

## **GE\_GERICHTE ATAS/1234/2013 vom 10. Dezember 2013**

GE Cour de justice, 2013-12-10, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_1234\\_2013](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1234_2013)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/1234/2013 du 10 décembre 2013

IT: GE\_GERICHTE ATAS/1234/2013 del 10 dicembre 2013

### **Erwägungen**

#### **E. 18**

Le 5 avril 2012, la Chambre de céans a informé les parties qu'elle entendait ordonner une expertise psychiatrique. Elle leur a précisé les questions qui seraient

A/3983/2011 - 5/18 - posées à l'expert, et accordé un délai pour qu'elles lui communiquent, le cas échéant, les questions supplémentaires.

#### **E. 19**

Le 11 avril et 4 mai 2012, les parties ont fait savoir qu'elles n'en avaient pas.

#### **E. 20**

Le 21 mai 2012, la Chambre de céans a indiqué qu'elle avait l'intention de confier la mission d'expertise au Dr O\_\_\_\_\_, psychiatre. Les parties n'ont invoqué aucun motif de récusation.

#### **E. 21**

Le 19 juin 2012, la Chambre de céans a ainsi ordonné une expertise psychiatrique et mandaté le Dr O\_\_\_\_\_ pour ce faire.

#### **E. 22**

Le rapport d'expertise a été établi le 12 octobre 2012, à la suite de deux entretiens avec l'assuré, et d'entretiens téléphoniques avec la Dresse L\_\_\_\_\_ et le Dr J\_\_\_\_\_, médecin psychiatre traitant. Le Dr O\_\_\_\_\_ a retenu le diagnostic d'épisode dépressif moyen avec symptôme somatique (F 32.11). Il conteste à cet égard l'évaluation des Drs P\_\_\_\_\_ et Q\_\_\_\_\_, selon lesquels l'assuré ne présente qu'un état dépressif de peu de gravité (dysthymie et épisode dépressif léger). Il considère que « l'expertisé a par moments des passages dépressifs de sévérité au moins moyenne, avec idéation suicidaire, en fonction du caractère désespéré de sa situation du moment, même si son état correspond au moment où nous l'avons rencontré, à un état dépressif moyen. Cet état dépressif nous paraît clairement consécutif à des pertes narcissiques sévères (travail, statut social, autonomie économique, santé et force physique, etc.) ». Le Dr O\_\_\_\_\_ n'a pas diagnostiqué de syndrome douloureux somatoforme persistant sur le plan psychiatrique, compte tenu des lésions somatiques objectivées. Il dit rejoindre en cela l'appréciation de la CRR. Il estime qu'il n'existe pas de syndrome de stress post traumatique, même si l'assuré présente toujours un comportement d'évitement face au balcon de son appartement. Enfin, il n'a pas qualifié le trouble dépressif de récurrent, parce qu'il s'agit à son avis d'un seul et long épisode dépressif. En l'état actuel, le Dr O\_\_\_\_\_ estime que les conséquences de l'épisode dépressif moyen impliquent une capacité de travail résiduelle de 25%. Il note qu'il n'y a pas d'évolution de l'état de santé de la capacité de travail entre 2010 et 2011. En fonction du contexte psychosocial et plus particulièrement de la relation conjugale, la

perturbation psychique sous forme d'état dépressif a fluctué entre les degrés moyen et sévère. Il considère qu'il existe une morbidité psychiatrique sous forme d'un épisode dépressif de gravité moyenne, comorbidité en relation avec les séquelles physiques qui sont à l'origine de la décompensation psychique. Il estime qu'une rémission au moins partielle de l'affection psychique est possible en cas de réintégration sociale et professionnelle réussie. Il a relevé que l'assuré subissait une perte d'intégration sociale dans tous les domaines de la vie en dehors de ses filles. Il n'existe pas d'état psychique cristallisé sans évolution possible au plan

