

GE_GERICHTE ATAS/562/2007 vom 18. Mai 2007

GE Cour de justice, 2007-05-18, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_562_2007

FR: GE_GERICHTE ATAS/562/2007 du 18 mai 2007

IT: GE_GERICHTE ATAS/562/2007 del 18 maggio 2007

Erwägungen

E. 35

Par décision du 6 juillet 2005, l'OCAI a refusé l'octroi d'une rente d'invalidité pour la période postérieure au 31 janvier 2003 au motif que l'assuré était en mesure de travailler à plein temps avec un rendement de 80% dans une activité légère adaptée à ses limitations et après une période d'adaptation dans le secteur industriel, ce qui lui permettait de fixer le degré d'invalidité à 28%.

E. 36

Par décision du 7 juillet 2005, l'OCAI a en outre refusé l'octroi de mesures professionnelles au motif que selon ses constatations et le comportement plaintif et démonstratif de l'assuré durant le stage COPAI organisé du 18 avril au 23 mai 2005, des mesures professionnelles ne seraient sans doute pas susceptibles de diminuer le dommage ou de favoriser la reprise d'une activité. Il s'est cependant déclaré prêt à examiner le droit de l'assuré à une aide au placement.

A/1920/2004 - 12/26 -

E. 37

Par courrier du 3 août 2005, le conseil de l'assuré a formé opposition à ces deux décisions. Il a allégué avoir fait preuve d'un bon engagement dans les activités au sein du CIP; selon lui, son comportement plaintif et démonstratif ne saurait faire obstacle à une mesure de reclassement. Il allègue par ailleurs être atteint dans sa santé psychique et se réfère aux rapport de son psychiatre traitant, le Dr L_____; sa capacité de travail serait, pour cette raison, restreinte à 25% au maximum.

E. 38

Par courrier du 15 février 2006, l'OCAI a fait parvenir au conseil de l'assuré copie du rapport d'examen psychiatrique établi par le Service Médical Régional en date du 6 janvier 2006. Ce rapport, établi par le Dr M_____, psychiatre, conclut à une capacité de travail dans l'activité habituelle ou dans une activité adaptée, sur le plan psychiatrique, de 100%. Il y est relevé que, depuis le début de l'année 2005, l'assuré bénéficie d'une prise en charge psychiatrique ambulatoire auprès du Dr L_____, qui le suit à raison d'une fois toutes les deux semaines et qu'il est sous traitement médicamenteux antidépresseur et neuroleptique. Depuis janvier 2005, l'assuré décrit la présence d'une irritabilité, d'un manque de confiance en lui et d'une importante consommation d'alcool fort. L'expert n'a pas objectivé ni troubles de la mémoire, de la concentration ou de l'attention ni ralentissement psychomoteur. Il a conclu à une thymie légèrement triste sans signe floride de la ligne dépressive plaidant en faveur d'un diagnostic de dépression majeur. L'expert dit ne pas non plus avoir objectivé de symptômes de la lignée psychotique. L'assuré ne présente pas non

plus d'angoisse persistante ni d'attaques de panique plaidant en faveur d'un diagnostic d'anxiété généralisée. L'expert n'a retenu aucun diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail mais de simples troubles de l'adaptation, réaction mixte, anxieuse et dépressive (F 43.22). L'expert a pris acte du fait que le Dr L _____, psychiatre traitant, a posé le diagnostic d'épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques antérieur à 2002 et a jugé que la capacité de travail avait été de 50% du 24 juillet 2000 au 7 août 2000 et de 0% depuis le 30 juin 2000. L'expert a cependant fait remarquer que le Dr N _____ n'avait pris en charge l'assuré que depuis le 28 janvier 2005, qu'il avait certes décrit les plaintes subjectives de l'assuré mais qu'il n'y avait aucun status psychiatrique qui puisse expliquer un tel diagnostic et que dans le même rapport médical, le psychiatre avait mentionné une amélioration de l'état de santé de son patient. Le Dr M _____ a finalement retenu le diagnostic de troubles de l'adaptation réaction mixte anxieuse et dépressive d'intensité légère sans incidence sur la capacité de travail, expliquant que ce diagnostic est caractérisé par la prédominance

A/1920/2004 - 13/26 - simultanée de symptômes anxieux et dépressifs dont la sévérité ne dépasse pas celle d'un trouble anxieux ou dépressif mixte ou d'un autre trouble anxieux mixte. Il a conclu à l'absence d'incapacité de travail sur le plan psychiatrique.

