'anxiété pouvait être forte également par moment. Tous ces signes n'étaient pas suffisamment intenses pour retenir un état dépressif majeur complet. Il s'agissait d'une dysthymie (F34.1). L'expert a également souligné d'autres facteurs extra-médicaux ayant pu ou pouvant interférer avec le retour à l'emploi, soit l'âge de l'examiné et son manque de formation. En l'état actuel, sur le plan purement médical, il semblait illusoire de penser à la possibilité d'inverser la tendance sinistrosique, surtout dans le contexte d'un trouble de personnalité narcissique. En effet, avec l'âge, ces profils narcissiques, qui supportent mal les pertes en lien avec l'âge et notamment le vieillissement physique, tendaient à être de plus en plus mal. Les mesures médicales utiles pour la gestion du trouble de l'humeur étaient déjà prises. Le pronostic était donc particulièrement sombre. L'expert a estimé que les troubles psychiques pris séparément n'étaient pas forcément incapacitants mais qu'en revanche, l'association des troubles énoncés devait être considérée comme incapacitante. Sur le plan psychique, les limitations étaient l'irritabilité interpersonnelle, le retrait social, la labilité émotionnelle,

A/3085/2009 - 19/39 - l'aboulie, la perte d'intérêt, les douleurs et fatigue chroniques. L'expert a estimé qu'il était difficile de déterminer la capacité résiduelle de travail du recourant car l'état de ce dernier était fluctuant, par définition. Sur le plan purement théorique, on pouvait considérer que la capacité de travail était de l'ordre de 75% lorsque les douleurs étaient les moins importantes et lorsque l'état psychique était le mieux stabilisé. Mais ces moments étaient, par définition, très rares et il apparaissait donc illusoire de compter là-dessus. L'expert a finalement ajouté que dans une telle situation, il était extrêmement difficile de faire la part des choses sur le plan médical. S'il existait en effet certaines discordances dans les propos ou manifestations de l'assuré, il ne fallait pas oublier la souffrance sous-jacente, possiblement particulièrement importante chez cet homme d'âge mûr, présentant un trouble de personnalité narcissique. Ces facteurs, associés aux difficultés psychosociales, le rendaient particulièrement à risque d'un passage à l'acte suicidaire réussi.

#### **E. 34**

Dans un rapport du 20 août 2011, la Dresse LF \_\_\_\_\_ a exposé le résumé du dossier médical, l'anamnèse du recourant, ses plaintes, l'examen clinique, avant de diagnostiquer, avec répercussion sur la capacité de travail, (1) des troubles dégénératifs du rachis lombaire (antélisthésis de L4 sur L5 de grade 1 par lyse isthémique congénitale, bilatérale de L4, arthrose des articulaires postérieures prédominant en L3-L4 et L4-L5, phénomène de Bastrop au niveau lombaire), (2) des troubles dégénératifs du rachis cervical (cervicarthrose étagée avec protrusion discale de C3-C4 à C6-C7, principalement en C4-C5 en paramédian droit, avec protrusion C5-C6 ostéophytaires paramédiane droite et en C6-C7 associée à un uncarthrose bilatérale), (3) une rupture partielle du tendon du sus-épineux de l'épaule droite, et, sans répercussion sur la capacité de travail, (4) un status après fracture tassement du mur antérieur et partie supérieure de L4, après fracture du trochiter de l'épaule droite,

après contusion des pilions tibiaux des chevilles, après contusion du plateau tibial externe et fracture de la tête du péroné du genou droit, en 2004, (5) un syndrome de l'apnée du sommeil traité, (6) un aspect rétréci du canal cervical dans son ensemble, sans contrainte sur le sac dural, sans atteinte de la moelle cervicale, (7) un canal lombaire rétréci en L3-L4, (8) une coxarthrose débutante, une omarthrose débutante, une gonarthrose débutante, (9) une obésité de stade I, (10) une stéatose hépatique, une ancienne maladie de Scheuerman, au niveau dorsal et lombaire, (11) une hypertension artérielle traitée, (12) une hernie hiatale, (13) une tendance à l'hyperglycémie, et (14) une hypercholestérolémie modérée. En conclusion, l'expert a indiqué que le décalage existant entre les données de l'examen clinique, les données de l'examen radiologique et l'intensité des douleurs décrites par le recourant suggérait un trouble somatoforme douloureux persistant. Les douleurs, correspondant à certains aspects, bien réels, de troubles dégénératifs, notamment aux niveaux cervical et lombaire, étaient tellement disproportionnées au regard des constatations objectives, qu'il pouvait s'agir d'un comportement

