

GE_GERICHTE ATAS/806/2012 vom 19. Juni 2012

GE Cour de justice, 2012-06-19, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_806_2012

FR: GE_GERICHTE ATAS/806/2012 du 19 juin 2012

IT: GE_GERICHTE ATAS/806/2012 del 19 giugno 2012

Erwägungen

E. 28

Dans sa réponse du 20 février 2012, l'intimé a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision entreprise, considérant que l'état de santé du recourant ne s'était pas aggravé depuis sa dernière décision de refus de prestations du 24 août 2010. L'expertise de la CRR - à laquelle il fallait reconnaître pleine valeur probante - avait d'ailleurs confirmé qu'il n'y avait pas d'aggravation sur les plans somatique et psychiatrique. L'audition de la Dresse L_____, ainsi que la mise en œuvre d'une contre-expertise n'y viendraient rien changer, le dossier contenant suffisamment d'indications médicales fiables que le recourant ne pouvait pas remettre en doute.

E. 29

La Cour de céans a informé les parties par courrier du 5 avril 2012 de son intention de confier une mission d'expertise psychiatrique. Le 21 mai 2012, elle leur a indiqué qu'elle entendait désigner le Docteur A_____, spécialiste FMH en psychiatrie, comme expert. Un délai a été imparti aux parties pour faire valoir d'éventuels motifs de récusation à l'encontre de l'expert et communiquer les questions complémentaires éventuelles à lui poser. 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.

A/3983/2011 - 9/18 - 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 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 345 consid. 3). 3. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4ème révision), du 6 octobre 2006 (5ème révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1er janvier 2004, respectivement, le 1er janvier 2008 et le 1er janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). 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, ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV

37 p. 316 consid. 3b). En l'espèce, au vu des faits pertinents, du point de vue matériel, le droit éventuel aux prestations doit être examiné en fonction des modifications de la LAI, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (ATFA non publié I 249/05 du 11 juillet 2006, consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322). 4. 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. 5. Le litige consiste à déterminer si l'état de santé du recourant s'est détérioré de manière notable depuis la première décision de refus de l'OAI, de sorte qu'il peut désormais prétendre à des prestations de l'assurance-invalidité. 6. Lorsque qu'une rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 3 et 4 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 - RAI ; RS 831.201 ; ATF 109 V 262 consid. 3 p. 264 s.). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 125 V 412 consid. 2b, 117 V 200 consid. 4b et les références). Ainsi, lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale,

A/3983/2011 - 10/18 - plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière. A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Aussi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 4 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 108, consid 2b, p. 114). Quand, au contraire, elle entre en matière sur une nouvelle demande, elle doit procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de l'art. 17 LPGA et comparer les circonstances existant au moment de la nouvelle décision avec celles prévalant lors de la dernière décision entrée en force reposant sur un examen matériel du droit à la rente (ATF 133 V 108) pour déterminer si une modification notable du taux d'invalidité justifiant la révision du droit en question est intervenue. C'est en effet la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4, ATF 130 V 343 consid. 3.5.2). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut ainsi motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif

de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 371 consid. 2b et 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (ATFA non publié I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les arrêts cités). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (ATFA non publié I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2). 7. En l'occurrence, le recourant se prévaut d'une péjoration de son état de santé depuis la décision de l'OAI du 24 août 2010 lui refusant tout droit à des prestations

A/3983/2011 - 11/18 - d'assurance. Il explique notamment que, d'un point de vue psychiatrique, ses médecins traitants ont mis en évidence qu'il souffrait d'un état dépressif récurrent, d'intensité sévère, en sus des importantes limitations fonctionnelles physiques déjà existantes. Il convient dès lors de comparer la situation préexistante à celle qui prévalait au jour de la décision présentement entreprise, afin de déterminer si l'état de santé du recourant a connu une modification notable, suffisamment incapacitante pour ouvrir le droit à une rente. 8. 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). 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). En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI (dans sa version antérieure au 1er janvier 2004), l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1bis LAI, prétendre à une demi-rente s'il est invalide à 40 % au moins. Dès le 1er janvier 2004, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 2 LAI). 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). 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 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8).