E. 39

Dans un rapport daté du 6 mars 2006, le Dr J _____ a confirmé le diagnostic de lombalgies chroniques en ajoutant qu'il n'y avait pas de pathologie hépatique à sa connaissance.

E. 40

Par courrier du 24 mars 2006 adressé au Dr M _____, le Dr L _____, psychiatre traitant, s'est déclaré surpris qu'elle n'ait pas pris en compte le fait que le patient prend, depuis mars 2005, des médicaments antidépresseurs. Il a par ailleurs fait remarquer que l'amélioration qu'il avait évoquée ne portait que sur les troubles du sommeil et l'impulsivité de son patient. Il a précisé que, lorsqu'il a pris en charge ce dernier, il présentait des idées suicidaires claires et montrait par ailleurs des symptômes psychotiques francs (puisqu'il entendait des voix, vivait cloîtré chez lui et éprouvait une grande angoisse à l'idée de sortir). Il a par ailleurs mentionné que le diagnostic de trouble de l'adaptation ne pouvait être posé que si les symptômes ne persistaient pas au-delà de six mois, ce qui n'était pas, selon lui, le cas en l'espèce, l'évènement traumatique remontant à 2000.

E. 41

Dans un complément à son premier rapport daté du 30 mars 2006, le Dr M _____ a précisé que, dans aucun des rapports médicaux présentés, il n'y avait de description d'une symptomatologie anxio-dépressive ni de diagnostic dépressif jusqu'en 2004 et que ce n'est qu'à compter du 28 janvier 2005 que l'assuré a bénéficié d'une prise en charge psychiatrique ambulatoire auprès du Dr L _____, qu'aucune symptomatologie dépressive n'a été objectivée par les maîtres de stage du COPAI et qu'au surplus, parmi les plaintes subjectives de l'assuré relatées par son psychiatre traitant, aucune ne concernait le plan psychiatrique. Le Dr M _____ a répété qu'à l'examen, aucun symptôme de la ligne psychotique ni d'idéation suicidaire claire n'était apparu, que le diagnostic de trouble de l'adaptation avait été posé sur la base de la symptomatologie objectivée au status psychiatrique et en tenant compte de la date du rapport médical du 2 juillet 2005. Le Dr M _____ a fait remarquer que le diagnostic de réaction dépressive prolongée fait également partie des troubles de

l'adaptation (suite à une exposition prolongée à une situation stressante) et ne représente pas une maladie psychiatrique invalidante. Un fois encore, le diagnostic d'épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques a été écarté au motif que les critères cliniques n'étaient pas réunis : il a été expliqué qu'un seul premier épisode isolé des trois degrés de dépression (léger, moyen ou sévère) ne constitue pas une maladie psychiatrique invalidante et que l'épisode dépressif n'est donc pas une maladie invalidante. A cet

A/1920/2004 - 14/26 - égard, le Dr M_____ a fait remarquer que le psychiatre traitant avait retenu le diagnostic d'épisode dépressif sévère sans tenir compte de l'amélioration dont il avait fait état lui-même, qu'il a attesté d'une décompensation dépressive en 2002 en l'absence de tout document médical et qu'au surplus, si le patient avait présenté un hypothétique état dépressif en 2002, le psychiatre traitant aurait alors dû retenir un diagnostic de trouble dépressif récurrent et non d'épisode dépressif comme il l'a fait. Le Dr M_____ a répété que le trouble de l'adaptation était une pathologie réactionnelle, que la médication psychotrope de l'assuré n'avait pas valeur diagnostique, qu'à l'examen clinique, l'assuré n'avait pas verbalisé d'idées suicidaires et que le diagnostic de trouble de l'adaptation répondait aux critères d'évaluation clinique objectivés à l'examen le 10 novembre 2005.

E. 42

Par courrier du 22 mai 2006, le Dr L_____ a expliqué au conseil de l'assuré que selon lui, le diagnostic de trouble de l'adaptation n'était aucunement de mise dans la mesure où six mois s'étaient écoulés entre le constat des symptômes et l'accident survenu en été 2000; selon la CIM-10, le trouble débute habituellement dans le mois qui suit la survenance d'un événement stressant ou d'un changement particulièrement marquant dans la vie du sujet et ne persiste guère au-delà de six mois, sauf quand il s'agit d'une réaction dépressive prolongée. Il a réitéré que selon lui, son patient était atteint d'un trouble dépressif sévère avec symptômes psychotiques.

