

GE_GERICHTE ATAS/473/2016 vom 20. Juni 2016

GE Cour de justice, 2016-06-20, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_473_2016

FR: GE_GERICHTE ATAS/473/2016 du 20 juin 2016

IT: GE_GERICHTE ATAS/473/2016 del 20 giugno 2016

Erwägungen

E. 32

Le 27 novembre 2014, l'OAI a demandé au SMR de mettre en place une nouvelle expertise comprenant un volet psychiatrique et un volet rhumatologique.

E. 33

À teneur du rapport du 28 avril 2015, établi conjointement par les docteurs R_____, médecine-physique et réadaptation FMH, rhumatologie FMH et S_____, médecin spécialiste en psychiatrie FMH du SMR, ces derniers ont estimé, sur la base d'un examen clinique d'environ 3 heures 30 (à teneur de la convocation), qu'il n'y avait aucun diagnostic sur les plans ostéoarticulaire et psychiatrique avec répercussions durables sur la capacité de travail de l'assuré. Ils ont retenu comme diagnostics sans répercussion sur la capacité travail : - lombalgies communes dans un contexte de troubles dégénératifs débutants du rachis lombaire, non déficitaires;

A/1128/2014 - 9/28 - - status post entorse de la cheville D; - obésité de classe I; - syndrome douloureux somatoforme persistant; - épisode dépressif moyen avec syndrome somatique. Le rapport contient un résumé du dossier médical de l'assuré et une anamnèse. Selon l'anamnèse familiale, l'assuré avait, notamment, déclaré que son père souffrait de problèmes psychiatriques. Selon l'anamnèse ostéoarticulaire, il se plaignait d'une douleur lombaire basse, irradiant au niveau rétrotrochantérien et d'une douleur dorsale. Les symptômes étaient quotidiens et augmentaient si l'assuré marchait un peu ou restait assis. Il était capable de marcher 15 à 20 minutes. Il avait alors des angoisses. Il ressentait des brûlures. Au niveau neurologique, il décrivait une diminution de la sensibilité intermittente de la face antérieure de la cuisse gauche. Il avait parfois le genou droit bloqué. Il se réveillait quatre à cinq fois par nuit pendant lesquelles il avait des cauchemars et des douleurs. Il voyait son médecin traitant, le Dr B_____ une fois par mois et n'avait plus de suivi rhumatologique à l'Hôpital de Beau-Séjour. Selon l'anamnèse psychosociale, il décrivait une bonne ambiance familiale durant son enfance. Il s'était marié en 1986 et avait eu, trois filles nées en 1999, 2002 et 2012 et un garçon né en 2004. Tous les quatre habitaient chez eux et allaient bien. L'entente conjugale était bonne selon l'assuré. Selon l'anamnèse psychiatrique, l'assuré ne présentait aucun antécédent psychiatrique avant son accident de décembre 2009. Il était actuellement suivi par la consultation des Eaux-Vives une à trois fois par mois. L'assuré avait émis les plaintes suivantes sur le plan psychiatrique : « rien ne va, tout est négatif, je sens mal l'avenir, je m'inquiète pour mes enfants, qui va s'occuper d'eux, cela me fait mal au cœur ». L'assuré se plaignait d'une très grande fatigue et de douleurs. Il décrivait des angoisses nocturnes, associant une sensation de chaleur remontant de l'épigastre vers la nuque, avec une sensation de manque d'air. Ses crises d'anxiété étaient de survenue inopinée et duraient environ cinq minutes avant de céder spontanément. La fréquence actuelle était d'environ trois fois par semaine. L'assuré mentionnait qu'il avait parfois des idées

suicidaires. Il faisait des cauchemars dans lesquels il voyait des morts. Il souffrait de troubles de l'attention et de la concentration et ne conduisait plus pour cette raison. Il est indiqué sous une rubrique « vie quotidienne » que les ressources financières actuelles de l'assuré étaient constituées de l'aide sociale. Il habitait un appartement de quatre pièces et demi au premier étage et vivait avec son épouse et leurs quatre enfants. Il se réveillait vers 8h00, se levait et prenait son petit déjeuner et ses médicaments, puis retournait se coucher et somnolait. Le dîner était pris à midi, puis il restait un peu sur le fauteuil et passait un peu de temps avec ses enfants. Il faisait ensuite une sieste, au cours de laquelle il somnolait pendant une heure. L'après-midi, il essayait de sortir un peu et marchait 15 à 20 minutes avec son épouse puis il rentrait se recouchait, à cause des douleurs. Le souper était pris en

