

GE_GERICHTE ATAS/165/2009 vom 17. Februar 2009

GE Cour de justice, 2009-02-17, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_165_2009

FR: GE_GERICHTE ATAS/165/2009 du 17 février 2009

IT: GE_GERICHTE ATAS/165/2009 del 17 febbraio 2009

Regeste

Résumé: Une expertise judiciaire motivée, reposant sur des examens approfondis, comportant une anamnèse détaillée et posant des diagnostics clairs, revêt une valeur probante supérieur à un avis du Service médical de l'assurance-invalidité.

Erwägungen

E. 14

Le 26 juin 2006, le recourant a formé recours contre cette décision. Il conclut, à titre principal, à l'annulation de la décision et au renvoi de la cause à l'intimé pour nouvelle instruction du dossier et, à titre subsidiaire, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité. On relèvera cependant que le recours porte avant tout sur la question de la recevabilité. Le recourant indique, en effet, qu'il est fait mention, sur la décision du 5 mai 2006, d'un envoi par courrier LSI, alors qu'il n'a reçu aucune invitation à retirer l'envoi dans sa boîte à lettres. Il a ainsi formé recours dans le délai de 30 jours suivant la réception du second envoi, adressé par pli simple.

E. 15

Interrogé à ce propos, l'OCAI a indiqué, par courrier du 5 juillet 2006, que la décision n'avait été envoyée que par pli simple.

E. 16

Par mémoire complémentaire du 25 septembre 2006, le recourant a persisté dans ses conclusions. Il relève que le caractère invalidant de ses troubles psychiatriques a été écarté par l'intimé, sans que celle-ci se soit fondée sur un document médical.

E. 17

Dans sa réponse du 16 octobre 2006, l'OCAI, se fondant sur un avis médical du SMR du 9 octobre 2006, a indiqué que le trouble de l'adaptation tel que décrit par la Dresse N_____ ne présentait pas un degré de gravité suffisamment important pour justifier une incapacité de travail de longue durée. Il a également relevé qu'en l'absence d'arguments pertinents démontrant une atteinte psychiatrique invalidante, l'état de santé psychique du recourant était celui décrit par la Dresse Véronique N_____ dans son rapport psychiatrique du 14 mars 2005 et que cet état n'était pas invalidant. Il considère, par conséquent, qu'il n'y a pas d'invalidité au plan psychiatrique et aucun motif à procéder à une expertise psychiatrique.

E. 18

Vu la divergence d'opinions quant à la nécessité d'ordonner une expertise psychiatrique, le Tribunal de céans s'est adressé à la Dresse P_____, médecin interne au département

de psychiatrie des Hôpitaux Universitaires de Genève, qui a repris le dossier du recourant, afin qu'elle lui expose de façon circonstanciée ce qui fonde, selon elle, la totale incapacité de travail dont elle fait état dans son rapport. Dans son courrier du 1er mars 2007, elle fait état d'une péjoration de l'état psychique du patient. Elle indique que les diagnostics actuels sont un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique et une modification gênante de la personnalité. Elle atteste d'une incapacité totale de travail, dont 50 %

A/2318/2006 - 5/14 - est d'origine psychiatrique et 50 % dû à une adaptation inadéquate. Selon elle, des mesures de reconversion professionnelles pourraient être envisagées, étant précisé que l'activité proposée devrait impliquer le moins de stress possible, pour éviter une péjoration des troubles psychiques et du problème cardiaque. Une investigation plus poussée sur le plan psychiatrique pourrait être effectuée. L'OCAI s'y est opposé par pli du 9 mars 2007.

E. 19

Par ordonnance du 25 juin 2007, le Tribunal de céans a ordonné une expertise psychiatrique du recourant et commis le Dr Q_____, médecin adjoint du département de psychiatrie des HUG, psychiatre et psychothérapeute FMH, à cette fin.