E. 43

Par décision sur oppositions du 3 mai 2006, l'OCAI a confirmé ses décisions des 6 et 7 juillet 2005. Il a fait remarquer que, sur le plan somatique, aucune pièce médicale nouvelle ne venait infirmer l'exigibilité de 80% attestée par le COPAI et que, sur le plan psychiatrique, le rapport du SMR devait l'emporter sur celui du médecin-traitant, d'autant que ce dernier s'est prononcé a posteriori sur la capacité de travail de son patient à compter de 2000 et qu'aucun indice au dossier ne permet de conclure à l'existence d'une atteinte à la santé psychique durant ces dernières années. S'agissant du calcul du degré d'invalidité, l'OCAI a jugé qu'une réduction supplémentaire ne se justifiait pas, la baisse de rendement ayant déjà été prise en compte dans le taux d'activité et l'assuré étant par ailleurs jeune. Enfin, s'agissant des mesures d'ordre professionnel, l'OCAI a rappelé qu'une telle mesure devait être objectivement et subjectivement appropriée, que les maîtres de stage du COPAI avaient estimé qu'une mise au courant en entreprise était largement suffisante, l'assuré ne pouvant espérer travailler dans le secteur tertiaire, et que l'assuré s'était par ailleurs montré fort peu réceptifs aux suggestions qui lui avaient été faites s'agissant de ses recherches d'emploi. L'OCAI en a conclu qu'il était très peu motivé et passif, de sorte que des mesures professionnelles seraient dépourvues de chances de succès.

E. 44

Par courrier du 6 juin 2006 le conseil de l'assuré a formellement contesté l'avis du Dr M_____, alléguant que cette dernière n'avait pas tenu compte de la médication du patient ni de l'existence clairement attestée d'indications suicidaires

A/1920/2004 - 15/26 - et de symptômes psychiatriques francs. Au surplus, il a fait valoir que le Dr M_____, bien que signant "psychiatre FMH", n'est en réalité titulaire que d'une reconnaissance de diplôme général de médecine étranger. Il en a tiré la conclusion que son avis n'était pas fiable, ne répondait pas aux critères fixés par la jurisprudence et qu'à tout le moins, une expertise psychiatrique confiée à un spécialiste indépendant devrait être ordonnée.

E. 45

Par courrier du même jour, l'assuré a interjeté recours contre la décision du 3 mai 2006. Ce recours, en tant qu'il porte sur les décisions de l'OCAI des 6 et 7 juillet 2005 refusant l'octroi d'une rente et de mesures professionnelles pour la période postérieure au 31 janvier 2003, a été enregistré sous la cause A/2070/2006. L'assuré a conclu à l'annulation des décisions des 6 et 7 juillet, à l'octroi d'une rente entière avec effet au 1er juillet 2001, subsidiairement, à ce que soit ordonnée une expertise psychiatrique. Une fois encore, le conseil du recourant a demandé que l'avis du Dr M_____ soit écarté de la procédure pour les motifs déjà invoqués. Il a ajouté que l'emploi abusif d'un titre était prohibé par le droit fédéral et par le code de déontologie de la FMH. Enfin, il reproche à l'OCAI de s'être écarté des conclusions du COPAI, dont il rappelle qu'il concluait à une capacité de travail de 80% - ce qu'il conteste quoi qu'il en soit - mais seulement après une période d'adaptation.

E. 46

Par courrier du 19 juin 2006, l'intimé a maintenu sa position.

E. 47

Invité à se prononcer sur le recours interjeté en date du 6 juin 2006, l'OCAI, dans sa réponse du 28 juin 2006, a conclu à sa recevabilité du recours et à son rejet quant au fond. S'agissant des réticences exprimées à l'encontre du rapport émis par Madame M_____, l'OCAI a produit un courrier de la Dresse L1_____, médecin- chef du SMR, daté du 23 juin 2006, dans lequel cette dernière explique que l'intéressée est titulaire d'un diplôme de médecin acquis à Bucarest en 1982, qu'elle est arrivée en Suisse en 1986, qu'en 1989, après une année de recherche dans l'unité de traitement et d'enseignement pour diabétiques des "établissement hospitalier", elle a opté pour la psychiatrie, que sa formation dans ce domaine s'est effectuée entièrement en Suisse, qu'elle a d'abord été médecin-assistante, puis chef de clinique adjointe à l'hôpital de psycho-gériatrie de Cery, puis à "établissement hospitalier", qu'elle est membre de la FMH et titulaire d'une équivalence du titre de spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et que ses compétences sont reconnus par ses pairs.