A/1128/2014 - 10/28 - famille puis l'assuré regardait un peu la télévision et allait se coucher vers 22h00. Le ménage et la cuisine étaient effectués par son épouse. Il accompagnait parfois cette dernière et leurs filles au supermarché voisin (50 m à pied), mais il ne se sentait pas bien et, en général, il les attendait dehors. Il n'avait pas de centre d'intérêts et ne faisait rien même la télévision le fatiguait. Il était en relation avec quelques membres de sa famille, en particulier ses parents, qui lui rendaient visite une fois par mois, et un cousin. Les dernières vacances remontaient à plusieurs années auparavant. La libido était très diminuée. Sous « appréciation du cas », le SMR a indiqué que lors de l'entretien, l'assuré avait confirmé ne pas avoir repris d'activité professionnelle depuis le 14 décembre 2009. L'activité de pizzaiolo était considérée comme modérément contraignante physiquement pour le rachis. Le jour de l'examen, l'assuré décrivait une lombalgie basse, irradiant dans la région rétrotrochantérienne bilatéralement et au niveau dorsal. Il n'annonçait pas de sciatalgies. Les symptômes étaient quotidiens. Il n'était pas possible de préciser, avec les informations transmises par l'assuré, si les douleurs lombaires étaient uniquement mécaniques ou si elles revêtaient une composante inflammatoire. L'assuré décrivait une diminution intermittente de la sensibilité à la face antérieure de la cuisse gauche et disait avoir son genou droit qui était parfois bloqué. Il voyait son médecin traitant, le Dr B _____, une fois par mois et n'avait plus de suivi rhumatologique. Il ne se plaignait pas d'autres problèmes ostéoarticulaires. Notamment, il ne se plaignait pas de sa cheville droite. Il avait été constaté sur les radiographies qu'il avait eu un traumatisme niveau de sa cheville droite en 2013. L'examen montrait un homme de 39 ans, avec un état de santé générale considérée comme moyen pour l'âge. Il avait une obésité de classe I, un déconditionnement physique, une perte d'élan, il était ralenti, l'hygiène était partiellement préservée. L'examen neurologique excluait une atteinte radiculaire en relation avec d'éventuels troubles dégénératifs. Il n'y avait pas de sciatalgies irritatives. L'examen articulaire périphérique montrait une composante de periarthrite de hanches prédominante à droite. Il n'y avait pas d'éléments orientant vers une coxarthrose. Il n'y avait pas de polyinsertionnite d'accompagnement. Au niveau du rachis, l'assuré avait de légers troubles statiques sous forme d'un relâchement de la sangle abdominale, une attitude en rétropulsion du tronc. Son épaule gauche était légèrement plus basse que la droite. Il ne tenait pas suffisamment longtemps en flexion du tronc afin de faire la différence entre une attitude scoliotique et une légère scoliose. Alors que l'assuré ne s'était pas plaint de cervicalgies pendant l'entretien, il avait annoncé, lors de la mobilisation, des douleurs cervicales en extension et en rotation, non latéralisées ; la gestuelle spontanée était normale ; il n'y avait pas de contracture paravertébrale. La mobilité était dans les limites de la norme, voire seulement légèrement limitée en flexion latérale droite. Un syndrome rachidien cervical était exclu. Ces éléments cliniques ne justifiaient pas de limitations fonctionnelles durables. La mobilité lombaire

était légèrement restreinte et douloureuse dans toutes les directions. Il y avait une nettement meilleure mobilité du rachis lombaire que celle décrite par le

A/1128/2014 - 11/28 - Dr G_____ dans son expertise de novembre 2010. Au vu des douleurs multiétagées à la palpation, il ne pouvait être conclu à une simple dysfonction intervertébrale L5-S1. Par ailleurs, l'assuré avait davantage de douleurs à la contrainte de son épineuse L4 qu'en L5. Quoi qu'il en soit, une simple dysfonction intervertébrale mineure, c'est-à-dire une hypomobilité d'une articulaire postérieure, ne justifiait pas d'incapacité travail durable. Il n'y avait pas de sciatalgies irritatives. Le score de Waddell était positif pour des signes comportementaux. L'IRM lombaire du 10 mars 2010 montrait des troubles dégénératifs débutants du rachis lombaire avec des protusions circonférencielles en L4-5 et L5-S1 et des troubles dégénératifs postérieurs débutants L3-4 et L4-5. Il s'agissait de découvertes fortuites n'expliquant pas les plaintes de l'assuré. Il n'y avait pas d'atteinte post-traumatique visible. Il fallait rappeler que le Dr E_____ avait estimé qu'il n'y avait pas de discopathie à l'IRM. Il y avait lieu de conclure qu'il existait une discordance marquée entre les allégations de l'assuré, son comportement et sa gestuelle spontanée ou encore avec les constatations radiologiques objectivables. Ces éléments orientaient vers un trouble somatoforme douloureux dont les critères de gravité allaient être débattus par l'expert psychiatre. Sur le plan psychiatrique, l'examen psychiatrique auquel il avait été procédé le jour-même objectivait un épisode dépressif moyen avec un syndrome somatique. En effet, les trois critères majeurs de la dépression étaient présents : abaissement de l'humeur d'intensité moyenne, diminution de l'intérêt et du plaisir, réduction de l'énergie d'origine mixte, dépressive et secondaire aux douleurs. Par ailleurs, il existait une diminution de la concentration et de l'attention ainsi que de la confiance en soi, une attitude morose et pessimiste face à l'avenir et une idéation suicidaire fluctuante. Par contre, il n'y avait pas de perturbation du sommeil ou de l'appétit d'origine dépressive. Enfin, le syndrome somatique de la dépression était présent, avec une diminution de l'intérêt du plaisir pour des activités habituellement agréables, une dépression plus marquée le matin, un ralentissement psychomoteur objectivable par autrui et une diminution marquée de la libido. L'examen objectivait un syndrome douloureux somatoforme persistant, en présence de douleurs persistantes, intense, s'accompagnant d'un sentiment de détresse, non expliquées entièrement par un trouble physique et qui constituaient en permanence la préoccupation essentielle de l'assuré. Ce diagnostic imposait la discussion des critères de sévérité. Il n'existait pas de comorbidité psychiatrique manifeste, le trouble dépressif constaté faisant partie intégrante du tableau douloureux. Par ailleurs, s'il s'agissait bien d'une affection chronique s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable et si l'on devait considérer que jusqu'à présent le traitement avait échoué, il était difficile d'affirmer que l'état psychique de l'assuré était cristallisé, c'est-à-dire sans évolution possible au plus (sic) thérapeutique. Enfin, il n'existait pas de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, comme le montrait la vie quotidienne. L'affection présentée par l'assuré n'était donc pas incapacitante au sens de l'AI.