E. 20

Dans son rapport d'expertise du 21 mai 2008, il dit s'être fondé sur cinq consultations médicales, les pièces qui lui ont été adressées par le Tribunal de céans, celles figurant dans le dossier de la consultation des Pâquis, ainsi que sur des entretiens téléphoniques échangés avec la Dresse P_____, psychiatre traitant, la Dresse L_____, médecin généraliste, et le Dr M_____, cardiologue, pour établir son expertise. Il expose une anamnèse détaillée du recourant, comprenant un volet personnel, familial, scolaire, professionnel, médical et psychiatrique. Il relève ensuite les données subjectives le concernant. Il indique à ce propos que le recourant est déprimé, triste, épuisé, qu'il a une mauvaise estime de lui, qu'il se sent coupable de sa situation, qu'il se plaint de troubles du sommeil, qu'il a perdu ses amis et qu'il passe l'essentiel de son temps cloîtré à domicile, fatigué, sans énergie. Il n'éprouve plus aucun plaisir, en aucune circonstance. Il expose également les données objectives et commence par expliquer que, bien que le recourant ne maîtrise pas parfaitement la langue française, son discours est clair, cohérent et informatif. Quand l'expert pensait n'avoir pas été compris, il répétait son propos ou complétait ses réponses, qui étaient généralement laconiques. Il relève que sa thymie est triste et que le recourant a pleuré à plusieurs reprises pendant les entretiens, surtout en évoquant un sentiment de culpabilité et de dévalorisation. L'expert constate également que, bien que le recourant n'exprime pas d'idées suicidaires, il laisse entendre qu'il lui arrive d'envisager la mort comme une solution. Il indique, finalement, qu'il atteint sur l'échelle d'Hamilton un score de 23/54 lors de la première consultation et de 29/54 lors de la seconde, ce qui correspond à un état dépressif d'intensité sévère. S'agissant des diagnostics, il retient un état dépressif sévère sans symptômes psychotiques et autres modifications durables de la personnalité. Il procède alors à la discussion du diagnostic. Il explique que son diagnostic repose sur la nature et le nombre de symptômes présents (tristesse permanente de l'humeur, diminution de l'intérêt et du plaisir, baisse de l'énergie avec fatigabilité et réduction de l'activité, diminution de l'estime de soi, sentiments de culpabilité et de dévalorisation, attitude pessimiste face à l'avenir, troubles du sommeil, diminution de la concentration et de

l'attention), ainsi que sur leur intensité et leur durée. En réponse aux questions qui A/2318/2006 - 6/14 - lui ont été soumises par le Tribunal de céans, il indique que les manifestations cliniques des troubles psychiques diagnostiqués sont étroitement intriquées et qu'il n'est pas possible de quantifier le rôle de chacun d'eux. Il atteste d'une incapacité totale de travail, aussi bien dans la dernière activité du recourant que dans une activité adaptée, ce depuis le mois de juin 2000. S'agissant de son adaptation, il explique que les troubles psychiques qu'il présente et leur influence sur sa capacité de travail ne sont pas en lien avec une adaptation inadéquate d'un point de vue culturel ou social. Selon lui, l'infarctus du myocarde a exercé une influence majeure sur le développement des troubles psychiques, dans la mesure où il a représenté un traumatisme sévère venant s'ajouter à ceux que le recourant avait déjà subis, précipitant l'éclosion clinique du syndrome dépressif et entraînant une modification durable de sa personnalité. L'expert considère que les chances de succès d'une réadaptation sont nulles. Il est peu vraisemblable, selon lui, que la capacité de travail du recourant puisse s'améliorer. Il indique que le pronostic est mauvais, bien qu'il subsiste une incertitude quant à l'effet d'une prise régulière du traitement médicamenteux sur l'évolution de l'état clinique du recourant. A la fin de l'expertise, l'expert indique que le recourant a été victime d'un nouvel infarctus du myocarde le 28 avril 2008. Il explique qu'alors que sa femme appelait les secours, il a raccroché le téléphone, préférant mourir. Cet épisode est, selon lui, révélateur de l'état de détresse psychique du recourant. Il suggère au Tribunal de céans de reconsidérer l'évaluation de sa capacité de travail également d'un point de vue strictement cardiologique.