E. 48

Par courrier du 28 juillet 2006, le conseil de l'assuré a fait valoir une nouvelle fois que l'avis médical du Dr M_____ devrait être écarté de la procédure ou que toute force probante devrait à tout le moins lui être niée dans la mesure où il ne s'agit pas d'un spécialiste reconnu au sens de la jurisprudence, le Dr M_____ n'étant pas titulaire d'un titre de spécialiste FMH.

A/1920/2004 - 16/26 - EN DROIT 1. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire du 22 novembre 1941 (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales 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) relatives à la loi sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. A teneur de l'art. 70 al. 1 et 2 de la loi cantonale sur la procédure administrative (LPA), l'autorité peut, d'office ou sur requête, joindre en une même procédure des affaires qui se rapportent à une situation identique ou à une cause juridique commune. La jonction n'est toutefois pas ordonnée si la première procédure est en état d'être jugée alors que la ou les autres viennent d'être introduites. 3. En l'espèce, dans la mesure où il est désormais possible de trancher l'ensemble des droits du recourant jusqu'au 3 mai 2006 et où les rapports recueillis au cours de l'instruction de la seconde procédure pourraient se révéler utiles également pour la période précédant le 31 janvier 2003 (qui fait l'objet de la première procédure), il convient de joindre les causes A/1920/2004 et A/2070/2006 sous cause n° A/1920/2004. 4. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi le recours du 14 septembre 2004 est recevable (art. 56 à 60 LPGA). Il en va de même de celui interjeté le 6 juin 2006 : la décision du 3 mai 2006 a été notifiée le lendemain, ainsi que cela ressort de l'accusé de réception, de sorte que le délai de recours, qui a commencé à courir le 5 mai 2006, est venu à échéance le samedi 3 juin 2006 et a donc été reporté au mardi 6 juin 2006 (le lundi 5 juin 2006 étant jour férié; cf. art. 60 al. 2 et 38 al. 3 LPGA). 5. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'OCAI - mesures professionnelles ou rente - durant la période du 1er août au 30 septembre 2002, puis à compter du 1er février 2003, étant précisé que l'intéressé s'est vu octroyer une rente entière du 1er juillet 2001 au 31 juillet 2002 et du 1er octobre 2002 au 31 janvier 2003 et que ces deux périodes sont par conséquent exclues de l'objet du litige. 6. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse (ATF 129 V 1, consid. 1; ATF 127 V 467, consid. 1 et les références). C'est ainsi que lorsque l'on examine le droit éventuel à une rente d'invalidité pour une période précédant A/1920/2004 - 17/26 - l'entrée en vigueur de la LPGA, il y a lieu d'appliquer l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et la nouvelle réglementation légale après cette date (ATF 130 V 433 consid. 1 et les références). En l'espèce, les décisions litigieuses datent des 27 juillet 2004 et du 3 mai 2006. Elles sont donc toutes deux postérieures à l'entrée en vigueur de la LPGA ainsi qu'à l'entrée en vigueur, le 1er janvier 2004, des modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4ème révision). Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à une rente d'invalidité doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 (la demande d'invalidité ayant été déposée le 21 juin 2001), et, après le 1er janvier 2003, respectivement le 1er janvier 2004, en fonction des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 4ème révision de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). C'est pourquoi les procédures

pendantes au 1er janvier 2003 ou introduites après cette date devant un tribunal cantonal compétent en matière d'assurances sociales sont régies par les nouvelles règles de procédure contenues dans la LPGA et par les dispositions de procédure contenues dans les différentes lois spéciales modifiées par la LPGA. Enfin, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance- invalidité est entrée en vigueur le 1er juillet 2006 (RO 2006 2003), apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). Toutefois, le présent cas n'est pas soumis au nouveau droit, du moment que les recours de droit administratif ont été formés avant le 1er juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005). 7. a) Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a; 105 V 207 consid. 2).