A/1128/2014 - 12/28 - Par ailleurs, l'assuré décrivait des crises d'anxiété aiguës associant chaleur épigastrique remontant vers la tête, sensation de manque d'air, voire de mort imminente. Ses crises de survenue inopinée essentiellement nocturnes dureraient environ cinq minutes, céderaient spontanément, et leur fréquence actuelle serait d'environ trois par semaine. Aucun épisode paroxystique n'avait été objectivé au cours de l'examen. De plus, l'absence de traitement anxiolytique ne manquait pas de laisser l'examineur perplexe.

Enfin, aucun des nombreux rapports médicaux à disposition ne comportait ce diagnostic. En l'absence d'argument clinique objectivable, ce diagnostic ne pouvait être retenu. L'examen psychiatrique n'objectivait pas de trouble psychotique caractérisé. En effet, plusieurs éléments cliniques plaidaient contre la réalité d'authentiques hallucinations : durant quelques secondes, l'assuré avait présenté un comportement évoquant une attitude d'écoute et une soliloque : les lèvres de l'assuré bougeaient mais n'émettaient aucun son tandis qu'il avait la tête tournée vers la droite. Pour autant, il n'avait pas quitté l'examineur des yeux, ce qui l'avait mis mal à l'aise, ayant alors le sentiment que l'assuré avait cherché à vérifier que le « phénomène » ne lui avait pas échappé. Interrogé à ce sujet, l'assuré avait déclaré que souvent il entendait son patron l'appeler par son prénom ou des personnes mortes lui parler. Il cherchait alors à les localiser dans l'espace, mais ne trouvait rien. Cet épisode de quelques secondes ne s'était pas reproduit durant toute la durée de l'examen, rendant ainsi l'examineur très perplexe quant à la réalité de ces phénomènes hallucinatoires. De plus, l'examen de l'ensemble de la lignée psychotique ne mettait pas en évidence de syndrome d'influence, et en particulier pas d'automatisme mental : il n'y avait pas de commentaire des actes, pas d'actes imposés, pas d'écho ni de devinement de la pensée. Dès lors, les symptômes psychotiques présentés par l'assuré ne pouvaient être intégrés à un tableau schizophrénique caractérisé, ce qui excluait ainsi l'hypothèse d'un trouble schizo-affectif retenue dans le rapport psychiatrique des Eaux-Vives du 20 août 2014. De la même façon, ces « symptômes psychotiques » ne pouvaient être rattachés à l'épisode dépressif présenté par l'assuré car ils n'étaient pas congruents à l'humeur et en particulier, il n'y avait pas d'idée d'incubabilité, de ruine, de putréfaction, etc. L'examen de ce jour n'avait pas mis en évidence d'éléments suffisamment caractérisés pour que le diagnostic d'état de stress post-traumatique soit retenu. En effet, d'une part, il n'y avait pas de réviviscences envahissantes, que ce soit sous forme de souvenirs (l'assuré ne pensait à son accident que lorsqu'il voyait un bus), ou de cauchemars (la description des cauchemars faite par l'assuré ne faisait pas référence à la scène de l'accident, mais à des morts). D'autre part, l'examen n'objectivait [pas] d'hypervigilance ; tout au plus existait-il des conduites d'évitement, l'assuré déclarant qu'il ne prenait jamais le bus. Au total, sur le plan psychiatrique, hormis la réalité de l'épisode dépressif présenté par l'assuré, l'expert était, à l'instar du Dr H_____, peu convaincu de la réalité d'une maladie psychiatrique chez l'assuré. Il existait certes un déconditionnement majeur et un comportement régressif dans lequel il s'était installé, mais ceux-ci ne constituaient pas pour autant une maladie

A/1128/2014 - 13/28 - psychiatrique et pourraient être raisonnablement surmontés par un effort de volonté. Ainsi, l'assuré n'avait jamais connu d'incapacité de travail durable. Il n'y avait pas de limitations fonctionnelles d'ordre ostéo-articulaire. Il y avait lieu de retenir une incapacité de travail limitée dans le temps sur le plan ostéoarticulaire du _____2009, date de la chute, au 2 novembre 2010, date de l'expertise du Dr G_____. L'incapacité de travail était restée stationnaire, avec une incapacité de travail nulle sur le plan ostéoarticulaire dans l'activité habituelle depuis le 2 novembre 2010. Il n'y avait pas de modification de l'état de santé depuis l'expertise du Dr G_____ concernant la capacité travail exigible, elle était complète sur le plan ostéoarticulaire dans l'activité habituelle de pizzaiolo. Il n'y avait pas de limitations fonctionnelles durables d'ordre ostéoarticulaire. Sur le plan psychiatrique, en l'absence de diagnostic incapacitant, il n'y avait jamais eu d'incapacité de travail durable et il n'y avait pas de limitations fonctionnelles.

Par décision du 28 mai 2015, l'OAI a refusé toutes prestations à l'assuré, dès lors qu'il ressortait de l'expertise médicale pluridisciplinaire du 20 mars 2015 qu'il ne présentait pas d'atteinte incapacitante au sens de l'assurance-invalidité. Il n'y avait pas d'aggravation durable et manifeste de son état de santé depuis 2012 et sa capacité de travail était entière dans l'activité habituelle de pizzaiolo depuis le 2 novembre 2010.