E. 21

Invité à se prononcer sur l'expertise précitée, l'OCAI se réfère à l'avis du SMR du 18 juin 2008, dont il reprend les arguments. Celui-ci considère que les diagnostics retenus par l'expert ne peuvent être suivis, dans la mesure où ils reposent sur le score de l'échelle de dépression de Hamilton qui est une échelle subjective. Il précise que les constatations objectives ne permettent pas de trouver tous les critères nécessaires à poser le diagnostic d'épisode dépressif sévère. Il reproche également à l'expert de ne pas avoir expliqué pour quelle raison il s'était écarté du diagnostic précédemment retenu et de n'avoir pas été assez critique face à son diagnostic. Il explique, en effet, que l'expert ne pouvait retenir le diagnostic d'épisode dépressif, vu la durée du trouble, puisque certaines études démontrent que, sans traitement, même un épisode dépressif sévère a tendance à se guérir spontanément. Il constate, par ailleurs, que les données subjectives ont été recueillies sans traducteur alors même que l'expertisé ne maîtrise pas parfaitement la langue française. Pour ces raisons, il considère que l'expertise du Dr Q_____ n'est pas convaincante.

E. 22

Ces critiques ont été soumises au Dr Q_____, qui a été invité à y répondre. Par courrier du 23 septembre 2008, il explique, s'agissant de la démarche diagnostique, qu'elle consiste à prendre en considération le tableau clinique, les plaintes ou données subjectives de l'expertisé ainsi que les éléments de l'anamnèse. Il expose, en l'occurrence, l'ensemble des éléments sur lesquels il s'est fondé pour

A/2318/2006 - 7/14 - poser son diagnostic. Il précise que ce n'est qu'après avoir apprécié ces éléments que le spécialiste peut éventuellement utiliser une échelle pour juger la gravité de la dépression, comme il l'a fait en l'occurrence. Ce type d'outil n'est ni plus ni moins subjectif que ne l'est la démarche diagnostique explicitée et il ne peut en aucun cas être

considéré comme un instrument de diagnostic. Il estime, par conséquent, qu'on ne peut prétendre que son diagnostic repose exclusivement sur l'utilisation de l'échelle de Hamilton. L'expert rappelle, par ailleurs, que le recourant a été consulté à cinq reprises, qu'il a toujours présenté une humeur dépressive dont l'intensité n'a que peu varié, qu'il a souvent fait part d'un désintérêt général et d'une anhédonie sévère, de la mauvaise estime de soi, d'un sentiment de dévalorisation, d'idées de culpabilité et d'importants troubles du sommeil. Il explique que, pendant les entretiens, il a souvent évoqué la mort comme une solution à ses souffrances. Le fait qu'il ait voulu empêcher sa femme de prévenir les secours lors de son deuxième infarctus du myocarde s'apparente clairement à un comportement suicidaire et vient s'ajouter à la liste des symptômes dépressifs décrits chez le recourant. L'expert explique que l'épisode dépressif a été qualifié de sévère compte tenu du syndrome somatique, de l'humeur très déprimée, de l'anhédonie marquée, et de l'augmentation de la fatigabilité et des idées ou comportements suicidaires observés chez le recourant. A la question de savoir ce qui l'a amené à retenir un diagnostic différent de celui retenu par le passé, l'expert répond que le diagnostic de trouble de l'adaptation est limité dans le temps et qu'il suppose l'intervention d'un facteur de stress. Si l'infarctus du myocarde de juin 2000 a représenté un stress assez sévère pour rompre un équilibre psychique déjà compromis par les traumatismes antérieurs, la durée des manifestations dépressives qui l'ont suivi est trop longue et leur gravité trop marquée pour que le diagnostic de trouble de l'adaptation puisse être retenu. L'expert précise, en effet, que la CIM-10 le définit comme un "état dépressif léger survenu à la suite d'une exposition prolongée à une situation stressante et ne persistant pas au-delà de deux ans". Or l'assuré présente depuis juin 2000 un état dépressif dont le degré de sévérité a évolué de moyen à sévère actuellement. S'agissant des éventuels problèmes de compréhension du recourant, l'expert a indiqué que bien qu'il ne maîtrisait pas parfaitement la langue française, les éventuelles approximations et ou incompréhensions ont toujours pu être dissipées par les efforts du recourant et les siens. Le SMR a également souligné que l'expert avait posé un diagnostic différent de celui qui avait été retenu jusqu'alors par les spécialistes, sans expliquer pourquoi il écartait ces diagnostics. A ce propos, l'expert indique que pour la Dresse L _____, qui a longuement suivi le patient avant sa prise en charge par la Consultation des Pâquis et pour les psychiatres l'ayant suivi par la suite, la présence d'une symptomatologie dépressive d'intensité moyenne à sévère est établie. Si certains ont pu poser le diagnostic de troubles de l'adaptation, il s'agit à l'évidence d'une erreur d'appréciation et d'une mauvaise application des critères de la CIM-10.