A/3983/2011 - 12/18 - 9. 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 malade, 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; ATFA non publié I 786/04 du 19 janvier 2006, consid. 3.1). Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement 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. A cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 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; ATFA non publié I 237/04 du

E. 30

novembre 2004, consid. 4.2). 10. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 125 V 261 consid. 4). La tâche du médecin dans le cadre d'une révision de la rente selon l'art. 17 LPGA consiste avant tout à établir l'existence ou non d'une amélioration de l'état de santé de l'assuré en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale avec la situation au moment de son examen (ATF 125 V 369 consid. 2). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. 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

A/3983/2011 - 13/18 - des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux

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

A/3983/2011 - 14/18 - médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF non publié 9C_369/2008 du 5 mars 2009, consid. 2.2). 11. Si les conditions de la révision sont données, le point de départ d'une modification du droit aux prestations est fixé avec précision. En vertu de l'art. 88a RAI, la modification du droit à la prestation intervient en principe lorsqu'un changement déterminant du degré d'invalidité a duré trois mois, sans interruption notable. En vertu de l'art. 88bis al. 1 RAI, l'augmentation de la rente prend effet, si la révision est demandée par l'assuré, au plus tôt dès le mois où cette demande est présentée (let. a), si la révision a lieu d'office, dès le mois pour lequel celle-ci avait été prévue (let. b). 12. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b, 125 V 193 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a). 13. En l'espèce, le recourant allègue une aggravation de son état de santé sur le plan psychiatrique. Il se prévaut des certificats de son médecin-traitant et de ceux établis par les psychiatres du CTB où il a été suivi en consultation pendant de nombreuses semaines. Il allègue que les différents praticiens appelés à se déterminer ont posé le diagnostic d'épisode dépressif d'intensité moyenne à

sévère, de sorte qu'il conteste la valeur probante du rapport de la CRR. Le recourant soutient plus particulièrement que les experts de la CRR n'ont pas tenu compte des plaintes qu'il a exprimées sur les plans somatique et psychiatrique, pour rédiger leur rapport. De son côté, l'intimé se fonde exclusivement sur l'expertise de la CRR pour conclure que l'état de santé du recourant ne s'est pas aggravé depuis sa première décision de refus de prestations du 24 août 2010. Il considère qu'elle revêt pleine valeur probante et qu'il n'y a pas lieu d'entendre les médecins-traitants du recourant ou de mettre en œuvre une contre-expertise pour déterminer sa capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée. 14. Il ressort du présent dossier que l'état de santé somatique du recourant ne s'est pas aggravé de manière significative par rapport à la situation préexistante. En effet,

A/3983/2011 - 15/18 - seul le diagnostic de neuropathie ulnaire droite - pour laquelle un bon pronostic a été annoncé - s'est ajouté à la liste des affections déjà prises en compte en 2010. Sur le plan strictement psychiatrique, il apparaît par contre que l'état de santé de l'intéressé a connu une modification notable puisqu'un état dépressif a été constaté dès novembre 2009 par la Dresse L_____ et confirmé par la suite par différents médecins de la CTB et par l'expert psychiatre de la CRR. Les conclusions de l'expert de la CRR et des psychiatres de la CTB sont néanmoins divergentes. En effet, si les différents praticiens ont retenu le même diagnostic, les médecins de la CTB ont estimé que l'intensité du trouble dépressif avait varié de moyenne à sévère entre mars 2010 et février 2011, en raison d'un sentiment d'inutilité lié à son inactivité professionnelle, d'idées noires et suicidaires, de troubles du sommeil et de problèmes conjugaux. A contrario, l'expert a posé qu'elle était légère, le recourant ayant tendance à dramatiser ses affections. S'agissant de la valeur probante des pièces versées au dossier, la Cour se trouve dans l'impossibilité de déterminer pourquoi l'une ou l'autre des appréciations susmentionnée emporterait plus sa conviction au degré de la vraisemblance prépondérante. Tant les rapports de la CTB que ceux de la CRR comportent une anamnèse, décrivent les plaintes exprimées par le recourant et détaillent les diagnostics retenus, de sorte qu'il n'est pas envisageable d'en écarter l'un ou l'autre sans autre forme de procès. 15. Selon la jurisprudence qui prévalait jusqu'à récemment, le juge cantonal qui estimait que les faits n'étaient pas suffisamment élucidés avait en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire (ATF U 58/01 du 21 novembre 2001, consid. 5a). Dans un récent arrêt de principe, le Tribunal fédéral a cependant modifié sa jurisprudence en ce sens que les instances cantonales de recours sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'administration ne se révèlent pas probantes (ATF 9C_243/2010 du 28 juin 2011, 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'une telle mesure est nécessaire en raison du fait que l'administration n'a pas instruit du tout un point médical (consid. 4.4.1.4 in fine de l'arrêt précité du 28 juin 2011). 16. De l'avis de la Cour, il apparaît superflu de procéder à l'audition des différents praticiens qui se sont déterminés sur l'état de santé psychiatrique du recourant, étant considéré qu'il semble très peu probable que l'un ou l'autre d'entre eux revienne sur sa position. Il semble bien plus adéquat de mettre en œuvre une nouvelle expertise, afin de déterminer, avec exactitude et en toute impartialité, l'intensité du trouble dépressif dont souffre le recourant et les conséquences de cette affection sur sa capacité de travail.

