

GE_GERICHTE ATAS/811/2008 vom 9. Juli 2008

GE Cour de justice, 2008-07-09, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_811_2008

FR: GE_GERICHTE ATAS/811/2008 du 9 juillet 2008

IT: GE_GERICHTE ATAS/811/2008 del 9 luglio 2008

Erwägungen

E. 15

Par décision du 29 juillet 2004, X_____ a nié le rapport de causalité adéquate entre les troubles psychiques que présente l'assuré et l'accident du 22 novembre 2002, qu'il a qualifié de bénin. Il a cependant admis de verser ses prestations jusqu'au 21 mai 2003.

E. 16

L'assuré a interjeté recours en date du 29 octobre 2004. Dans le cadre de cette procédure (A/220/2004), le Tribunal a procédé à l'audition des Docteurs D_____ et F_____. Le Docteur D_____ a précisé qu'il suivait le recourant depuis le mois de mai 2003. Il présentait de multiples troubles et un état dépressif moyen à sévère, réactionnel à l'accident de novembre 2002. Il avait traité son patient sur le plan psychologique par la prescription de somnifères et une psychothérapie, à raison d'entretiens toutes les deux semaines. La situation ne s'améliorant pas, il l'avait adressé, en juillet 2003, à son confrère, médecin psychiatre, le Docteur F_____. Ce dernier a indiqué qu'il soignait le recourant depuis le 8 août 2003 et qu'après avoir effectué des tests d'évaluation, il avait posé le diagnostic de stress post-traumatique. Selon lui, les conclusions du Docteur G_____ n'étaient pas contraires aux siennes ; ils n'étaient toutefois pas d'accord avec la date de la reprise du travail. Il a confirmé avoir fixé la date de la reprise de travail au 11 octobre 2004.

E. 17

L'OCAI a ordonné un expertise psychiatrique et a mandaté la Dresse H_____, spécialiste FMH en psychiatrie-psychothérapie, à cet effet. Dans son rapport du 25 mai 2005, l'expert explique que l'assuré se dit complètement "cassé", a le sentiment d'être brisé, se sent "moins que nul", ayant perdu la dignité, car il n'arrive pas à répondre aux besoins financiers de ses enfants. Son frère de France lui a prêté de l'argent. Il se dit triste, ne parvient pas à dormir malgré la prise de somnifères, il lui arrive de rêver à des choses tristes, par exemples des funérailles. Il a tendance à se renfermer, car il craint de rencontrer des gens qui lui poseraient des questions. Il décrit aussi de vagues idées de persécution (on le regarde bizarrement, pense qu'il y a quelqu'un dans l'appartement). Il décrit aussi des accès d'angoisse fréquents. Au status clinique, l'expert relève que durant l'entretien, l'assuré exprime une détresse, une espèce d'impuissance, il est triste, par moment désespéré et exprime des soucis par rapport à son état de santé. Il présente une labilité émotionnelle, mais pas d'irritabilité, ni de symptômes de la lignée psychotique. Elle a diagnostiqué un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2), présent depuis 2003, et un autre trouble spécifique de la personnalité (narcissique) (F60.8), présent depuis l'adolescence. Actuellement, l'expertisé a beaucoup de difficultés à faire face et à supporter son état de santé avec des douleurs régulières et un état dépressif grave avec symptômes de dévalorisation, tristesse, sentiments d'incurabilité, d'inutilité et il est complètement

incapable d'envisager un reprise de travail. Selon

A/1293/2007 - 5/14 - l'expert, la capacité de travail de l'assuré ne dépasse pas 20 %, depuis novembre 2002 et à l'heure actuelle il n'est pas capable de s'adapter à son environnement professionnel, car il est très méfiant. Des mesures professionnelles ne sont pas envisageables. La Dresse H_____ considère qu'il faudrait continuer le suivi psychiatrique et revoir la question dans deux ans.