E. 35

L'assuré, assisté de l'APAS, a recouru contre la décision précitée, le 2 juillet 2015 en faisant valoir que l'examen clinique rhumatologique psychiatrique effectué par le SMR, le 20 mars 2015, ne pouvait être considéré comme une expertise, dans la mesure où il n'avait pas eu la possibilité de choisir les experts ni eu connaissance des questions qui leur avaient été posées. Cet examen clinique constituait ainsi un rapport médical parmi d'autres. Il contestait les conclusions des experts selon lesquelles sa capacité de travail était entière dans son activité habituelle et dans une activité adaptée. Plusieurs éléments faisaient douter de la valeur probante de l'examen clinique effectué le 20 mars 2015 par le SMR. En premier lieu, les examinateurs avaient retenu qu'il souffrait d'un épisode dépressif moyen avec un syndrome somatique, sans préciser pour quelle raison médicale ils s'écartaient des constatations de leurs confrères, qui s'étaient tous prononcés pour un état dépressif sévère, avec ou sans syndrome psychotique. Au contraire, ils retenaient que les trois critères majeurs de la dépression étaient présents, qu'il présentait également une diminution de la concentration et de l'attention ainsi que de la confiance en soi, une attitude morose et pessimiste face à l'avenir et une idéation suicidaire fluctuante. Il était également constaté une diminution de l'intérêt et du plaisir pour des activités habituellement agréables, une dépression plus marquée le matin, un ralentissement psychomoteur objectivable pour autrui et une diminution marquée de la libido. Par ailleurs, l'examen clinique n'avait duré que 20 minutes et il avait été examiné de manière sommaire et particulièrement courte pour un examen portant tant sur le plan rhumatologique que psychiatrique. L'ensemble de l'examen clinique et du rapport

A/1128/2014 - 14/28 - qui avait été rendu semblait conditionné par l'impression que le recourant avait donné à l'examineur à savoir qu'il feignait d'avoir des hallucinations. Or celles-ci avaient déjà été constatées par plusieurs médecins. Enfin le rapport ne comportait aucune référence à la littérature au courant médical auquel appartenaient les examinateurs, notamment s'agissant du trouble somatoforme douloureux. Il se justifiait ainsi d'ordonner une expertise judiciaire pour évaluer sa capacité travail de manière neutre et approfondie. À teneur du dossier, l'état dépressif sévère lié à l'accident survenu le _____ 2009 était préalable à l'éventuelle apparition de troubles somatoformes douloureux. Or, l'examen du 20 mars 2015 ne faisait pas état de cette chronologie et de la prééminence de comorbidités psychiatriques. Il apparaissait que les critères traditionnellement retenus pour nier le caractère exigible de la réintégration de l'assuré dans le processus de travail étaient remplis. Il souffrait d'une comorbidité psychiatrique manifeste. Tous les médecins s'étant prononcés sur le plan psychiatrique avaient retenu un trouble dépressif récurrent sévère prédominant, hormis le SMR et le Dr H _____ dont l'expertise avait été écartée par la Cour. Le rapport du 28 avril 2015 relevait que son état psychique n'était pas cristallisé, alors même que le SMR retenait qu'il souffrait d'une affection chronique s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable et qu'il était réfractaire au traitement. On ne comprenait pas la pseudo-corrélation entre le fait que son état psychique soit cristallisé ou non et l'échec des traitements ambulatoires stationnaires ou l'évolution de la maladie s'étendant sur plusieurs

années sans rémission durable. Ces éléments étaient au contraire traités comme des critères distincts par la jurisprudence. Le SMR n'expliquait pas en quoi son état psychique ne serait pas cristallisé et cette constatation allait à l'encontre de celle émise par la Dresse K_____ dans son rapport du 26 avril 2012. Concernant le critère de la perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, le SMR retenait arbitrairement qu'elle serait inexistante. Or, il faisait état des difficultés qu'il rencontrait dans sa vie quotidienne du fait qu'il était constamment fatigué et le fait qu'il n'effectuait que rarement des tâches à la maison et n'avait pas de contact social à l'extérieur ni de centres d'intérêts. La Dresse K_____ avait retenu, au contraire, qu'il présentait une perte d'intégration sociale et un périmètre de vie extrêmement réduit. S'il fallait retenir qu'il souffrait d'un trouble somatoforme douloureux, il était manifeste que les critères usuellement retenus par la jurisprudence pour examiner le caractère exigible de la réintégration dans le processus de travail étaient donnés. Le recourant conclut, préalablement, à ce qu'une expertise judiciaire pluridisciplinaire, avec un volet psychiatrique et un volet rhumatologique, soit ordonnée et, principalement, à l'annulation des décisions de l'OAI des 4 avril 2014

A/1128/2014 - 15/28 - et 28 mai 2015 et à ce que le droit à une rente invalidité entière lui soit reconnu, avec suite de frais et dépens.