A/2318/2006 - 8/14 -

E. 23

Les éléments de réponse de l'expert Q _____ ont été soumis au SMR pour détermination. Par courrier du 8 octobre 2008, ce dernier a indiqué qu'il maintenait sa position. Il considère, en effet, que la démarche diagnostique exposée par l'expert ne ressort pas de son expertise. S'il ne réprovoque pas l'utilisation d'une échelle, il considère toutefois qu'elle doit être mise en parallèle et en perspective avec les éléments anamnestiques qui sont subjectifs, ainsi que les éléments objectifs. Or, en l'occurrence, il constate que le diagnostic de sévérité repose sur cette seule base et non sur l'ensemble des éléments. Il estime, par ailleurs, que l'expert n'a pas été suffisamment critique face aux diagnostics posés. Il rappelle, en effet, que l'existence d'un épisode dépressif sévère ne peut être retenue sur une durée aussi longue. Il ajoute encore qu'il n'est pas acceptable que l'expert remette en doute le diagnostic de trouble de l'adaptation, précédemment posé par ses confrères, d'une

part parce qu'il ne peut être en mesure de nier la présence de ces critères à l'époque, d'autre part, parce qu'il admet lui-même qu'il existait un facteur de stress sous la forme d'un infarctus en juin 2000. Finalement, il indique qu'un entretien au minimum aurait dû se tenir en présence d'un traducteur, dans la mesure où le recourant ne maîtrise pas suffisamment la langue française. Pour ces motifs, il considère que l'expertise judiciaire du Dr Q _____ n'est pas convaincante.

E. 24

Vu l'avis du SMR, l'OCAI a indiqué, par courrier du 14 novembre 2008, qu'il maintenait ses conclusions.

E. 25

Quant au recourant, il a indiqué que les remarques du SMR étaient infondées et qu'il y avait lieu d'accorder une pleine valeur probante à l'expertise du Dr Q _____.

E. 26

Après transmission de ces écritures à l'intimé, la cause a été gardée à juger le 17 décembre 2008. EN DROIT 1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable au cas d'espèce. 3. Aux termes de l'art. 60 LPGA, le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours. En l'occurrence, le recourant explique que la décision reçue par pli simple le 28 mai 2006 comportait la mention LSI, mais qu'il n'a trouvé aucune invitation à retirer l'envoi dans sa boîte à lettres.