A/1920/2004 - 18/26 - b) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI (ATF 131 V 49 consid. 1.2). 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). 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 que le médecin, éventuellement aussi 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 on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1). b) Compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives de l'assuré ne suffisent pas pour justifier une invalidité (entière ou partielle). Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation des douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation de ce droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés et être reportée à un diagnostic posé dans le cadre d'une classification reconnue (ATF 130 V 353 consid. 2.2.2 ; ATFA du 30 novembre 2004, I 600/03, consid. 3.2). 9. Il convient de se pencher sur le degré d'invalidité de l'assuré durant la période du 1er août au 30 septembre 2002 puis à compter du 1er février 2003. Le conseil du recourant fait valoir que l'OCAI n'aurait pas dû supprimer la rente de son mandant dans la mesure où, d'une part, l'état de l'assuré ne s'est pas amélioré et où, d'autre part, l'OCAI aurait dû mettre en œuvre des mesures de réadaptation professionnelles avant de procéder au calcul du degré d'invalidité. L'OCAI a pour sa part expliqué qu'il n'a octroyé une rente entière du 1er juillet 2001 au 31 juillet 2002 et du 1er octobre 2002 au 31 janvier 2003 que

pour tenir compte des séquelles de la fracture du poignet qui ont justifié à elles seules une incapacité totale de travail - de courte durée et dans quelque activité que ce soit - du 26 octobre 2001 au 29 avril 2002 et du 10 octobre au 15 novembre 2002 ainsi qu'en a attesté le Dr G _____ dans son rapport du 10 avril 2003. C'est la raison pour laquelle il a été par deux fois mis un terme au versement de la rente trois mois après que l'assuré ait retrouvé sa capacité de travail s'agissant de sa main droite.

A/1920/2004 - 19/26 - 10. a) En vertu du principe de la libre appréciation des preuves, l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Dès lors, le juge 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. Lorsque les rapports médicaux sont contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. A cet égard, l'élément déterminant n'est ni l'origine, ni la désignation du moyen de preuve comme rapport ou expertise, mais son contenu. 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. 3a). b) 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, le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs pour autant que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette 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 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee). 11. Contrairement à ce qu'allègue le recourant, l'OCAI n'a jamais prétendu qu'une amélioration serait intervenue s'agissant de ses lombalgies. S'il a mis fin, par deux fois, au versement de la rente d'invalidité, c'est parce que l'incapacité totale et ponctuelle de travail occasionnée par les interventions sur la main droite et ce, quelle que soit l'activité envisagée, a disparu. D'ailleurs, nulle part ailleurs dans le dossier, il n'est fait état d'une incapacité de travail due à l'atteinte de la main en dehors des périodes mentionnées par le Dr G _____. Tout au plus est-il indiqué que l'assuré est quelque peu limité dans sa capacité à exercer des travaux en finesse (cf. rapport d'observation professionnelle du 27 mai 2005).

A/1920/2004 - 20/26 - Reste à examiner si et dans quelle mesure la capacité de travail de l'assuré a été diminuée par ses problèmes lombaires durant la période du 1er août au 30 septembre 2002 puis à compter du 1er février 2003. 12. S'agissant tout d'abord de la période du 1er août au 30 septembre 2002, on peut se référer au rapport établi par le Dr I _____