E. 36

Dans sa réponse du 31 juillet 2015, l'OAI conclut au rejet du recours. Il était contraire à la bonne foi d'attendre de connaître le résultat médical de l'examen du SMR pour invoquer qu'il ne s'agissait pas d'une expertise ayant valeur probante. L'examen rhumatologique et psychiatrique remplissait tous les critères jurisprudentiels pour se voir reconnaître pleine valeur probante. C'était seulement l'examen rhumatologique qui avait duré 20 minutes. Quoi qu'il en soit, la durée de l'entretien entre l'expert et l'assuré n'était pas un critère reconnu par la jurisprudence pour avoir une influence déterminante sur la qualité la valeur probante du rapport d'expertise. C'était sur la base des critères jurisprudentiels pour juger du caractère invalidant d'un syndrome somatique dont l'étiologie était incertaine que l'atteinte à la santé de l'assuré devait être appréciée. Dans le cas d'espèce, on pouvait constater l'absence de comorbidité psychiatrique grave au sens entendu par la jurisprudence fédérale, le recourant ne présentant pas de signes de la lignée dépressive et ne souffrant d'aucun trouble de la personnalité d'une acuité suffisamment importante. Le trouble dépressif constaté faisait partie intégrante du tableau douloureux. Les autres critères consacrés par la jurisprudence fédérale n'étaient pas cumulativement réalisés. En effet, le critère du processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable n'était pas rempli, car même si l'assuré souffrait d'une affection chronique s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable et si l'on devait considérer que le traitement avait échoué, l'expert estimait que l'état psychique n'était pas cristallisé et qu'il existait une évolution possible. L'assuré ne subissait pas de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie puisqu'il faisait des promenades avec son épouse l'après-midi se rendait au supermarché avec cette dernière et ses filles et était en relation avec quelques membres de sa famille. EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1er janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune

A/1128/2014 - 16/28 - modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3). 3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA. 4. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations d'invalidité. 5. Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008). 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). Dans ce contexte, la rente de l'assurance-invalidité vise à la compensation d'un préjudice patrimonial qui présente une certaine importance (art. 28 al. 1 LAI); cela présuppose que la personne assurée subisse un dommage matériel objectif correspondant à une perte de gain ou à une incapacité à vaquer à ses occupations habituelles liée à l'invalidité de 40 % au moins. Lorsqu'il y a lieu d'évaluer le degré d'invalidité de la personne assurée, il convient de ne pas perdre de vue l'objectif principal de l'assurance-invalidité, tel qu'il ressort du message du Conseil fédéral du 24 octobre 1958 relatif à un projet de loi sur l'assurance-invalidité ainsi qu'à un projet de loi modifiant celle sur l'assurance-vieillesse et survivants (FF 1958 II 1161 ss), soit l'atténuation des conséquences économiques de l'invalidité. 6. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1). Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. À cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour

A/1128/2014 - 17/28 - 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 127 V 294 consid. 4c, ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen), l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.237/04 du 30 novembre 2004 consid. 4.2) 7. La reconnaissance de l'existence de troubles somatoformes douloureux persistants suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3). Le diagnostic d'un trouble douloureux somatoforme doit être justifié médicalement de telle manière que les personnes chargés d'appliquer le droit puissent vérifier que les critères de classification ont été effectivement respectés. En particulier, l'exigence d'une douleur persistante, intense et s'accompagnant d'un sentiment de détresse doit être remplie. Un tel diagnostic suppose l'existence de limitations fonctionnelles dans tous les domaines de la vie (tant professionnelle que privée). Les médecins doivent en outre prendre en considération les critères d'exclusion de ce diagnostic retenus par la jurisprudence (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1. et 2.2). Ainsi, 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 (ATF 131 V 49 consid. 1.2). Une expertise psychiatrique est, en principe, nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que les troubles somatoformes douloureux sont susceptibles d'entraîner (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2 et 5.3.2). Une telle appréciation psychiatrique n'est toutefois pas indispensable lorsque le dossier médical comprend suffisamment de renseignements pour exclure l'existence d'une composante psychique aux douleurs qui revêtirait une importance déterminante au regard de la limitation de la capacité de travail. Les principes jurisprudentiels développés en matière de troubles somatoformes douloureux sont également applicables à la fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid.

A/1128/2014 - 18/28 - 4.1) au syndrome de fatigue chronique ou de neurasthénie à l'exception de la fatigue due au cancer (ATF 139 V 346; arrêt du Tribunal fédéral 9C_662/2009 du 17 août 2010 consid. 2.3), à la neurasthénie (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 70/07 du 14 avril 2008 consid. 5), à l'anesthésie dissociative et aux atteintes sensorielles (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 9/07 du 9 février 2007 consid. 4 in SVR 2007 IV n° 45 p. 149) ainsi qu'en matière de troubles moteurs dissociatifs (arrêt du Tribunal fédéral 9C_903/2007 du 30 avril 2008 consid. 3.4) et de traumatisme du type « coup du lapin » (ATF 136 V 279 consid. 3.2.3). L'évaluation des syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique ne fait pas l'objet d'un consensus médical (arrêt du Tribunal fédéral 9C_619/2012 du 9 juillet 2013 consid. 4.1). Dans un arrêt récent (ATF 141 V 281), le Tribunal fédéral a abandonné la présomption qui prévalait jusqu'à ce jour, selon laquelle les syndromes du type troubles somatoformes douloureux et affections psychosomatiques assimilées peuvent être surmontés en règle générale par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 132 V 65; ATF 131 V 49;

ATF 130 V 352). Désormais, la capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant de mettre en regard les facteurs extérieurs incapacitants d'une part et les ressources de compensation de la personne d'autre part (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). Il n'y a plus lieu de se fonder sur les critères de l'ATF 130 V 352, mais sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4). Ces indicateurs concernent deux catégories, à savoir celle du degré de gravité fonctionnelle et celle de la cohérence. Ces indicateurs sont classés comme suit : I. Catégorie « degré de gravité fonctionnelle » Les indicateurs relevant de cette catégorie représentent l'instrument de base de l'analyse. Les déductions qui en sont tirées devront, dans un second temps, résister à un examen de la cohérence (ATF 141 V 281 consid. 4.3). A. Axe « atteinte à la santé » 1. Expression des éléments pertinents pour le diagnostic et des symptômes Il faut davantage tenir compte du degré de gravité inhérent au diagnostic du trouble somatoforme douloureux : comme « plainte essentielle », il faut une « douleur persistante, intense, s'accompagnant d'un sentiment de détresse » (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1). Les constatations relatives aux manifestations concrètes de l'atteinte à la santé diagnostiquée permettent de distinguer les limitations fonctionnelles causées par