A/3983/2011 - 6/18 - thérapeutique, cela à condition de considérer une démarche de réinsertion professionnelle, comme une mesure thérapeutique d'ordre psychosocial. Aucune amélioration conséquente n'est à espérer d'un traitement médicamenteux dans ce cas. Des traitements ambulatoires conformes aux règles de l'art n'ont pas abouti à un succès thérapeutique. L'assuré suit bien un traitement adéquat de manière ambulatoire. Un traitement stationnaire n'aurait pas de sens dans cette situation. Dans l'état actuel des choses, il n'est pas possible, pour les médecins traitants seuls, d'orchestrer une réinsertion professionnelle qui aboutirait à une réintégration sociale et une revalorisation narcissique dans les faits seraient indiscutablement positifs sur la santé psychique de l'assuré. Une incapacité de travail complète dans l'ancien métier de cariste étant établie par les médecins somaticiens, il y a lieu de constater que ce ne sont pas les douleurs chroniques à elles seules qui posent problème pour réintégrer le monde du travail. Sur le plan psychiatrique, il présente actuellement un effondrement narcissique lié à la perte de sa force physique et de la fonctionnalité de son corps, mais également lié à la perte de son statut social et de sa capacité de s'assumer de manière autonome et de subvenir aux besoins de ses filles. L'état dépressif module inévitablement de façon négative le vécu douloureux, mais l'état dépressif nous paraît plus invalidant que les douleurs. Selon l'expert, une activité qui respecte les limitations somatiques paraît indiquée. Dans le cadre d'un reconditionnement et d'une réinsertion progressive, le poste doit permettre un rendement diminué de 75% environ dans un premier temps, et de 50% environ après deux à trois mois. Cette diminution du rendement permettrait l'évolution de l'état dépressif et idéalement sa disparition complète en l'espace de six mois. Cela à condition qu'il s'agisse d'un emploi et non pas d'un stage. Des mesures de réadaptation sont envisageables et seraient utiles précisément pour revaloriser le narcissisme blessé de l'assuré, celui-ci semblant présenter des ressources personnelles utiles à une réinsertion professionnelle. Enfin, le Dr O\_\_\_\_\_ a relevé que l'appréciation des psychiatres du SMR ne concorde pas avec sa propre appréciation. Le Dr P\_\_\_\_\_ décrit un patient peu dépressif, bien intégré socialement, avec des activités et des envies, ce qui n'est clairement pas le tableau clinique qui ressort des différents rapports médicaux figurant au dossier et qui concerne la même période. Le Dr Q\_\_\_\_\_ retient quant à lui un épisode dépressif léger, entre autres aspects, parce que l'assuré n'a pas manifesté d'idéation suicidaire le jour de l'examen. Il n'est pas clair non plus, selon le Dr O\_\_\_\_\_, de savoir si le Dr Q\_\_\_\_\_ a intégré les plaintes du registre dépressif (baisse de l'humeur constante, une impression de chute, de ruine, des idées noires, des idées suicidaires, une absence de perspective) qui figurent au rapport général de la CRR qu'il ne reprend pas dans son rapport. Il ajoute que « quoi qu'il en soit, nous avons eu l'occasion de rencontrer l'assuré à deux reprises et avons pu constater que le tableau clinique peut être fluctuant. En fonction du contexte psychosocial, mais aussi des douleurs du jour, des difficultés à affronter,

A/3983/2011 - 7/18 - etc., l'assuré peut présenter un état dépressif plus ou moins sévère. Il nous paraît concevable que le Dr Q\_\_\_\_\_ ait rencontré précisément l'expertisé dans le cadre d'une amélioration temporaire liée au séjour à la CRR, duquel l'expertisé espérait une solution à ses problèmes d'insertion professionnelle. Globalement, tenant compte de l'étude du dossier, de l'anamnèse et de l'observation clinique, ainsi que de l'avis actuel des médecins traitants, nous sommes amenés à retenir sur le plan diagnostique, un épisode dépressif moyen qui a bien des répercussions importantes sur la capacité de travail ».