A/3085/2009 - 20/39 - d'amplification des symptômes physique. Les diagnostics à retenir comme limitant la capacité de travail étaient ceux de troubles dégénératifs de discarthrose au niveau cervicaux C3-C4 et C4-C5 et dans une moindre mesure C5-C6 avec une tendance au rétrécissement du canal de C3-C4 à C6-C7. Actuellement, il n'existait plus à l'évidence d'atteinte inflammatoire, induisant une restriction des amplitudes articulaires, ni de syndrome objectif d'une cervicobrachialgie. La symptomatologie d'un rétrécissement du canal cervical dépendait surtout du rapport contenant/contenu. Dans ce cas, il existait encore assez de place aux éléments nerveux pour ne pas être comprimés. Cependant, on devait tenir compte de ses modifications induisant une « fragilité » à l'occasion des travaux de manutention lourde, de port de charges excédant 10 kg de manière isolée ou de 5 à 8 kg de manière répétitive. Le poste de travail ne devait pas être exclusivement en position assise, la nuque en compte des flexions prolongées. La profession de travailleurs de chantier est proscrite, du fait des ports de charge excessifs. Sur le plan des troubles dégénératifs lombaires, la profession d'ouvriers de chantier n'était plus adaptée. En effet, les contraintes de ports de charge, en flexion- extension et rotation du rachis étaient pourvoyeuses de phénomène de blocages aigus dans le contexte de l'antélisthésis. Un travail de manutention légère à moyenne, sans ports de charge répétitifs, sans mouvements répétitifs de flexion- extension du rachis lombaire, en évitant les positions fixées, en porte-à-faux du rachis lombaire, les rotations répétitives, pouvait être exercé à plein temps. Un travail permettant d'alterner les positions assise, debout et marche était souhaitable. Une augmentation de l'activité et physique serait bénéfique sur le syndrome métabolique. Les données cliniques et scintigraphiques permettaient de confirmer qu'il n'existait, actuellement, aucun argument pour une lombosciatalgie ou cruralgie. Les douleurs lombaires étaient peut-être en relation avec le phénomène de Bastrop, lequel n'engendrait aucune conséquence sur les disques ou les racines nerveuses. L'expert a estimé qu'il paraissait raisonnable de fixer, sur le plan physique, le début de la capacité de travail à partir de janvier 2006. Il a également considéré que la stéatose hépatique, l'HTA encore mal stabilisée, la tendance à l'hyperglycémie, l'épaule droite, le genou droit, les chevilles et la vertèbre L4, l'arthrose débutante des épaules, des genoux et des hanches, ainsi que le syndrome d'apnée du sommeil ne limitaient pas la capacité de travail. L'expert a encore retenu que le recourant manifestait de l'exagération verbale et physique et qu'il était très difficile de trancher entre une majoration des symptômes physiques pour les raisons psychologiques et la simulation. Enfin, l'expert a estimé que la capacité résiduelle de travail du recourant était de 100%.

**E. 35**

Par courrier aux experts du 31 août 2011, la Chambre de céans a relevé que, contrairement à ce qui était demandé dans l'ordonnance d'expertise, les experts n'avaient pas rendu un seul rapport d'expertise avec des conclusions communes, indispensables dans le cadre d'une expertise bidisciplinaire, et les a donc invités à

A/3085/2009 - 21/39 - compléter cette expertise bidisciplinaire en établissant un rapport commun avec des conclusions communes motivées.

**E. 36**

Le 14 septembre 2011, les experts ont rendu un complément d'expertise, dans lequel ils ont affirmé que les positions rhumatologique et psychiatrique devaient être analysées séparément car elles concernaient des systèmes différents et qu'ils maintenaient tous deux leurs diagnostics établis séparément. Après avoir rappelé les troubles physiques et psychiques dont souffrait le recourant, les experts ont indiqué, sans motivation, que l'avis de la Dresse LG \_\_\_\_\_ de retenir une incapacité de travail totale, certaine depuis 2004 mais plus difficile à évaluer antérieurement, prévalait sur la capacité rhumatologique. Ils ont donc retenu une incapacité de travail totale dans l'ancienne profession et dans toutes autres activités.

**E. 37**

Après examen des rapports d'expertise rendus par les Dresses LF \_\_\_\_\_ et LG \_\_\_\_\_ et des observations formulées par les parties, la Chambre de céans a considéré que le rapport d'expertise psychiatrique rendu par la Dresse LG \_\_\_\_\_ ne lui permettait finalement pas de statuer sur le bien-fondé du recours formé par Monsieur G \_\_\_\_\_ et, par courrier du 8 juin 2012, a informé les parties de son intention d'ordonner une nouvelle expertise psychiatrique, en leur communiquant la mission d'expertise et l'expert envisagé, soit le Dr T \_\_\_\_\_, psychiatre.

**E. 38**

Par courriers du 22 juin 2012, les parties ont indiqué ne pas avoir de motif de récusation à faire valoir à l'encontre de l'expert envisagé ni de questions complémentaires à poser.

**E. 39**

Le 3 juillet 2012, la Chambre de céans a ordonné une nouvelle expertise, limitée à l'aspect psychiatrique, et l'a confiée au Dr T \_\_\_\_\_.

**E. 40**

Par courrier du 9 novembre 2012, l'expert précité a indiqué ne pas pouvoir assurer l'expertise du recourant, dans la mesure où il était intervenu en 2005 - 2006 comme médecin-conseil.

**E. 41**

Par ordonnance du 4 décembre 2012, la Chambre de céans a confié la nouvelle expertise psychiatrique au Dr LO \_\_\_\_\_, psychiatre.

**E. 42**

Dans un rapport d'expertise psychiatrique du 22 mai 2013, le Dr LO \_\_\_\_\_ a exposé le contexte, le but et les sources de l'expertise, le résumé du dossier et les autres données extérieures recueillies en cours d'expertise, les données subjectives du recourant (affections

actuelles, plaintes, vies sociale et quotidienne, antécédents psychiatriques personnels et familiaux, anamnèse psychosociale) et les constatations objectives, ainsi que les données complémentaires, avant de diagnostiquer (1) un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) apparu vraisemblablement après l'accident de 1983 est réapparu après celui de 2004, après une accalmie d'une durée indéterminée (absence d'information disponible entre 1994 et 2003), et (2) un trouble dépressif récurrent épisode actuel moyen sans