A/3983/2011 - 16/18 - 17. Pour l'ensemble des motifs développés ci-dessus, et vu notamment les conclusions médicales divergentes, la Cour de céans n'a d'autre choix que de mettre en œuvre une nouvelle expertise psychiatrique. L'expertise sera confiée au Dr A_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, lequel devra prendre tous les renseignements nécessaires auprès des médecins ayant examiné le recourant.

A/3983/2011 - 17/18 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant préparatoirement 1. Ordonne une expertise psychiatrique, l'expert ayant pour mission d'examiner et d'entendre l'assuré, après s'être entouré de tous les éléments utiles et après avoir pris connaissance du dossier de l'OAI, ainsi que du dossier de la présente procédure et si nécessaire, prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité l'assuré. 2. Commet à ses fins le Dr A_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. 3. Charge l'expert d'établir un rapport détaillé et de répondre aux questions suivantes : 1. Quelle est l'anamnèse détaillée du cas ? 2. Quelles sont les plaintes de l'assuré ? 3. Quelles sont vos constatations objectives ? 4. Quels sont les diagnostics psychiatrique(s) ? Depuis quelle date existent-ils ? 5. En cas de troubles psychiques, quel est le degré de gravité de chacun de ceux-ci (faible, moyen, grave) ? 6. Quelles sont les conséquences de chaque diagnostic posé sur la capacité de travail de l'assuré en pour-cent ? 7. Quelle est l'évolution de l'état de santé et de la capacité de travail entre 2010 et 2011 ? 8. Existe-t-il une comorbidité psychiatrique ? Si oui, sous quelle forme et de quel degré (faible, moyen, grave) ? 9. Existe-il un processus maladif s'étendant sur plusieurs années, sans rémission durable ? 10. L'assuré subit-il une perte d'intégration sociale et, le cas échéant, dans quelles situations ? 11. Existe-t-il chez l'assuré un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique ?

A/3983/2011 - 18/18 - 12. Constatez-vous un échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement) ? L'assuré suit-il un traitement adéquat ? Sinon quel traitement est-il indiqué ? 13. Dans quelle mesure peut-on exiger de l'assuré qu'il surmonte ses douleurs et qu'il réintègre le monde du travail ? Si oui, quelle activité adaptée est-elle exigible ? 14. Des mesures de réadaptations sont-elles envisageables et utiles ? Quelles sont leurs chances de succès ? 15. Apprécier les constatations et conclusions de l'expert psychiatre et des médecins examinateurs du SMR ? 16. Faire toute autre observation ou suggestion utile. 4. Invite l'expert à déposer à sa meilleure convenance un rapport en trois exemplaires à la Cour de céans. 5. Réserve le fond.

La greffière

Nathalie LOCHER

La présidente

Doris GALEAZZI Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le

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