#### **E. 23**

Invitée à se déterminer, la Dresse R\_\_\_\_\_ du SMR, dans une note du 13 novembre 2012, relève que l'expert met surtout en avant les deux appréciations des experts du SMR qui selon lui sont divergentes de l'avis des médecins traitants. La Dresse R\_\_\_\_\_ rappelle que pour poser un diagnostic, il est nécessaire de recueillir une anamnèse, mais également de faire concocter celle-ci avec le status. Or, le status psychiatrique retenu par l'expert est extrêmement succinct lors des deux entretiens, il est divergent par rapport au diagnostic lors du premier entretien, puisque l'expert mentionne que l'assuré s'est exprimé facilement, qu'il paraissait d'humeur stable, qu'il exprimait un désir de réinsertion professionnelle, de sorte que celui-ci n'est ainsi pas décrit comme quelqu'un de dépressif. Le status succinct décrit correspond tout au plus à un épisode dépressif léger, voire à une dysthymie. Lors du deuxième entretien, l'expert a mentionné que l'assuré s'était montré plus affaibli, négatif, souffrant, exprimant un découragement sévère. La Dresse R\_\_\_\_\_ en conclut qu'il s'agit-là d'une situation réactionnelle à des difficultés de vie. Elle considère que l'appréciation du Dr O\_\_\_\_\_ est uniquement basée sur des aspects subjectifs, puisqu'il retient le diagnostic sur la base de l'anamnèse. Les deux status décrits ne relèvent pas les critères nécessaires qui devaient être présents pour un épisode dépressif moyen. De plus, il n'est pas discuté la possibilité d'un trouble somatoforme douloureux. Quant à l'appréciation de la capacité de travail, elle relève qu'il ne s'agit pas de constater que théoriquement, l'assuré pourrait travailler dans une activité adaptée. Elle relève que l'appréciation du Dr O\_\_\_\_\_ est contradictoire, puisqu'il mentionne, d'une part, que la capacité résiduelle de travail est de 25% sur l'angle psychiatrique, mais que si l'assuré pouvait trouver un travail, il n'aurait plus qu'une diminution de 25% de sa capacité de travail dans une activité adaptée, d'autre part. Il semble dès lors bien qu'il s'agit d'un état dépressif réactionnel à l'inactivité (ce dont l'AI ne répond pas). Elle qualifie l'expertise réalisée par le Dr O\_\_\_\_\_ de « polémique et partisane » basée sur des faits subjectifs et sur une déconsidération des expertises faites auparavant, le Dr O\_\_\_\_\_ postulant sur la malhonnêteté des experts qui n'auraient pas pris en compte les plaintes de l'assuré. La Dresse R\_\_\_\_\_ considère dès lors qu'il n'y a aucune raison de remettre en cause les conclusions précédentes du SMR, et que comme déjà relevé dans l'avis

A/3983/2011 - 8/18 - SMR du 13 septembre 2011, il n'y a pas d'aggravation manifeste de l'état de santé depuis le rapport SMR du 16 mars 2010. Le 20 novembre 2012, l'OAI s'est rallié à l'appréciation du SMR et estime que le rapport d'expertise du Dr O\_\_\_\_\_ ne peut se voir accorder pleine valeur probante.

#### **E. 24**

Dans ses écritures du 7 décembre 2012, l'assuré prend note de ce que sa capacité de travail résiduelle est de 25% en raison d'un épisode dépressif moyen. Il relève que selon le Dr O\_\_\_\_\_, une activité qui respecterait les limitations somatiques paraît en premier lieu

indiquée et que dans le cadre d'un reconditionnement et d'une réinsertion progressive, le poste devrait permettre un rendement diminué de 75% environ dans un premier temps, et de 50% environ après deux à trois mois. Le Dr O \_\_\_\_\_ estime que cette diminution de rendement permettrait l'évolution de l'état dépressif et idéalement la disparition complète des symptômes en l'espace de six mois, cela à condition qu'il s'agisse d'un emploi et non d'un stage. S'agissant des mesures de réadaptation professionnelle, celles-ci sont envisageables et même utiles, étant précisé qu'un employeur potentiel devrait accepter de travailler avec une personne visiblement handicapée et limitée physiquement. Il conclut dès lors à la prise en charge de mesures de réadaptation professionnelle, à l'octroi d'un trois-quarts de rente du 1er janvier 2010 au 7 décembre 2012, et d'une demi-rente pour le futur.