A/3085/2009 - 22/39 - syndrome somatique (F33.10), le premier épisode dépressif ayant été diagnostiqué en 1989 et l'épisode actuel remontant à 2004, étant précisé qu'il n'a pas connu de rémission complète depuis lors. Dans la discussion relative aux diagnostics, l'expert a indiqué que, pendant la période de deux mois environ sur laquelle s'était déroulé son examen, l'état clinique avait été caractérisé par deux éléments, principalement subjectifs, soit les douleurs chroniques et les symptômes dépressifs. Il existait par ailleurs quelques éléments anxieux (irritabilité, tension intérieure, cauchemars), mais ceux-ci n'étaient pas suffisamment structurés et intenses pour justifier un diagnostic spécifique de trouble anxieux. Il n'y avait notamment pas d'état de stress post-traumatique lié à l'accident de 2004. Les symptômes anxieux devaient être intégrés dans le cadre du trouble dépressif. Les douleurs étaient très anciennes, puisqu'elles étaient déjà au centre du tableau clinique survenu après l'accident de travail de septembre 1983, qui avait justifié l'octroi d'une rente d'invalidité en 1987. Lors de ce premier dossier AI, il apparaissait que les douleurs étaient considérées par les spécialistes somaticiens consultés comme excessives eu égard au caractère relativement discret des atteintes somatiques objectives. Le diagnostic (non standard) de sinistrose avait alors été évoqué. Le tableau douloureux avait de nouveau été au premier plan après l'accident de travail du 5 juillet 2004. Cet accident avait provoqué des atteintes somatiques conséquentes, justifiant l'octroi d'une rente partielle d'invalidité par la SUVA (29% d'invalidité). Toutefois, là encore, les spécialistes orthopédistes avaient considéré que l'ampleur des douleurs et des répercussions fonctionnelles alléguées étaient excessives par rapport aux atteintes somatiques objectives. Pour cette raison, le diagnostic de trouble somatoforme douloureux avait été retenu. Aujourd'hui, les douleurs et leurs répercussions fonctionnelles (incapacité de travailler et de se livrer à toute activité d'une certaine importance) restaient au premier plan. Le dossier ne remettait pas en question le caractère disproportionné des plaintes par rapport aux atteintes physiques objectives. Les douleurs motivaient des consultations et traitement médicaux permanents. Enfin, depuis le début de l'histoire clinique, les plaintes douloureuses étaient survenues dans un contexte de problèmes psychosociaux persistants, comprenant des conflits avec les assureurs sociaux, les autorités politiques (risque d'expulsion de Suisse), un employeur ou encore le milieu familial (trois mariages et trois divorces, problèmes et conflits avec les enfants). Sur la base de ces éléments, on pouvait considérer que le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) était tout à fait justifié. Pour ce qui était de la composante dépressive du tableau clinique, elle comprenait les trois éléments du syndrome dépressif au sens de la CIM-10 : baisse de l'humeur, baisse de l'énergie et baisse l'intérêt et du plaisir. À cette triade s'ajoutaient d'autres symptômes de la série dépressive : pessimisme, sentiment d'incapacité, trouble du sommeil, troubles de l'attention. L'ensemble de ces symptômes était présent depuis plusieurs années. Le « syndrome somatique » de la dépression au sens de la CIM-10

A/3085/2009 - 23/39 - n'était pas présent. L'expert n'avait pas non plus retrouvé les éléments «mélancoliques» évoqués en 2008 par le psychiatre traitant. Les éléments objectifs habituellement présents en cas de dépression sévère manquaient ou étaient très discrets (ralentissement moteur, vocal ou idéique, auto-négligence, perte de poids, altération de l'état général, culpabilité irrationnelle). Sur la base de l'ensemble des données actuelles, le diagnostic d'épisode dépressif moyen sans syndrome somatique était celui qui convenait le mieux. Comme un épisode dépressif avait déjà été diagnostiqué en 1989 (rapport AI du psychiatre traitant des HUG), le diagnostic complet était celui de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen sans syndrome somatique (F33.10). En ce qui concerne l'évolution de juillet 2004 à juin 2009, date de la décision de l'Office AI, l'expert a indiqué qu'au vu de l'ensemble des données du dossier, il semblait bien que le trouble dépressif actuel, apparu dans les suites de l'accident de juillet 2004, n'avait pas connu de véritable rémission depuis lors. Il y avait eu des aggravations à certaines époques, notamment en 2005 (cf. examen du Dr T \_\_\_\_\_) et surtout en 2008-2010, à partir de l'hospitalisation à Belle-idée en 2008 jusqu'au suivi au Programme Dépression des HUG (rapports du Dr B \_\_\_\_\_). A certains moments, la dépression avait été moins intense. C'est ainsi qu'en septembre 2004 le diagnostic de dépression réactionnelle avait été posé à Beau-Séjour par le psychiatre de liaison, ce qui signifiait qu'il s'agissait d'une dépression légère, n'atteignant pas le seuil d'un véritable épisode dépressif. Lors de l'examen au SMR en 2007, le diagnostic de dysthymie était retenu, autrement dit là encore un état sub-dépressif. Le même diagnostic était retenu en août 2011 lors de l'examen psychiatrique par la Dresse LG \_\_\_\_\_. En décembre 2010, le psychiatre des HUG constatait une dépression moyenne, soit un status comparable aux constatations actuelles. Les aggravations avaient en général été déclenchées par des facteurs de stress extérieur (refus de prestations par l'AI, problèmes conjugaux et familiaux), ce qui expliquait le caractère temporaire des aggravations sévères. En résumé, depuis l'accident de juillet 2004 et jusqu'à maintenant, l'expertisé avait présenté un trouble dépressif plus ou moins constant, avec des aggravations et des améliorations temporaires, mais pas de vraie rémission durable. Sur la durée, tenant compte des fluctuations de l'intensité de la dépression, on pouvait considérer que celle-ci avait été de gravité moyenne, à l'exception de la période allant d'octobre 2008 (hospitalisation à Belle-Idée) à décembre 2010 (hospitalisation à Beau-Séjour, évaluation par le psychiatre de liaison). Pendant cette période la dépression avait été vraisemblablement sévère. Le diagnostic de trouble de la personnalité paranoïaque avait été évoqué en 1993 par le psychiatre traitant des HUG. Le dossier et l'examen de l'expert montraient grande capacité de l'expertisé d'attribuer à l'extérieur ses difficultés, et une capacité vigoureuse de revendiquer ce qu'il estimait être son dû. Néanmoins, l'expert n'a pas mis en évidence de méfiance généralisée et de querulence comme on le voyait en cas de personnalité paranoïaque. Le diagnostic de personnalité narcissique avait été évoqué par la