en date du 3 octobre 2003. Ce dernier confirme en effet les diagnostics posés par ses confrères, les Drs B _____, C _____ et E _____, dans la mesure où il conclut à un syndrome algique lombaire inférieur et à des discopathies L3-L4 et L4-L5. Aux termes d'un rapport d'examen se fondant sur une anamnèse générale, familiale, professionnelle, un examen de l'assuré, du dossier de ce dernier, de ses radiographies et d'un entretien avec le Dr J _____, médecin traitant, le Dr I _____ a conclu à une capacité de travail totale dans une activité adaptée, c'est-à-dire légère, n'impliquant pas de devoir se baisser ou se pencher ou encore de soulever des objets lourds et permettant un changement de position relativement fréquent. Il convient de relever que ces conclusions rejoignent celles du Dr D _____ qui, interrogé par l'OCAI, avait déjà indiqué par courrier du 3 juillet 2001 qu'à son avis, toute activité n'impliquant pas le port de charges lourdes et des travaux en porte-à-faux était exigible de l'assuré à raison de huit heures par jour. Au surplus, le Dr I _____ a longuement expliqué les raisons qui l'ont amené à conclure que les discopathies constatées ne suffisaient pas à expliquer les plaintes subjectives du patient. Il est vrai que Monsieur V _____, technicien responsable de l'atelier de réadaptation professionnelle des "établissement hospitalier", a pour sa part conclu que la capacité résiduelle de travail de l'assuré ne dépassant pas 10 à 15%. Cependant, force est de constater que ses conclusions vont à l'encontre de celles des maîtres de stage du service d'intégration professionnelle (cf. leur rapport du 27 mai 2005). Si ces derniers ont confirmé que l'assuré devait éviter les positions statiques prolongées, les travaux impliquant une position du dos en porte-à-faux, le port de lourdes charges ainsi que les sollicitations excessives et en finesse de la main droite, ils ont néanmoins estimé que l'assuré pourrait exercer une activité adaptée à plein temps et avec un rendement de 80% après une mise au courant en entreprise. Dans la mesure où le rapport et les observations du Centre d'intégration professionnelle sont beaucoup plus circonstanciés, détaillés et étayés que ceux de Monsieur V _____, ils doivent leur être préférés. S'agissant de l'examen de la capacité de travail durant la période du 1er août au 30 septembre 2002, il est par ailleurs rappelé que ce n'est qu'en janvier 2005 qu'une décompensation psychique a été pour la première fois évoquée par le

A/1920/2004 - 21/26 - Dr H _____, de sorte qu'il n'y a pas lieu de retenir l'existence d'éventuels troubles psychiques pour cette période. Enfin, l'argument du recourant selon lequel l'OCAI, avant de procéder au calcul du degré d'invalidité, aurait dû mettre en place des mesures professionnelles, doit être écarté. En effet, il a été expliqué par les maîtres de stage du Centre d'intégration professionnelle que de telles mesures ne se justifiaient pas dans la mesure où les aptitudes d'apprentissage de l'assuré, si elles étaient certes compatibles avec un emploi pratique, ne lui permettraient pas d'envisager une orientation dans le secteur tertiaire et/ou, dans une activité légère, de sorte qu'une mise au courant en entreprise serait suffisante. Qui plus est, il a été ajouté que le fait que l'assuré reste centré sur ses douleurs limitait les chances de succès d'une réadaptation. 13. Étant établi que l'on peut retenir une capacité de travail de 80% pour cette période du 1er août au 30 septembre 2002, il s'agit à présent de vérifier le calcul du degré d'invalidité auquel s'est livré l'OCAI. A cet égard, il y a lieu de relever que dans son premier calcul (celui du 17 décembre 2003), la division de réadaptation professionnelle a fixé le degré d'invalidité à 23,5% se basant sur un revenu d'invalidé exercé à plein temps - l'OCAI n'avait pas encore procédé à l'observation professionnelle dont il est ressorti que le rendement serait réduit de 20% - et en tenant compte d'une réduction de 15%. Or, compte tenu des investigations qui ont été menées par la suite, il convient bien plutôt de retenir que l'assuré n'aurait été en mesure de travailler à

plein temps qu'avec un rendement de 80% seulement dans une activité légère. Il convient donc de comparer le revenu qu'il aurait réalisé sans invalidité en 2002, soit 62'530 fr. 70 (62'431 fr. en 2001 puis après réévaluation selon l'indice des prix à la consommation [Vie économique 2/2006 p. 95]), à celui que l'assuré aurait pu réaliser la même année, malgré son handicap, dans une activité adaptée exercée à 80% et en appliquant une réduction de 15% pour tenir compte du travail à temps partiel et des difficultés à exécuter des travaux en finesse et à maîtriser la gestuelle, soit 38'765 fr. 45 (ESS 2002, TA 1, niveau 4 : 4'557 fr. par mois pour 40 h./sem. = 4'751 fr. par mois pour 41,7 h./sem. = 57'008 fr. à plein temps = 45'606 fr. 40 à 80%). On obtient ainsi un degré d'invalidité de 38,1%, insuffisant pour ouvrir droit à une rente. Eu égard aux considérations qui précèdent, la décision sur opposition du 27 juillet 2004 de l'OCAI est confirmée en tant qu'elle supprime la rente entière du 1er août au 30 septembre 2002. 14. Il convient à présent d'examiner la capacité de travail de l'assuré durant la période postérieure au 31 janvier 2003.