#### **E. 25**

Le 17 décembre 2012, l'OAI a persisté dans ses précédentes conclusions.

#### **E. 26**

Le 4 janvier 2013, l'assuré, ayant pris connaissance des écritures de l'OAI, a requis l'audition du Dr O \_\_\_\_\_.

#### **E. 27**

La Chambre de céans a ordonné l'audition du Dr O \_\_\_\_\_ le 12 mars 2013. Celui-ci a déclaré que « Je parlerais plutôt de syndrome douloureux persistant selon la CIM-10 au lieu de trouble somatoforme douloureux. J'ai effectivement écarté ce diagnostic, parce qu'il m'a semblé que les deux premiers critères ne sont pas réalisés, à savoir le fait que les douleurs ne constituent pas dans son cas le symptôme principal, et qu'elles ne viennent pas résoudre un conflit psychologique. Dans le cas de l'assuré, le problème principal est l'état dépressif et non pas les douleurs. Je considère qu'on se réfugie souvent derrière ce diagnostic de syndrome douloureux persistant. J'ai par ailleurs répondu aux questions que m'a posées le Tribunal s'agissant de la perte d'intégration sociale, l'état psychique cristallisé, etc., même si j'ai écarté le diagnostic de syndrome douloureux persistant. J'ai pensé que le Tribunal ferait le tri. Son état dépressif vient du fait qu'il n'est plus valorisé, qu'il se vit comme inutile. C'est la raison pour laquelle j'ai imaginé une version positive en estimant à 25% sa capacité de travail dans un premier temps, à 50% ensuite, puis à 75%. Il aurait ainsi à nouveau un rôle social, une position qui permettrait d'améliorer son état dépressif.

A/3983/2011 - 9/18 - Je ne sais toutefois pas s'il a réellement les ressources nécessaires qui soient exploitables et suffisantes. Il est difficile de l'estimer. Je pense que Monsieur D \_\_\_\_\_ souffre d'un véritable état dépressif qui constitue une maladie réactionnelle à sa situation. S'il avait un emploi valorisant, son état dépressif s'améliorerait sans aucun doute. La question est de savoir s'il peut trouver un emploi, valorisant, en souffrant de son état dépressif. Je rappelle que le traitement de l'état dépressif a commencé en octobre 2009. Je dirais que depuis cette date, la capacité de travail de l'assuré n'a pas changé, elle a varié entre 25% et 0%. Je précise que la diminution de rendement que j'estime à 25% est comprise dans les taux que j'ai indiqués pour la capacité de travail de l'assuré aujourd'hui, et six mois après. »

#### **E. 28**

Dans ses écritures après enquêtes du 8 avril 2013, l'OAI constate que le Dr O \_\_\_\_\_ aboutit pour l'essentiel à des résultats qui s'expliquent par des circonstances psychosociales

et socioculturelles, de sorte qu'il n'y a pas atteinte à la santé psychique invalidante au sens de l'AI. L'OAI considère par ailleurs que les conditions du droit à une mesure de reclassement ne sont pas remplies.