A/3085/2009 - 24/39 - Dresse LG \_\_\_\_\_ en 2011. Par ailleurs, l'expertisé avait développé un comportement dépendant depuis la trentaine, par rapport aux services et assureurs sociaux, et par rapport à son entourage. Néanmoins sa biographie ne montrait pas de difficultés émotionnelles et relationnelles à répétition depuis le début de l'âge adulte comme on le voyait en cas de trouble de la personnalité au sens clinique. Il fallait en effet relever que l'histoire clinique actuelle remontait à l'âge de 30 ans, et non à la fin de l'adolescence. Il ne paraissait donc pas justifié, en l'état, de retenir le diagnostic de trouble de la personnalité. S'agissant de la répercussion des diagnostics sur la capacité de travail actuelle, l'expert a retenu que le trouble dépressif dont souffrait actuellement l'expertisé

était de gravité moyenne, sans syndrome somatique. Il existait des limitations fonctionnelles en rapport avec ce trouble (diminution de l'énergie disponible, de la motivation, de la capacité à se projeter dans l'avenir, troubles de l'attention). La présence de douleurs chroniques, dont l'intensité ne pouvait pas être objectivée, renforçait ces limitations. On pouvait estimer à 40% le degré d'incapacité de travail justifié actuellement par les troubles psychiques. Étant donné que le trouble dépressif était durable, les limitations fonctionnelles l'étaient également. En ce qui concerne l'évolution de la capacité de travail au cours du temps, l'expert a indiqué que, de l'accident de juillet 2004 jusqu'à maintenant, à l'exception de la période allant d'octobre 2008 à décembre 2010, le trouble dépressif avait été d'intensité moyenne, avec des améliorations et des aggravations temporaires. Le taux d'incapacité de travail actuel de 40% avait été valable de juillet 2004 jusqu'à septembre 2008, puis de janvier 2011 jusqu'à maintenant, et le reste pour une durée encore indéterminée. Entre octobre 2008 et décembre 2010, les limitations fonctionnelles provoquées par un trouble dépressif vraisemblablement sévère avaient justifié une incapacité de travail totale. S'agissant de l'incapacité de travail en rapport avec le trouble somatoforme douloureux persistant, l'expert a précisé que l'appréciation de son caractère éventuellement invalidant était régie par la jurisprudence du Tribunal fédéral. Le contexte médico-psycho-social du trouble somatoforme douloureux se présentait comme suit : il existait une commodité psychiatrique significative, suffisamment typique et prononcée pour être considérée comme indépendante du trouble somatoforme douloureux. En effet, le trouble dépressif accompagnant la plupart du temps les tableaux douloureux chroniques n'atteignait pas, comme dans le cas d'espèce, le degré d'un véritable épisode dépressif au sens de la CIM-10, il s'agissait plutôt de dysthymie. Pour ce qui était de la perte de l'intégration sociale, l'expertisé décrivait une vie sociale très pauvre. Il n'avait pas d'activité professionnelle, il ne sortait que très peu. Il reconnaissait toutefois avoir des relations très régulières avec son ex-épouse qui, selon son expression, le «sortait» pour les promenades en voiture ou à pied, qui venait faire son ménage et ses repas, et avec qui il entretenait des relations intimes. Pour le troisième rendez-vous de l'expertise, le recourant avait été conduit par un ami. Enfin le fait que l'expertisé

A/3085/2009 - 25/39 - dispose d'un téléphone portable était un indice en faveur de contacts sociaux existants. Les atteintes somatiques objectives étaient documentées et précisées dans le dossier. Selon les sources somatiques du dossier, elles ne permettaient plus à l'expertisé d'exercer son ancienne activité de maçon, mais étaient compatibles avec une activité légère à temps plein. La notion d'état psychique "cristallisé" était difficile à cerner. Il était certain que, chez l'expertisé, le tableau douloureux chronique était complètement chronicisé et figé depuis bientôt 10 ans. En revanche l'état psychique à proprement parler était encore évolutif puisque des variations de l'humeur étaient constatées au long de l'histoire clinique actuelle, qui remontait à juillet 2004. Il existait de toute évidence (et il avait toujours existé, selon, les données du dossier) un écart entre les plaintes subjectives et les données objectives. Il n'y avait pas d'évidence que cet écart ait pu être mis sur le compte d'une pathologie psychiatrique (trouble de la personnalité notamment). Pour ce qui était de sa durée et de la réponse aux traitements, on pouvait dire que le trouble douloureux était présent sans interruption depuis plusieurs années (accident de juillet 2004), et cela en dépit de traitements conduits légers aussi bien sur le plan physique et psychique. En fonction de l'existence d'un trouble dépressif de degré moyen, la capacité de faire face aux douleurs était modérément diminuée (baisse de la motivation et de l'énergie), d'autant que la dépression diminuait habituellement le seuil de perception douloureuse. Le comportement

régressé et peu mobile de l'expertisé (bouge peu, ne se déplace que lorsque qu'il est sollicité ou accompagné) contribuait à entretenir les douleurs et à maintenir bas le seuil de perception douloureuse. En résumé, l'expert concluait à l'existence d'une comorbidité psychiatrique, d'affections corporelles chroniques, d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, d'un échec des traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art, mais à la présence d'une perte d'intégration sociale partielle seulement, à l'absence probable d'un état psychique cristallisé et à la présence d'une exagération des symptômes ou une constellation semblable. S'agissant des perspectives thérapeutiques et du pronostic, l'expert a indiqué que, malgré les traitements physiques et psychiques correctement prescrits et apparemment bien suivis, l'état douloureux n'avait pas été modifié de manière significative depuis l'accident de 2004. Il en allait de même pour le trouble dépressif, qui était resté à peu près de même gravité depuis lors, à l'exception de la période 2008 - 2010, où il avait été plus sévère. L'expert ne voyait donc pas sur la base de quoi l'état clinique et, partant, la capacité de travail, pourraient s'améliorer dans un délai prévisible.