A/2318/2006 - 9/14 - On rappellera à cet égard que le fardeau de la preuve de la notification d'un acte et de sa date incombe en principe à l'autorité qui entend en tirer une conséquence juridique (ATF 124 V 402 consid. 2a, 122 I 100 consid. 3b, 114 III 53 consid. 3c et 4, 103 V 65 consid. 2a). En ce qui concerne plus particulièrement la notification d'une décision ou d'une communication de l'administration adressée par courrier ordinaire, elle doit au moins être établie au degré de la vraisemblance prépondérante requis en matière d'assurance sociale (ATF 124 V 402 consid. 2b, 121 V 6 consid. 3b). L'autorité supporte donc les conséquences de l'absence de preuve (ou de vraisemblance prépondérante) en ce sens que si la notification ou sa date sont contestées et qu'il existe effectivement un doute à ce sujet, il y a lieu de se fonder sur les déclarations du destinataire de l'envoi (ATF non publié du 5 mai 2008, 8C_621/2007; consid. 4.2). En l'occurrence, l'OCAI ne s'est pas prévalu de la tardiveté du recours. Un tel grief aurait du reste été écarté, attendu que l'intimé n'était pas en mesure de prouver la date de réception de sa lettre LSI par le destinataire. Au vu de la jurisprudence précitée, il convient de se fonder sur les déclarations du destinataire de l'envoi et de considérer que la lettre LSI n'est jamais parvenue à son destinataire. C'est, par conséquent, le second envoi, reçu le 28 mai 2006, qui marque le dies a quo du délai de 30 jours. En adressant son recours le 26 juin 2006, le recourant a respecté ce délai. Son recours, interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, est recevable (art. 56 à 60 LPGA). 4. La question litigieuse est de savoir si les troubles psychiques dont souffre le recourant ouvrent le droit à des prestations de l'assurance-invalidité. 5. Selon l'art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à

66 2/3 % au moins, à une demi- rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1 bis LAI, prétendre à une demi-rente s'il est invalide à 40 % au moins. Selon l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente au sens de l'art. 28 LAI prend naissance au plus tôt à la date à partir de laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40 % au moins (let. a) ou à partir de laquelle il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable (let. b). Cependant, aux termes de l'art. 48 al. 2 LAI, si l'assuré présente sa demande plus de douze mois après la naissance du droit, les prestations ne sont allouées que pour les douze mois précédant le dépôt de la demande. Elles sont allouées pour une période antérieure si l'assuré ne pouvait pas connaître les faits ouvrant droit à des prestations et qu'il présente sa demande dans les douze mois dès le moment où il en a eu connaissance.

A/2318/2006 - 10/14 - Aux termes de l'art. 8 al. 1 et 3 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir le droit aux prestations entrant en considération. 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). En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, le Tribunal fédéral des assurances a, dans un arrêt ATF 127 V 294, précisé sa jurisprudence relative aux atteintes à la santé psychique. Ainsi, 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. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 299 consid. 5a in fine; VSI 2000 p. 155 consid. 3). 6. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un

élément utile pour déterminer quels travaux sont raisonnablement exigibles de la part de l'assuré (ATF

A/2318/2006 - 11/14 - 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur 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 (ci-après: TFA) a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, 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 351 consid. 3b/aa). 7. En l'espèce, la divergence des avis médicaux figurant au dossier a amené le Tribunal de céans à ordonner une expertise judiciaire. On rappellera que le juge ne s'écarte des conclusions d'une telle expertise que s'il existe des motifs impératifs. Il convient, par conséquent, d'examiner si les arguments développés par le SMR, et sur lesquels se fonde l'intimé, constituent des motifs suffisants pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert. On rappellera au préalable que l'avis SMR doit revêtir une force probante moindre, si l'on suit la logique de la jurisprudence du TFA. En effet, si celui-ci considère que