### **E. 29**

Le 3 mai 2013, le mandataire de l'assuré a informé la Chambre de céans que celui-ci avait commis un tentamen dans le courant du mois d'avril 2013 et qu'il résidait actuellement à Belle-Idée. Elle rappelle que son mandant souffre d'une grave dépression qui constitue une maladie invalidante, que compte tenu d'une incapacité de travail de 75%, il a droit à une rente AI depuis octobre 2010, soit un an après le début de l'état dépressif. Il s'agit dès lors de lui permettre de percevoir provisoirement une rente, et de mettre en place par la suite des mesures de reclassement professionnel, la durée provisoire de la rente en rapport avec la capacité de travail progressive dans le temps prévue par le Dr O\_\_\_\_\_ au vu du succès des mesures de reclassement professionnel, sera déterminée par la Chambre de céans à laquelle l'assuré s'en remet à justice. Il conclut ainsi à l'octroi d'une rente AI entière depuis octobre 2010 et parallèlement à l'octroi de mesures de reclassement professionnel.

### **E. 30**

novembre 2004, consid. 4.2). 7. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 125 V 261 consid. 4). La tâche du médecin dans le cadre d'une révision de la rente selon l'art. 17 LPGA consiste avant tout à établir l'existence ou non d'une amélioration de l'état de santé de l'assuré en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale avec la situation au moment de son examen (ATF 125 V 369 consid. 2). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre.

A/3983/2011 - 13/18 - L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, en principe, lorsqu'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 351 consid. 3b/bb). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises

établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). En ce qui concerne les 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 (ATF 125 V 351 consid. cc). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs

A/3983/2011 - 14/18 - médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF non publié 9C\_369/2008 du 5 mars 2009, consid. 2.2). 8. Si les conditions de la révision sont données, le point de départ d'une modification du droit aux prestations est fixé avec précision. En vertu de l'art. 88a RAI, la modification du droit à la prestation intervient en principe lorsqu'un changement déterminant du degré d'invalidité a duré trois mois, sans interruption notable. En vertu de l'art. 88bis al. 1 RAI, l'augmentation de la rente prend effet, si la révision est demandée par l'assuré, au plus tôt dès le mois où cette demande est présentée (let. a), si la révision a lieu d'office, dès le mois pour lequel celle-ci avait été prévue (let. b). 9. 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 353 consid. 5b, 125 V 193 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 III 321 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 319 consid. 5a). 10. Il convient en l'espèce de comparer la situation préexistante à celle qui prévalait au jour de la décision présentement entreprise, afin de déterminer si l'état de santé du recourant a connu une modification notable, suffisamment incapacitante pour ouvrir le droit à une rente. L'OAI, pour nier le droit de l'assuré à toute prestation AI, se réfère aux avis SMR selon lesquels les limitations fonctionnelles sont

globalement les mêmes que celles retenues en 2010 à la suite de l'examen du SMR et impliquent une incapacité entière dans l'activité habituelle de magasinier et de cariste, mais une pleine capacité de travail depuis mars 2009, dans une activité plutôt sédentaire, sans travaux au-delà de 90° d'élévation du bras, sans mouvement d'abduction-adduction répétés du bras gauche avec un port de charges n'excédant pas 5 kg mono-manuel et 10 kg en bi-manuel et sans travail de force avec la main gauche ou mouvements de vissage répétés. Dans une telle activité, l'atteinte psychiatrique ne serait pas non plus responsable d'une quelconque diminution de rendement. 11. Le recourant quant à lui se prévaut d'une péjoration de son état de santé depuis la décision de l'OAI du 24 août 2010. Il explique notamment que, d'un point de vue psychiatrique, ses médecins traitants ont mis en évidence qu'il souffrait d'un état