A/1128/2014 - 19/28 - cette atteinte de celles dues à des facteurs non assurés. Le point de départ est le degré de gravité minimal inhérent au diagnostic. Il doit être rendu vraisemblable compte tenu de l'étiologie et de la pathogenèse de la pathologie déterminante pour le diagnostic. Par exemple, sur le plan étiologique, la caractéristique du syndrome somatoforme douloureux persistant est, selon la CIM-10 F45.5, qu'il survient dans un contexte de conflits émotionnels ou de problèmes psycho-sociaux. En revanche, la notion de bénéfice primaire de la maladie ne doit plus être utilisée (consid. 4.3.1.1). 2. Succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à ces derniers Ce critère est un indicateur important pour apprécier le degré de gravité. L'échec définitif d'un traitement indiqué, réalisé lege artis sur un assuré qui coopère de manière optimale, permet de conclure à un pronostic négatif. Si le traitement ne correspond pas ou plus aux connaissances médicales actuelles ou paraît inapproprié dans le cas d'espèce, on ne peut rien en déduire s'agissant du degré de gravité de la pathologie. Les troubles psychiques sont invalidants lorsqu'ils sont graves et ne peuvent pas ou plus être traités médicalement. Des déductions sur le degré de gravité d'une atteinte à la santé peuvent être tirées non seulement du traitement médical mais aussi de la réadaptation. Si des mesures de réadaptation entrent en considération après une évaluation médicale, l'attitude de l'assuré est déterminante pour juger du caractère invalidant ou non de l'atteinte à la santé. Le refus de l'assuré d'y participer est un indice sérieux d'une atteinte non invalidante. A l'inverse, une réadaptation qui se conclut par un échec en dépit d'une coopération optimale de la personne assurée peut être significative dans le cadre d'un examen global tenant compte des circonstances du cas particulier (consid. 4.3.1.2). 3. Comorbidités La comorbidité psychique ne joue plus un rôle prépondérant de manière générale, mais ne doit être prise en considération qu'en fonction de son importance concrète dans le cas d'espèce, par exemple pour juger si elle prive l'assuré de ressources. Il est nécessaire de procéder à une approche globale de l'influence du trouble somatoforme douloureux avec l'ensemble des pathologies concomitantes. Un trouble qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidant en tant que tel (cf. consid. 4.3.1.2; arrêt du Tribunal fédéral 9C_98/2010 du 28 avril 2010, consid. 2.2.2, in : RSAS 2011 IV n° 17, p. 44) n'est pas une comorbidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1040/2010 du 6 juin 2011,

consid. 3.4.2.1, in : RSAS 2012 IV n° 1, p. 1) mais doit à la rigueur être pris en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité (ATF 141 V 281 consid. 4.3.2). Ainsi, un trouble dépressif réactionnel au trouble somatoforme ne perd pas toute signification en tant que facteur d'affaiblissement potentiel des ressources, mais doit être pris en considération dans l'approche globale (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.3). B. Axe « personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles)

A/1128/2014 - 20/28 - Il s'agit d'accorder une importance accrue au complexe de personnalité de l'assuré (développement et structure de la personnalité, fonctions psychiques fondamentales). Le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du Moi » (conscience de soi et de l'autre, appréhension de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation) entre aussi en considération. Comme les diagnostics relevant des troubles de la personnalité sont, plus que d'autres indicateurs, dépendants du médecin examinateur, les exigences de motivation sont particulièrement élevées (consid. 4.3.2). C. Axe « contexte social » Si des difficultés sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles continuent à ne pas être prises en considération. En revanche, le contexte de vie de l'assuré peut lui procurer des ressources mobilisables, par exemple par le biais de son réseau social. Il faut toujours s'assurer qu'une incapacité de travail pour des raisons de santé ne se confond pas avec le chômage non assuré ou avec d'autres difficultés de vie (consid. 4.3.3). II. Catégorie « cohérence » Cette seconde catégorie comprend les indicateurs liés au comportement de l'assuré. (consid. 4.4). A. Limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie Il s'agit ici de se demander si l'atteinte à la santé limite l'assuré de manière semblable dans son activité professionnelle ou dans l'exécution de ses travaux habituels et dans les autres activités (par exemple, les loisirs). Le critère du retrait social utilisé jusqu'ici doit désormais être interprété de telle sorte qu'il se réfère non seulement aux limitations mais également aux ressources de l'assuré et à sa capacité à les mobiliser. Dans la mesure du possible, il convient de comparer le niveau d'activité sociale de l'assuré avant et après la survenance de l'atteinte à la santé (consid. 4.4.1). B. Poids de la souffrance révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation La prise en compte d'options thérapeutiques, autrement dit la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, permet d'évaluer le poids effectif des souffrances. Tel n'est toutefois pas le cas lorsque le comportement est influencé par la procédure asséculogique en cours. Il ne faut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsque le refus ou la mauvaise acceptation du traitement recommandé est la conséquence d'une incapacité (inévitable) de l'assuré à reconnaître sa maladie (anosognosie). Les mêmes principes s'appliquent pour les mesures de réadaptation. Un comportement incohérent de l'assuré est là aussi un