A/2318/2006 - 12/14 - l'on ne peut mettre sur un même pied le rapport des experts du COMAI et le rapport des médecins de SMR (ATF 123 V 175), on ne saurait admettre a fortiori qu'un simple avis médical de SMR remette en cause des expertises judiciaires, dont il sera rappelé qu'il appartient au juge, et non aux médecins de l'office, de juger de la valeur probante. Cela étant, les arguments du SMR doivent naturellement être pris en compte et ont été transmis à l'expert. A cet égard, on relèvera que, s'agissant de l'expertise du Dr Q _____, l'ensemble des critères jurisprudentiels sont réunis pour qu'une pleine valeur probante lui soit reconnue. On constate, en effet, que cette expertise repose sur un examen approfondi du dossier, l'expert ayant examiné le recourant à cinq reprises et pris en

considération les diverses pièces médicales figurant au dossier pour apprécier son état de santé. On observe également que l'expertise comprend une anamnèse très détaillée et qu'elle fait état de l'ensemble des données subjectives et objectives du recourant. Elle est établie de manière neutre et libre de toute appréciation dépréciante. La situation médicale du recourant y est clairement exposée et l'expert pose des diagnostics précis, qu'il discute. Il explique en particulier sur quels éléments il s'est fondé pour poser son diagnostic. Il précise également, suite aux critiques du SMR, les raisons pour lesquelles il s'est écarté du diagnostic retenu en 2005 par la Dresse N_____, exposant en détail sa démarche diagnostique. On ne saurait admettre, par conséquent, contrairement à ce que soutient le SMR, que ce diagnostic repose uniquement sur l'utilisation d'une échelle de Hamilton. Il ressort, en effet, tant de l'expertise que du courrier du 23 septembre 2008, que l'expert s'est fondé sur l'ensemble des données du cas d'espèce pour poser son diagnostic. S'agissant de la durée dudit trouble, elle ne saurait remettre en cause le diagnostic. La doctrine médicale enseigne, en effet, que les épisodes dépressifs peuvent se terminer complètement (dans environ deux tiers des cas), ou seulement partiellement, voire pas du tout (dans environ un tiers des cas) (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4^{ème} éd., éd. Masson, Paris, 2003, p. 430). En outre, comme l'explique l'expert, le trouble de l'adaptation ne peut être retenu car il ne persiste pas au-delà de deux ans. Quant aux difficultés linguistiques du recourant, elles ne semblent pas avoir posé problème lors de l'entretien, ce qu'a expliqué l'expert dans son expertise et confirmé dans son courrier du 23 septembre 2008. A dire vrai, on peine à comprendre, en l'occurrence, l'entêtement du SMR à contester l'expertise sur la base d'arguments auxquels l'expert a précisément répondu. Au vu de ce qui précède, on doit admettre que les remarques de SMR ne sont pas de nature à faire douter de la pertinence des conclusions de l'expert ni à remettre en cause ses diagnostics. Il convient, par conséquent, d'accorder une pleine valeur probante à cette expertise et d'en suivre les conclusions. Selon l'expert, le recourant présente une incapacité totale de travail, dans toute activité, même adaptée. Il a donc droit à une rente entière d'invalidité.

A/2318/2006 - 13/14 - L'expert a daté l'incapacité de gain durable de 40 % au moins au mois de juin 2000, ce qui implique que le droit à la rente s'est ouvert en juin 2001. En déposant sa demande le 16 juillet 2003, le recourant a fait valoir son droit tardivement, de sorte qu'il ne peut prétendre au paiement rétroactif de sa rente que pour les douze mois précédant le dépôt de sa demande, soit à partir du 1er juillet 2002 uniquement (art. 48, al. 2 et 29, al. 2 LAI). 8. Le recourant, qui obtient gain de cause, a droit à des dépens, fixés en l'espèce à 2'250 fr. Par ailleurs, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité, entrée en vigueur le 1er juillet 2006 (RO 2006 2003), a apporté des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). En particulier, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le Tribunal de céans est désormais soumise à des frais de justice, qui doivent se situer entre 200 fr. et 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). Le présent cas est soumis au nouveau droit (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005). Vu l'issue du litige, un émolument de 500 fr. sera mis à charge de l'intimé.

A/2318/2006 - 14/14 -

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