#### **E. 43**

Par courrier de son conseil du 18 juin 2013, le recourant a indiqué qu'il n'avait pas d'observations particulières à formuler au sujet du rapport d'expertise et qu'il s'en rapportait à justice quant à son contenu.

A/3085/2009 - 26/39 -

#### **E. 44**

Dans un avis du SMR du 5 juillet 2013, la Dresse LE\_\_\_\_\_ a indiqué ne pas contester les diagnostics retenus par l'expert. En revanche, elle estimait que l'expert avait interprété à sa manière la jurisprudence relative aux troubles somatoformes douloureux, en ce sens que, selon lui, la comorbidité psychiatrique significative englobait le trouble dépressif récurrent moyen au motif que lesdits troubles étaient habituellement accompagnés de dysthymie seulement, alors que, selon le Tribunal fédéral, les troubles somatoformes douloureux étaient souvent voir très souvent accompagnés d'un trouble dépressif et un épisode seulement moyen ne constituait pas une comorbidité psychiatrique rendant insurmontable la perception des douleurs. Elle estimait également que le critère de la perte totale d'intégration dans toutes les manifestations de la vie n'était pas réalisé, le recourant entretenant des relations régulières avec son ex-épouse. Le critère de l'atteinte somatique sans rémission durable n'était pas réalisé non plus, une activité adaptée étant exigible à 100% depuis novembre 2007. Elle a également indiqué que l'état psychique cristallisé étant une notion psychanalytique, il était impossible de se prononcer. L'aspect figé n'était pas le reflet obligatoire d'une résolution incomplète des conflits intrapsychiques. L'expert ne parlait pas de l'échec des traitements. Visiblement, la compliance était bonne et il devrait y avoir un effet. En conclusion, la Dresse LE\_\_\_\_\_ a considéré que l'expertise interprétait faussement les critères de gravité et la jurisprudence du Tribunal fédéral en matière de troubles somatoformes douloureux et que, par conséquent, les conclusions du rapport du SMR du 28 décembre 2007 restaient valables.

#### **E. 45**

Par courrier du 9 juillet 2013, l'Office AI a persisté intégralement dans ses précédentes conclusions, considérant, sur la base de l'avis du SMR, qu'il se justifiait de nier dans le cas particulier que le trouble somatoforme douloureux persistant dont était affecté le recourant

remplissait les critères posés par la jurisprudence fédérale pour être qualifié d'invalidant au sens de la loi sur l'assurance-invalidité.

#### **E. 46**

Après échange des écritures des parties, la cause a été gardée à juger. EN DROIT 1. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20). Depuis le 1er janvier 2011, cette compétence est revenue à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante

A/3085/2009 - 27/39 - devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 26 septembre 2010). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. a) En ce qui concerne la preuve, le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a). b) La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, 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. Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office AI, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'AI (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b; S. BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, Fribourg 1999, p. 142). 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 in fine). 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. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider 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. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la

A/3085/2009 - 28/39 - personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions du médecin soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a et les références). Ces principes, développés à propos de l'assurance-accidents, sont applicables à l'instruction des faits d'ordre médical dans toutes les branches d'assurance sociale (SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, in : Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHÜPBACH, Bâle 2000 p. 268). c) Lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 353 consid. 3b/bb). Le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, 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 judiciaire 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). 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). d) Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 43 LPGa), l'administration est tenue d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure. En particulier, elle doit mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux

A/3085/2009 - 29/39 - du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; ATFA non publié du 19 mars 2004, I 751/03 consid. 3.3, RAMA 1985 K 646 p. 240 consid. 4). 3. Le litige porte sur la question de savoir si l'état de santé, en particulier psychique, du recourant s'est amélioré en novembre 2007, au point de ne plus présenter une invalidité lui donnant droit à des prestations de l'assurance-invalidité. 4. a) Une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit la réduction ou l'augmentation de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGa (ATF 125 V 417 ss consid. 2 et les références; VSI 2001 p. 157 consid. 2). Conformément à cette disposition, lorsque l'invalidité d'un bénéficiaire de rente subit une modification de manière à influencer le droit à la rente, celle-ci est révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence (ATFA non publié du 30 août 2005, I 362/04, consid. 2.2). Selon la jurisprudence, la rente peut être révisée non seulement en cas de

modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même et que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 113 V 275 consid. 1a et les arrêts cités; voir également ATF 120 V 131 consid. 3b, 119 V 478 consid. 1b/aa). Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver la révision de celle-ci. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2, 125 V 369 consid. 2 et la référence; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). b) En cas d'allocation d'une rente dégressive ou temporaire, la date de la modification du droit (diminution ou suppression de la rente) doit être fixée conformément à l'art. 88a al. 1 RAI (ATF 125 V 417 consid. 2d; RCC 1984 p. 137). Selon cette disposition, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période; il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. 5. a) Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur 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

A/3085/2009 - 30/39 - traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). 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). b) 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). 6. a) Parmi les atteintes à la santé psychique pouvant provoquer une invalidité, on doit mentionner – à part les maladies mentales proprement dites – les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies, étant précisé que l'on ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible. Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son infirmité mentale, exercer une activité que le marché du travail lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Le point déterminant est ici de savoir quelle activité peut raisonnablement être exigée dans son cas. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF

102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine). S'agissant plus particulièrement des troubles somatoformes douloureux, la jurisprudence admet qu'ils peuvent, dans certaines circonstances, conduire à une incapacité de travail (ATF 120 V 119 consid. 2c/cc; RAMA 1996 no U 256 p. 217 ss consid. 5 et 6). Elle considère qu'en règle générale, les troubles somatoformes douloureux persistants n'entraînent pas une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI (voir sur ce point MEYER-BLASER, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, in : Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gall 2003, p. 76 ss, spéc. p. 81 s.). Une exception à ce principe n'est admise que lorsque, selon l'estimation du médecin, les troubles somatoformes douloureux se manifestent avec une telle sévérité que, d'un point de vue objectif, la mise en valeur de sa capacité de travail ne peut, pratiquement plus, -

A/3085/2009 - 31/39 - sous réserve des cas de simulation ou d'exagération (SVR 2003 IV no 1 p. 2 consid. 3b/bb; voir aussi MEYER-BLASER, op. cit. p. 83, spéc. 87 s.) - raisonnablement être exigée de l'assuré, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 s. consid. 2b et les références; ATFA I 683/03 précité, consid. 2.2.3 et les arrêts cités; voir également ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).