A/1128/2014 - 21/28 - indice que la limitation fonctionnelle est due à d'autres raisons que l'atteinte à la santé assuré (consid. 4.4.2). 8. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, 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 256 consid. 4 et les références). b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le

domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical 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). c. 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). Si l'assureur doit recourir aux services d'un expert indépendant pour élucider les faits, il donne connaissance du nom de celui-ci aux parties. Celles-ci peuvent récuser l'expert pour des raisons pertinentes et présenter des contre-propositions (art. 44 LPGA). À l'ATF 137 V 210 consid. 3, le Tribunal fédéral a instauré de nouveaux principes visant à consolider le caractère équitable des procédures administratives et de recours judiciaires en matière d'assurance-invalidité par le renforcement des droits de participation de l'assuré à l'établissement d'une expertise (droit de se prononcer

A/1128/2014 - 22/28 - sur le choix de l'expert, de connaître les questions qui lui seront posées et d'en formuler d'autres) et ce afin que soient garantis les droits des parties découlant notamment du droit d'être entendu et de la notion de procès équitable (art. 29 al. 2 Cst, art. 42 LPGA et art. 6 ch. 1 de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales du 4 novembre 1950 [CEDH; RS 0.101]; ATF 137 V 210 consid. 3.2.4.6 et 3.2.4.9). Il n'existe pas, dans la procédure d'octroi ou de refus de prestations d'assurances sociales, de droit formel à une expertise menée par un médecin externe à l'assurance. Il convient toutefois d'ordonner une telle expertise si des doutes, mêmes faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées à l'interne (consid. 4). Lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en oeuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465; arrêt du Tribunal fédéral 8C_552/2009 du 8 avril 2010 consid. 5.3). 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. 3b/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 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2). d. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du

A/1128/2014 - 23/28 - dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a modifié sa jurisprudence en ce sens que lorsque les instances cantonales de recours constatent qu'une instruction est nécessaire parce que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise, elles sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'OAI ne se révèlent pas probantes (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3). Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise reste possible, même sous l'empire de la nouvelle jurisprudence, notamment lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3). 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 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2). 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). Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a, ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale

de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst, RS 101; SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b, ATF 122 V 157 consid. 1d). 10. a. En l'espèce, à la suite du renvoi de la cause pour instruction complémentaire, par arrêt de la chambre de céans du 17 octobre 2014, l'OAI a mandaté deux médecins du SMR, soit des médecins employés par lui-même. b. S'agissant du rapport du Dr R_____, ses conclusions ne sont pas critiquées par le recourant et rien ne permet de douter de leur fiabilité, si ce n'est la durée de l'examen clinique qui n'aurait été que de 20 minutes au total selon le recourant.

A/1128/2014 - 24/28 - Dans la mesure toutefois où il apparaît que l'incapacité de travail du recourant doit être examinée essentiellement en fonction de la pathologie psychiatrique, comme l'avait déjà relevé, son médecin traitant le Dr B_____, le 14 février 2011, il ne se justifie pas de faire procéder à une expertise sur le plan rhumatologique. c. S'agissant du rapport du Dr S_____, certains doutes peuvent être émis sur sa fiabilité. Sur la base d'un entretien qui pourrait avoir été très court, il a en effet retenu un trouble dépressif moyen, alors que plusieurs médecins ayant traité l'assuré sur une période plus longue ont fait état d'un trouble dépressif sévère (la Dresse I_____ le 22 août 2011; la Dresse K_____ le 26 avril 2012; les Drs L_____ et M_____ le 7 mai 2012; la Dresse O_____ le 28 août 2013; les Drs P_____ et Q_____ le 20 août 2014). Sur la même base, le Dr S_____ a contesté la réalité des hallucinations décrites par l'assuré, qui avaient pourtant déjà été constatées et non remises en doute par plusieurs médecins (les Drs L_____ et M_____ le 7 mai 2012; les Drs P_____ et Q_____, 28 août 2014). Le Dr S_____ a retenu qu'il était difficile d'affirmer que l'état psychique de l'assuré était cristallisé bien qu'il s'agissait d'une affection chronique s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable et que jusqu'à présent le traitement avait échoué, en se contentant de relever qu'il était difficile d'affirmer qu'il n'y avait pas d'évolution possible au plan thérapeutique, sans autre motivation. Or, la Dresse K_____ a retenu, au contraire, le 26 avril 2012, que le patient présentait un état psychiatrique cristallisé. Enfin, le Dr S_____ a considéré qu'il n'y avait pas de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, comme le montrait la vie quotidienne de l'assuré, sans préciser à quels éléments concrets, il faisait allusion. Or, à teneur de la description figurant dans le rapport du SMR, la vie de l'assuré apparaît très affectée au quotidien. Cette conclusion du Dr S_____ est, en outre, contredite par la Dresse K_____, qui constatait, le 26 avril 2012, que le patient présentait une perte d'intégration sociale et un périmètre de vie extrêmement réduit, la Dresse O_____ qui constatait, le 22 octobre 2012, une perte d'intégration sociale et un repli sur soi et les Drs P_____ et Q_____ qui constataient, le 20 août 2014, que le patient présentait une aboulie complète confirmée par son épouse, passant ses journées au lit sans aucune activité et ne tolérant la présence de personne. Enfin le Dr S_____ n'a pas tenu compte des hospitalisations de l'assuré ni des rapports qui les ont suivies. 11. Il y a ainsi des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de l'appréciation du Dr S_____ pour imposer la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique par un médecin indépendant. Dans la mesure où certains médecins ont évoqué un trouble somatoforme douloureux, il y a lieu de poser à l'expert les questions relatives à l'appréciation du caractère invalidant de ce trouble, ce d'autant plus que depuis

A/1128/2014 - 25/28 - l'examen du SMR, le Tribunal fédéral a rendu son arrêt modifiant les critères d'appréciation à ce sujet.