A/3983/2011 - 15/18 - dépressif récurrent, d'intensité sévère, en sus des importantes limitations fonctionnelles physiques déjà existantes. 12. Il n'est pas contesté que l'assuré ne peut plus reprendre son activité de magasinier et de cariste, qu'il peut en revanche, du point de vue somatique, travailler à plein temps dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Reste à déterminer quelle est sa capacité de travail dans une telle activité du point de vue psychiatrique. La Chambre de céans, constatant que les conclusions des médecins du SMR divergeaient à cet égard radicalement de celles des médecins traitants, a ordonné une expertise psychiatrique qu'elle a confiée au Dr O\_\_\_\_\_. 13. Il y a préalablement lieu d'examiner la valeur probante du rapport d'expertise réalisé par celui-ci le 12 octobre 2012. La Dresse R\_\_\_\_\_ a nié que l'expertise du Dr O\_\_\_\_\_ ait valeur probante, considérant que l'appréciation de celui-ci est uniquement basée sur des aspects subjectifs, puisqu'il retient le diagnostic sur la base de l'anamnèse. Les deux status décrits ne relèvent pas les critères nécessaires qui devraient être présents pour un épisode dépressif moyen. De plus, il n'est pas discuté la possibilité d'un trouble somatoforme douloureux. Quant à l'appréciation de la capacité de travail, elle relève qu'il ne s'agit pas de constater que théoriquement, l'assuré pourrait travailler dans une activité adaptée. Elle considère que l'appréciation du Dr O\_\_\_\_\_ est contradictoire, puisqu'il mentionne, d'une part, que la capacité résiduelle de travail est de 25% sur l'angle psychiatrique, mais que si l'assuré pouvait trouver un travail, il n'aurait plus qu'une diminution de 25% de sa capacité de travail dans une activité adaptée, d'autre part. Il semble dès lors bien qu'il s'agit d'un état dépressif réactionnel à l'inactivité. Elle qualifie l'expertise réalisée par le Dr O\_\_\_\_\_ de « polémique et partisane » basée sur des faits subjectifs et sur une déconsidération des expertises faites auparavant, le Dr O\_\_\_\_\_ postulant sur la malhonnêteté des experts qui n'auraient pas pris en compte les plaintes de l'assuré. La Chambre de céans estime au contraire que l'expertise a valeur probante. Elle constate que les critiques faites par la Dresse R\_\_\_\_\_ portent plus particulièrement sur le fait qu'elle n'adhère pas aux conclusions du Dr O\_\_\_\_\_. Elle confond ainsi la façon de mener l'expertise et les conclusions elles-mêmes. Il n'est par ailleurs nullement exigé des experts médicaux qu'ils fassent état de compétences juridiques. Ainsi, l'expertise réalisée par le Dr O\_\_\_\_\_, complétée par son audition le 12 mars 2013, satisfait en réalité aux réquisits développés par la jurisprudence. L'expert a en effet étudié le dossier médical de l'assurée, établi l'anamnèse, recensé ses plaintes et s'est entretenu avec les médecins traitants. Il a également procédé à un examen clinique et a pris des conclusions claires, qu'il a pris soin de motiver de manière convaincante.

A/3983/2011 - 16/18 - 14. Le Dr O \_\_\_\_\_ a posé le diagnostic d'épisode dépressif moyen avec symptôme somatique (F 32.11). Il a écarté le syndrome douloureux somatoforme persistant sur le plan psychiatrique, compte tenu des lésions somatiques objectivées. Il dit rejoindre en cela l'appréciation de la CRR. Il estime qu'il n'existe pas de syndrome de stress post traumatique, même si l'assuré présente toujours un comportement d'évitement face au balcon de son appartement. Enfin, il n'a pas retenu de diagnostic de trouble dépressif récurrent, parce qu'il s'agit à son avis d'un seul et long épisode dépressif. En l'état actuel, il estime que les conséquences de l'épisode dépressif moyen impliquent une capacité de travail résiduelle de 25%. Il note qu'il n'y a pas d'évolution de l'état de santé et de la capacité de travail entre 2010 et 2011. En fonction du contexte psychosocial et plus particulièrement de la relation conjugale, la perturbation psychique sous forme d'état dépressif a fluctué entre les degrés moyen et sévère. Une activité qui respecte les limitations somatiques paraît indiquée selon l'expert. Dans le cadre d'un reconditionnement et d'une réinsertion progressive, le poste doit permettre un rendement diminué de 75% environ dans un premier temps, et de 50% environ après deux à trois mois. Cette diminution du rendement permettrait l'évolution de l'état dépressif et idéalement sa disparition complète en l'espace de six mois, cela à condition qu'il s'agisse d'un emploi et non pas d'un stage. La Chambre de céans relève, à la lecture de l'expertise que le Dr O \_\_\_\_\_ fait état d'un état dépressif fluctuant entre les degrés moyen et sévère en fonction du contexte psychosocial et plus particulièrement de la relation conjugale. Il décrit un effondrement narcissique lié à la perte de la force physique et de la fonctionnalité du corps, mais également lié à la perte du statut social et de la capacité de s'assumer de manière autonome et de subvenir aux besoins de ses filles. Le Dr O \_\_\_\_\_ explique ainsi l'état de santé psychiatrique de l'assuré par le contexte conjugal et social. Il estime qu'une rémission au moins partielle de l'affection psychique est possible en cas de réintégration sociale et professionnelle réussie. Force est de constater que l'état dépressif décrit est celui d'un état dépressif réactionnel à des difficultés de vie et à l'inactivité. S'il avait un emploi valorisant, son état dépressif s'améliorerait sans aucun doute. Or, si la Chambre de céans est consciente des difficultés rencontrées par l'assuré et du caractère préoccupant de ses problèmes familiaux, il s'agit-là de facteurs étrangers à l'invalidité qui ne peuvent être pris en considération. En effet, les facteurs psychosociaux ou socioculturels ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 7 LPGA. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit

A/3983/2011 - 17/18 - mis en évidence par le médecin spécialisé (Michel VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], 2011, n°1209 p. 335). Manque en l'espèce le critère de durabilité, de sorte que l'état dépressif n'a pas par lui-même valeur d'invalidité (RCC 1971 p. 589, 1964 p. 227). Plus des facteurs psychosociaux ou socioculturels passent au premier plan et codéterminent les symptômes dans un cas particulier, plus il faut que le trouble psychique ayant valeur de maladie, constaté par un médecin spécialiste, soit marqué. En d'autres termes, le tableau clinique ne doit pas consister uniquement en atteintes à la santé imputables aux facteurs socioculturels ou psychosociaux nocifs, mais doit comprendre des diagnostics distincts sous l'angle psychiatrique, p. ex. une dépression chronique au sens médical, se différenciant clairement de simples états dépressifs, ou une souffrance psychique comparable. On ne pourra parler d'invalidité qu'en présence de tels troubles psychiques, ayant des répercussions sur la capacité de travail ou de gain, se distinguant du handicap causé par les facteurs

psychosociaux ou socioculturels et devenus en ce sens autonomes. En revanche, lorsque l'expert n'aboutit pour l'essentiel qu'à des résultats qui s'expliquent de manière suffisante par les circonstances psychosociales et socioculturelles et se confondent pour ainsi dire en elles, il n'y a pas d'atteinte invalidante à la santé psychique (8C\_302/2011) (Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité (CIIAI), n° 1016). Il y a également lieu de relever qu'il n'y a pas eu aggravation de l'état dépressif, qualifié de moyen, depuis le 24 août 2010. En effet, la Dresse L\_\_\_\_\_ parlait déjà en décembre 2010 de la présence d'un état dépressif récurrent sévère « depuis plus d'une année » et la Dresse N\_\_\_\_\_ d'un trouble dépressif, épisode actuel moyen en février 2011. Le Dr O\_\_\_\_\_ note du reste également qu'il n'y a pas eu évolution entre 2010 et 2011. Dès lors, l'aggravation alléguée ne constitue vraisemblablement pas un changement des circonstances suffisamment important pour justifier une révision du droit à la rente au sens de l'art. 17 LPGA, étant au surplus rappelé qu'il n'y a pas non plus matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la diminution ou de l'augmentation de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas. Aussi le recours ne peut-il être que rejeté. 15. Bien que la procédure ne soit pas gratuite en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1bis LAI), il convient de renoncer à la perception d'un émolument, l'assuré étant au bénéfice de l'assistance juridique (art. 12 al. 1 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986; RS E 510. 03).

A/3983/2011 - 18/18 - 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.