Admissible seulement à titre exceptionnel, le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail suppose soit la présence manifeste d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importantes, soit le cumul d'autres facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Constituent de tels facteurs : (1) les affections corporelles chroniques distinctes ou d'un autre processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, (2) une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, (3) un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, marquant simultanément l'échec et la libération du processus de résolution du conflit psychique (profit primaire tiré de la maladie), ou enfin (4) l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art et de mesures de réhabilitation, cela en dépit de la motivation et des efforts de la personne assurée pour surmonter les effets des troubles somatoformes douloureux (VSI 2000 p. 155 consid. 2c; ATFA I 683/03 précité, consid. 2.2.3 in fine; MEYER-BLASER, op. cit. p. 76 ss, spéc. 80 ss). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (MEYER-BLASER, op. cit., p. 77). 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 (cf. KOPP / WILLI / KLIPSTEIN, Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten, in : Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1997, p. 1434, avec référence à une étude approfondie de WINCKLER et FOERSTER; voir sur l'ensemble du sujet ATF 131 V 49). 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], 4ème 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

A/3085/2009 - 32/39 - 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, sauf à présenter les caractères de sévérité susceptibles de les distinguer sans conteste d'un tel trouble (ATF 130 V 356 consid. 3.3.1 in fine; MEYER/BLASER, op. cit. p. 81, note 135). Aussi, si on ne peut pas nier d'emblée qu'un trouble dépressif récurrent de gravité moyenne entraîne des effets invalidants, il faut, pour que ceux-ci soient admis, qu'il ne s'agisse pas d'une simple manifestation d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux, mais bien d'une atteinte dépressive indépendante, séparée du syndrome douloureux psychogène (arrêts 9C\_521/2012 du 17 janvier 2013 consid. 3.1.2 et les arrêts cités et I 176/06 consid. 5.2, in SVR 2008 IV n° 1 p. 1). b) En l'espèce, il ressort de l'expertise du Dr LO\_\_\_\_\_ que ce dernier a retenu que le diagnostic de trouble dépressif était indépendant des troubles somatoforme douloureux au motif que, la plupart du temps, ces derniers étaient accompagnés d'une dysthymie seulement et non pas d'un trouble dépressif du degré d'un véritable épisode dépressif et qu'il constituait dès lors une comorbidité psychiatrique significative. Outre que cette argumentation se heurte à la doctrine médicale sur laquelle se fonde le Tribunal fédéral, une telle indépendance entre les troubles en cause ne trouve pas non plus appui dans le dossier. Dans son rapport du 9 février 2005, le Dr T\_\_\_\_\_, psychiatre, a retenu que la problématique psychiatrique du recourant mêlait une dépression sévère à un trouble somatoforme (ch. 7 supra). La Dresse U\_\_\_\_\_ a mis en relation avec l'accident de juillet 2004 tant le trouble somatoforme que l'état anxio-dépressif (ch. 8 supra). Les Drs V\_\_\_\_\_ et W\_\_\_\_\_ ont estimé que le recourant avait développé une symptomatologie anxio-dépressive réactionnelle à son accident (ch. 10 supra) et la Dresse LG\_\_\_\_\_ a retenu que les troubles psychiques pris séparément n'étaient pas forcément incapacitant mais qu'en revanche l'association des troubles énoncés devait être considérée comme incapacitante (ch. 33 supra). Ainsi, à l'inverse de ce qu'a retenu l'expert, il apparaît que la situation du recourant correspond à celle où sa capacité résiduelle de travail est influencée par les effets des deux diagnostics posés, ce qui concorde avec un cas d'application de la jurisprudence développée en matière de troubles somatoformes douloureux. Or, il existe à cet égard une présomption selon laquelle les troubles somatoformes douloureux et leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3 p. 353). De plus, au sujet du critère de la comorbidité psychiatrique (qui se place au premier plan pour déterminer si l'assuré dispose ou non des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs), un diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1), ne suffit pas à établir l'existence d'une comorbidité psychiatrique

A/3085/2009 - 33/39 - d'une acuité et d'une durée importante (cf. notamment ATF n. p. I 297/05 du 17 juillet 2006 consid. 3.1). Cela étant, l'expert a retenu que l'état dépressif revêtait une gravité moyenne de juillet 2004 (date du second accident du recourant) jusqu'à septembre 2008, puis derechef depuis le mois de janvier 2011, alors qu'il avait été vraisemblablement sévère entre octobre 2008 et décembre 2010, au point que les limitations fonctionnelles y relatives avaient justifié une incapacité de travail totale. Compte tenu de ce qui précède, la Chambre de céans considère que, durant les périodes où l'état dépressif n'avait été que d'une gravité moyenne, il n'existait pas de comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importantes, alors qu'en revanche, d'octobre 2008 à décembre 2010,

cet état dépressif a présenté les caractères de sévérité susceptibles de le distinguer du trouble somatoforme douloureux. Il y a dès lors d'examiner si, de juillet 2004 à septembre 2008 et dès janvier 2011, les autres critères permettant de considérer que l'assuré est incapable de fournir l'effort de volonté nécessaire en vue de la reprise ou de la poursuite d'une activité étaient réalisés. 7. a) La jurisprudence (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3 p. 353 s.) estime que d'autres critères que la comorbidité psychiatrique peuvent être déterminants pour rendre l'assuré incapable de fournir l'effort de volonté nécessaire en vue de la reprise ou de la poursuite d'une activité. 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 traitement), 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 (MEYER- BLASER, op. cit., p. 77). 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,