A/1128/2014 - 26/28 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant préparatoirement 1. Ordonne une expertise psychiatrique de Monsieur A_____. 2. Commet à ces fins le docteur T_____, spécialiste FMH en psychiatrie. 3. Dit que la mission d'expertise sera la suivante : a) prendre connaissance du dossier de la cause ; b) si nécessaire, prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité le recourant ; c) examiner et entendre l'assuré, après s'être entouré de tous les éléments utiles, au besoin d'avis de d'autres spécialistes ; d) si nécessaire, ordonner d'autres examens. 4. Établir un rapport détaillé et de répondre aux questions suivantes : 1. Anamnèse détaillée. 2. Plaintes et données subjectives de la personne. 3. Status clinique et constatations objectives. 4. Diagnostics selon la classification internationale. Précisez quels critères de classification sont remplis et de quelle manière (notamment l'étiologie et la pathogénèse). 5. Depuis quand les différentes atteintes sont-elles présentes ? 6. L'état de santé de l'assuré s'est-il aggravé depuis mars 2012 ? 7. Les plaintes sont-elles objectivées ? 8. Dans quelle mesure les atteintes diagnostiquées limitent-elles les fonctions nécessaires à la gestion du quotidien ? (N'inclure que les déficits fonctionnels émanant des observations qui ont été déterminantes pour le diagnostic de l'atteinte à la santé, en confirmant ou en rejetant des limitations fonctionnelles alléguées par l'assuré). 9. Y a-t-il exagération des symptômes ou constellation semblable (discordance substantielle entre les douleurs décrites et le comportement observé ou l'anamnèse, allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, absence de demande de soins médicaux, plaintes très démonstratives laissant insensible l'expert, allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) ?

A/1128/2014 - 27/28 - 10. Dans l'affirmative, considérez-vous que cela suffise à exclure une atteinte à la santé significative ? 11. Quels ont été les traitements entrepris et avec quel succès (évolution et résultats des thérapies) ? 12. L'assuré a-t-il-elle fait preuve de résistance à l'égard des traitements proposés ? La compliance est-elle bonne ? 13. Dans quelle mesure les traitements ont-ils été mis à profit ou négligés ? 14. Les limitations du niveau d'activité sont-elles uniformes dans tous les domaines (professionnel mais aussi personnel) ? Quel est le niveau d'activité sociale et comment a-t-il évolué depuis la survenance de l'atteinte à la santé ? 15. Mentionner, pour chaque diagnostic posé, les limitations fonctionnelles qu'il entraîne, a) dans l'activité habituelle b) dans une activité adaptée. 16. Mentionner globalement les conséquences des divers diagnostics retenus sur la capacité de travail du recourant, en pourcent, a) dans l'activité habituelle b) dans une activité adaptée. 17. Dater la survenance de l'incapacité de travail durable, le cas échéant, indiquer l'évolution de son taux et décrire son évolution. 18. Évaluer l'exigibilité, en pourcent, d'une activité lucrative adaptée, indiquer depuis quand une telle activité est exigible et quel est le domaine d'activité adapté. 19. Dire s'il y a une diminution de rendement et la chiffrer. 20. Évaluer la possibilité d'améliorer la capacité de travail par des mesures médicales. Indiquer quelles seraient les propositions thérapeutiques et leur influence sur la capacité de travail. 21. Commenter et discuter les avis médicaux du SMR, des experts s'étant déjà prononcés et des médecins traitants et indiquer - cas échéant - pour quelles raisons ces avis sont confirmés ou écartés. 22. Formuler un pronostic global. 23. Toute remarque utile et proposition de l'expert. 5. S'agissant plus particulièrement des troubles psychiques, charge l'expert psychiatre de répondre également aux questions suivantes :

A/1128/2014 - 28/28 - a) Quel est le degré de gravité de chacun des troubles diagnostiqués (faible, moyen, grave) ? b) Les troubles psychiques constatés nécessitent-ils une prise en charge spécialisée ? c) Existe-t-il un trouble de la personnalité ou, une altération des capacités inhérentes à la personnalité ? Quelles sont ses répercussions fonctionnelles (conscience de soi et de l'autre, appréhension de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité, motivation, notamment) sur la capacité à gérer le quotidien, à travailler et/ou en termes d'adaptation ? Motiver votre position. d) De quelles ressources mobilisables l'assuré dispose-t-il ? e) Quel est le contexte social ? L'intéressé peut-il compter sur le soutien de ses proches ? f) Pour le cas où il y aurait refus ou mauvaise acceptation d'une thérapie recommandée et accessible : cette attitude doit-elle être attribuée à une incapacité de l'assuré à reconnaître sa maladie ? g) Dans l'ensemble, le comportement de l'expertisé vous semble-t-il cohérent ? Pourquoi ? 6. Invite l'expert à déposer à sa meilleure convenance un rapport en trois exemplaires à la chambre de céans. 7. Réserve le fond.

La greffière

Brigitte BABEL

La Présidente

Catherine TAPPONNIER

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties par le greffe le

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