A/1920/2004 - 22/26 - a) S'agissant des douleurs dorsales de l'assuré, force est de constater qu'en 2003, la situation était rigoureusement la même que précédemment. Différents documents médicaux supplémentaires ont été versés au dossier, notamment un certificat établi le 13 septembre 2004 par le Dr H_____, du service de rééducation des "établissement hospitalier", qui décrit en détail les douleurs de son patient. Ainsi que l'a fait remarquer le Dr K_____ dans son avis du 12 octobre 2004, les "grosses épineuses" auxquelles a fait allusion le Dr H_____ dans son rapport, expliquant qu'elles peuvent être à l'origine de la symptomatologie lombaire, sont constitutionnelles. Elles ont donc toujours existé et force est de constater qu'elles n'ont pas empêché l'assuré de travailler avant sa chute du 9 juillet 2000, chute qui n'a pas modifié ces épineuses dans leur forme. Quant aux douleurs évoquées par l'assuré, elles n'ont pas varié par rapport à celles déjà évoquées en 2003. Or, ces douleurs ont été confrontées à l'examen clinique du Dr I_____, lequel a constaté qu'il n'y avait pas de concordance entre ces douleurs et l'examen, lequel n'avait pas révélé les signes classiques de lombalgies. Le Tribunal de céans a déjà expliqué supra pourquoi il reconnaissait entière valeur probante au rapport du Dr I_____. En conséquence, s'agissant des douleurs lombaires, il n'y a pas lieu d'admettre une incapacité de travail supérieure à celle constatée précédemment, pour la période antérieure au 31 janvier 2003. b) Reste la question des troubles psychiques, évoqués pour la première fois en janvier 2005 par le Dr H_____ qui se contente d'indiquer brièvement que l'évolution chronique s'est manifestée chez son patient par une "décompensation psychique nécessitant une prise en charge psychiatrique". Se pose dès lors la question de savoir si, à compter de ce moment-là, se sont ajoutés des troubles psychologiques qui auraient exercé une influence sur la capacité de travail et, par voie de conséquence, sur le degré d'invalidité. Il sera en premier lieu relevé qu'à aucun moment, dans leur rapport d'observation du 27 mai 2005, les maîtres de stage du Centre d'intégration professionnelle n'ont fait état de problèmes psychiques de l'assuré. Sur ce point, un examen détaillé a été demandé à la Dresse M_____, du service médical régional AI (SMR). Préalablement, il y a lieu d'examiner la question de la valeur probante du rapport établi en date du 6 janvier 2006 par la Dresse M_____, dans la mesure où cette valeur probante est contestée par le recourant pour les motifs invoqués dans la partie en fait. Il convient de relever que l'instruction d'une autre cause en matière d'invalidité devant le Tribunal de céans a révélé que la Dresse M_____ n'était effectivement pas titulaire d'un diplôme FMH de spécialiste en psychiatrie et

A/1920/2004 - 23/26 - qu'elle n'a par ailleurs été autorisée à pratiquer comme médecin dépendant auprès du SMR que par acte du Département vaudois de la santé et de l'action sociale du 24 novembre 2006. Selon le médecin cantonal vaudois, l'intéressée est, en sa qualité de médecin dépendant, désormais habilitée à effectuer des expertises psychiatriques avec examens cliniques ; toutefois, à son avis, les rapports doivent être contresignés par le psychiatre responsable pour se voir reconnaître une pleine valeur juridique. Il sied d'observer que, selon les informations reçues du médecin cantonal vaudois, la Dresse M_____ n'était pas habilitée à signer ses rapports "psychiatre FMH". Qui plus est, au moment où elle s'est exprimée dans le cas présent (15 février, 30 mars et 6 juin 2006) elle n'était pas encore formellement autorisée à travailler comme médecin dépendant auprès du SMR. Il convient dès lors d'analyser ici la portée juridique de ces irrégularités, qui ne préjugent en rien des compétences professionnelles de cette praticienne, lesquelles ne sont pas mises en cause. Le Tribunal de céans a estimé que la valeur juridique du rapport en cause ne saurait être niée pour le seul motif que sa rédactrice a utilisé à tort le titre de "psychiatre FMH". La même constatation s'impose s'agissant du défaut d'autorisation, lequel a été corrigé par la délivrance d'une autorisation de pratiquer à titre dépendant à partir du 24 novembre 2006. Le Tribunal de céans a en effet estimé qu'il ne serait pas cohérent de nier la valeur probante d'un rapport rendu par un même médecin avant l'obtention de l'autorisation en cause alors que ce même rapport devrait être admis s'il avait été rendu après l'octroi de ladite autorisation, octroi qui ne dépend d'aucun examen complémentaire dans la mesure où cette autorisation ne fait que reconnaître la valeur du diplôme étranger. En conclusion, la valeur probante dudit rapport ne saurait être niée en raison des seules irrégularités susmentionnées mais doit bien plutôt être examinée sous l'angle des conditions jurisprudentielles en la matière rappelées ci-dessus. En l'occurrence, le rapport d'examen de la Dresse M_____ se fonde sur une anamnèse, un examen du recourant et l'évocation des plaintes de ce dernier. Il conclut à une totale capacité de travail du point de vue psychique, dans l'activité précédemment exercée ou toute autre. Certes, le Dr L_____, psychiatre traitant, conteste le diagnostic de troubles de l'adaptation réaction mixte anxieuse et dépressive posé par la Dresse M_____ et conclut pour sa part à un épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques antérieurs à 2002. Il est cependant troublant de constater que le Dr L_____ pose un diagnostic a posteriori : alors qu'il n'a commencé à suivre l'assuré qu'au début de l'année 2005, il atteste que ses troubles psychiques remontent à 2000 et va jusqu'à estimer sa capacité de travail à 50% du 24 juillet 2000 au 7 août 2000 et à 0% depuis le 30 juin 2000; il n'a pu le