A/3085/2009 - 34/39 - ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (voir KOPP / WILLI / KLIPSTEIN, op. cit., p. 1434; ATF 131 V 49). b) Pour apprécier l'existence de ces différents critères, il y a lieu de se référer aux éléments résultant de l'expertise du Dr LO\_\_\_\_\_. S'agissant des affections corporelles chroniques, l'expert a retenu que les atteintes somatiques objectives étaient documentées et précisées dans le dossier et qu'elles ne permettaient plus à l'expertisé d'exercer son ancienne activité de maçon, mais étaient compatibles avec une activité légère à temps plein. Cette appréciation est corroborée par le rapport d'expertise de la Dresse LF\_\_\_\_\_, de sorte que la Chambre de céans considère que ce critère est rempli. Concernant un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), l'expert a retenu que le trouble douloureux était présent sans interruption depuis plusieurs années (accident de juillet 2004), et cela en dépit de traitements conduits lege artis aussi bien sur le plan physique et psychique. La Chambre de céans considère dès lors que ce critère est rempli. Pour ce qui est de la perte de l'intégration sociale, l'expert a retenu que l'expertisé décrivait une vie sociale très pauvre, mais entretenait des relations très régulières avec son ex-épouse, avait été conduit au troisième rendez-vous de l'expertise par un ami et, enfin, qu'il disposait d'un téléphone portable, ce qui était un indice en faveur de contacts sociaux existants. L'expert en a conclu qu'il existait une perte d'intégration sociale partielle. La Chambre de céans considère dès lors que le critère de la perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie n'est pas rempli. En ce qui concerne un état psychique cristallisé, l'expert a indiqué qu'il s'agissait d'une notion difficile à cerner, qu'il était certain que, chez l'expertisé, le tableau douloureux chronique était complètement

chronicisé et figé depuis bientôt 10 ans, mais qu'en revanche, l'état psychique à proprement parler était encore évolutif puisque des variations de l'humeur étaient constatées au long de l'histoire clinique actuelle, qui remontait à juillet 2004. Il a dès lors considéré que ce critère n'était probablement pas rempli. La Chambre de céans partage cet avis. S'agissant d'un échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée, l'expert a retenu que ce critère était réalisé, puisque les douleurs et le trouble dépressif avaient persisté en dépit de traitements corrects et apparemment bien suivis. Enfin, concernant une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, l'expert a indiqué qu'il existait depuis le début de l'histoire clinique remontant à

A/3085/2009 - 35/39 - 1983 un écart entre les constatations objectives et les plaintes subjectives, cela aussi bien du point de vue des atteintes physiques que les troubles psychiques. Il a dès lors considéré que ce critère était réalisé. La Chambre de céans suit l'avis de l'expert, d'autant qu'une telle exagération des symptômes ressort notamment de l'expertise des Dr V\_\_\_\_\_ et Dresse W\_\_\_\_\_ du 18 décembre 2007, qui ont diagnostiqué une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques, après avoir retenu qu'il existait une énorme discordance entre l'intensité des plaintes et les constats cliniques et radiologiques, que ces discrédances avaient déjà été mises en évidence lors des précédentes expertises, et que l'assuré avait développé une symptomatologie anxio-dépressive réactionnelle à son accident (ch. 10 supra), du rapport du Dr LC\_\_\_\_\_ du 14 janvier 2010, qui s'est interrogé sur une éventuelle majoration de symptômes psychiques à des fins asséculo-logiques (ch. 22 supra), du rapport des Dr LK\_\_\_\_\_ et Dr LL\_\_\_\_\_ du 17 décembre 2010, dans lequel il est indiqué qu'il existait une importante discordance entre l'examen clinique et la mise en situation du patient (ch. 30 supra) et du rapport de la Dresse LF\_\_\_\_\_ du 20 août 2011, qui fait état d'un décalage entre les données de l'examen clinique, les données de l'examen radiologique et l'intensité des douleurs décrites par le recourant (ch. 33 supra). Compte tenu de l'ensemble des circonstances ci-dessus, notamment de la perte d'intégration sociale partielle seulement, de l'absence d'état psychique cristallisé et de la discordance entre la réalité et les plaintes de l'assuré, la Chambre de céans ne peut admettre le caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux dont souffre le recourant pour les périodes de juillet 2004 à septembre 2008 et dès janvier 2011, quand bien même l'expert a conclu à une incapacité de travail de 40%. En d'autres termes, il apparaît au terme d'une appréciation (juridique) des constatations médicales de l'expert que la présomption selon laquelle cette atteinte et ses effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible de la part du recourant pour les périodes précitées n'est pas renversée. 8. S'agissant de la répercussion des affections psychiques et somatiques sur la capacité de travail du recourant, il y a lieu de distinguer deux périodes, la première de septembre 2007 à septembre 2008 et dès 2011, et la seconde d'octobre 2008 à décembre 2010, en fonction de la gravité du trouble dépressif. a) Durant la première période, pendant laquelle l'état dépressif du recourant n'était pas sévère, l'expert rhumatologue a retenu que les limitations fonctionnelles somatiques ne permettaient plus au recourant d'exercer son ancienne activité de maçon, mais étaient compatibles avec une activité légère à temps plein. Quant aux troubles psychiques, il a été exposé qu'ils n'étaient pas incapacitants (consid. 7 supra). Du point de vue somatique, l'expert LF\_\_\_\_\_ a retenu que les limitations fonctionnelles du recourant (consistant en la limitation de ports de charges excédant 10kg de manière ponctuelle et de 5 à 8kg de manière répétitive, l'exclusion de contrainte statique d'antéflexion de la nuque prolongée

au-delà d'une

A/3085/2009 - 36/39 - durée de deux heures, l'interdiction de mouvements répétitifs de flexion- extension et de rotation du rachis lombaire, l'exclusion du maintien de la position statique en porte-à-faux du buste plus d'une demi-heure de suite, une limitation de la marche au terrain plat, étant précisé que la distance de marche possible était impossible à chiffrer) entraînaient une incapacité de travail totale dans son ancienne profession mais lui permettait de travailler à plein temps dans une activité adaptée, et ce depuis janvier 2006. Il convient dès lors d'examiner si, compte tenu du revenu réalisable dans une activité adaptée, le recourant présente un degré d'invalidité suffisant pour obtenir le maintien de sa rente d'invalidité. aa) 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). Ainsi le taux d'invalidité ne se confond pas nécessairement avec le taux d'incapacité fonctionnelle déterminé par le médecin; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a). 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). bb) Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient en principe de se placer au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 130 V 343 consid. 4). Les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue (c'est-à-dire entre le projet de décision et la décision elle-même), doivent être prises en compte (cf. ATF 129 V 222 consid. 4.1, 128 V 174). Le revenu d'invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 75 consid. 3b). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité ou catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu

A/3085/2009 - 37/39 - d'une activité lucrative (cf. ATF 126 V 75 consid. 5). La réduction des salaires ressortant des statistiques ressortit en premier lieu à l'office AI, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Cela étant, le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité a, dans le cas concret, adopté dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6 p. 81; 123 V 150 consid. 2 p. 152 et les références; ATF non publié du 20 janvier 2010, 9C\_377/2009,

consid. 4.2). Le revenu sans invalidité se détermine pour sa part en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'intéressé aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 et la référence). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF non publié du 25 mai 2007, I 428/06). cc) En l'espèce, il y a lieu de déterminer le revenu d'invalidé en 2007 (période de l'amélioration de la capacité de travail retenue par l'intimé) sur la base de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) 2006 (TA1, total, niveau 4, sans certification, pour un homme, soit 4'732 fr., avec une baisse de rendement de 10% [admise par l'intimé – ch. 11 supra]), après ajustements habituels (durée hebdomadaire de 41.7 heures en 2007 et indexation de + 1,6 % de 2006 à 2007), à 54'130 fr. S'agissant du revenu sans invalidité, dans sa décision attaquée, l'Office AI l'a déterminé sur la base de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) 2004 (TA1, total, constructions, niveau 4, sans certification, pour un homme). Il ressort toutefois du questionnaire pour l'employeur rempli par X\_\_\_\_\_ SA que le salaire annuel réalisé par le recourant en 2003 s'est élevé à 61'007 fr. 30. La Chambre de céans prendra dès lors en compte ce dernier montant. En l'indexant de 4,7% de 2003 à 2007 (+ 0,9% de 2003 à 2004, + 1,0% de 2004 à 2005, + 1,2% de 2005 à 2006, + 1,6 % de 2006 à 2007), le salaire sans invalidité en 2007 s'élève à 63'875 fr. La comparaison des revenus avec et sans invalidité donne un degré d'invalidité de 15%, soit un taux insuffisant pour maintenir le droit à une rente d'invalidité.

A/3085/2009 - 38/39 - Il s'ensuit que c'est à bon droit que l'intimé a supprimé la rente d'invalidité perçue par le recourant à partir du mois de février 2008. b) Durant la période d'octobre 2008 à décembre 2010, pendant laquelle l'état dépressif du recourant était sévère, le Dr LO\_\_\_\_\_ a retenu que les limitations fonctionnelles par ce trouble sévère avait justifié une incapacité de travail totale. Cette conclusion étant corroborée par le certificat du Dr B\_\_\_\_\_ du 17 décembre 2009 (ch. 21 let. b supra) et aucun élément n'étant de nature à remettre en cause l'expertise du Dr LO\_\_\_\_\_ sur ce point, la Chambre de céans retiendra une incapacité de travail totale du recourant pendant la période en question et un droit à une rente entière d'invalidité en découlant. aa) Dans la mesure où son droit à une rente d'invalidité a été supprimé en février 2008 et qu'en octobre 2008, le recourant s'est derechef retrouvé en incapacité totale de gain, il faut déterminer le point de départ du droit à la rente. Selon l'art. 28 al. 1 let. b LAI, l'assuré a droit à une rente s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGa) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable. Dans les cas de reprise de l'invalidité après suppression de la rente, comme en l'espèce, il y a lieu de faire application de l'art. 29bis RAI. Aux termes de cet article, si la rente a été supprimée du fait de l'abaissement du degré d'invalidité et que l'assuré, dans les trois ans qui suivent, présente à nouveau un degré d'invalidité ouvrant le droit à la rente en raison d'une incapacité de travail de même origine, on déduira de la période d'attente que lui imposerait l'art. 28, al. 1, let. b, LAI, celle qui a précédé le premier octroi. En l'espèce, dans la mesure où un délai d'attente avait été imposé au recourant avant l'octroi de la rente supprimée le 1er février 2008, il convient de fixer la naissance du droit à la rente simultanément à la survenance de l'incapacité de gain, soit octobre 2008. La décision attaquée devra être modifiée dans ce sens. 9. Le recourant, qui obtient partiellement gain de cause, a droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens, que la Chambre de céans fixe en l'espèce à 1'000 fr. (art. 61 let. g LPGa). 10. Un émolument de 500 fr. est mis à la charge de l'intimé, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI).

A/3085/2009 - 39/39 - 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.