A/1920/2004 - 24/26 - faire qu'en se basant sur les seules plaintes de son patient puisque ne figure au dossier aucun autre document médical confirmant ces faits. Ce n'est qu'en janvier 2005 que de tels troubles sont mentionnés pour la première fois, par le Dr H_____, lequel ne parle d'ailleurs que d'une simple "décompensation psychique", sans jamais faire allusion à d'éventuels symptômes psychotiques dont on se demande comment ils auraient pu lui échapper, ainsi qu'aux maîtres de stage du Centre d'intégration professionnelle. Ainsi que le fait remarquer la Dresse M_____, dans aucun des rapports médicaux présentés auparavant il n'y a eu description d'une symptomatologie anxio-dépressive. Qui plus est, lors de l'examen, elle-même a attesté qu'aucun symptôme de la ligne psychotique ni idée suicidaire claire n'était apparu. Au contraire du rapport de la Dresse M_____, les divers courriers du Dr L_____ paraissent donc peu convaincants. D'autant plus qu'il pose le diagnostic d'épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques alors que cet état, selon lui, serait présent depuis 2000. Quant aux explications du Dr L_____

contenues dans son courrier du 22 mai 2006, il ressort qu'il exclut le diagnostic de trouble de l'adaptation au motif que plus de six mois se sont écoulés entre le constat des symptômes et l'accident survenu en été 2000, étant précisé que le trouble de l'adaptation débute habituellement dans le mois qui suit la survenance d'un événement stressant ou d'un changement particulièrement marquant dans la vie du sujet et ne persiste guère au-delà de six mois. Il apparaît cependant manifeste que le trouble de l'adaptation auquel conclut la Dresse M_____ n'est pas la conséquence de l'accident survenu en juillet 2000. On voit mal comment un accident aussi bénin aurait suffi à engendrer un tel trouble. Ce sont bien plutôt les évènements qui ont suivi cet accident et les conséquences de ce dernier à long terme, apparues au fur et à mesure, qui ont finalement, ainsi que l'a indiqué le Dr H_____, entraîné une décompensation psychique au début de l'année 2005, date à laquelle l'assuré a d'ailleurs commencé à consulter. Enfin, il est vrai, ainsi que le fait remarquer la Dresse M_____, le fait que le Dr L_____ ait prescrit des antidépresseurs à l'assuré ne constitue pas un diagnostic en soi. Eu égard à ces différentes considérations, le Tribunal de céans est d'avis que les rapports de la Dresse M_____ doivent se voir reconnaître pleine valeur probante dans la mesure où elle a longuement motivé ses conclusions, lesquelles emportent au demeurant la conviction du tribunal. c) En conséquence, concernant la période postérieure au 31 janvier 2003, le degré d'invalidité reste le même que celui calculé précédemment. Il se révèle insuffisant pour ouvrir droit à une rente.

A/1920/2004 - 25/26 - 15. Eu égard aux considérations qui précèdent, le recours est rejeté.

A/1920/2004 - 26/26 -

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