E. 18

Par arrêt du 28 septembre 2005 (ATAS 817/05), le Tribunal de céans a rejeté le recours de l'assuré en matière d'assurance-accident, considérant que le trouble psychique n'était pas en rapport de causalité adéquate avec l'accident du 22 novembre 2004. En outre, les conditions d'un état de stress post-traumatique n'étaient pas réalisées au regard de la jurisprudence. Le recours interjeté par l'assuré auprès du Tribunal fédéral a été rejeté par arrêt du 20 février 2007.

E. 19

Le SMR Suisse Romande, dans un rapport du 24 novembre 2005 rédigé par le Dr I_____, relève qu'il ignorait que l'assuré avait été expertisé à deux reprises par le Dr G_____, en février 2004 et juin 2004, et que l'exigibilité était entière dès octobre 2004, en accord avec le médecin psychiatre traitant. L'expertise de la Dresse H_____ de mai 2005 lui a paru peu probante, l'assuré ne présentant pas suffisamment de symptômes répondant à l'intensité de la dépression selon la CIM- 10 et les limitations fonctionnelles psychiatriques sont pauvres par rapport au diagnostic. D'autre part, le psychiatre traitant a indiqué qu'il n'avait plus fait de certificat d'arrêt de travail depuis octobre 2004. L'incapacité de travail a duré deux ans, d'abord pour des motifs orthopédiques puis psychiatriques.

E. 20

Dans un courrier adressé à l'OCAI en date du 19 décembre 2005, le Dr F_____ indique que le diagnostic d'état de stress post-traumatique - mentionné dans l'expertise du Dr G_____ du 26 février 2004 et confirmé par le test psychométrique, ne fait pas de doute. Il a précisé que sa mission pour le traitement de l'état de stress post-traumatique était terminée, mais que le Dr D_____, dont il partage le cabinet, le lui adresse à nouveau pour état dépressif. Le Dr D_____ continue à faire les certificats d'arrêt de travail et il ne voit pas la nécessité de faire deux certificats. Selon le psychiatre, l'expertise de la Dresse H_____ est un bon rapport et reflète la situation actuelle. Il appuie la demande de rente d'assurance-invalidité complète pour deux ans afin de permettre au patient de se remettre de cette situation très complexe. Pour le surplus, il souligne que le patient est italien, donc qu'il "parle avec les mains et le corps" et que cet aspect n'est pas une exagération mais une caractéristique culturelle des latins du Sud.

E. 21

Le 14 mars 2006, le Dr F_____ écrit à l'OCAI que le patient n'est pas guéri. Le stress post-traumatique a duré deux ans et engendré par la suite un syndrome dépressif grave qui a nécessité une reprise du suivi psychiatrique à la demande du Dr D_____, généraliste, médecin traitant, ce que la Dresse H_____ a constaté par la suite. La demande de rente AI à 100 % est justifiée en raison du stress post-traumatique dans un premier temps, puis du syndrome dépressif grave.

A/1293/2007 - 6/14 -

E. 22

Par décision du 27 avril 2006, l'OCAI a mis l'assuré au bénéfice d'une rente entière d'invalidité du 1er novembre 2003 au 31 décembre 2004. Il a considéré que la capacité de travail était nulle dans toutes activités professionnelles, mais qu'à compter du 1er octobre 2004, il ne souffrait plus d'aucune atteinte à la santé engendrant une quelconque incapacité de travail.

E. 23

Par l'intermédiaire de son conseil, l'assuré a formé opposition en date du 4 mai 2006, contestant la suppression de la rente. Il fait grief à l'OCAI de s'être fondé sur deux rapports d'expertise du Dr G_____ effectués en 2004 pour l'assureur accident et d'avoir écarté l'expertise de la Dresse H_____ du 25 mai 2005. Il relevait que le Dr F_____ a confirmé qu'il n'était pas guéri et que la demande de rente AI à 100 % était justifiée.

E. 24

L'OCAI a confié une nouvelle expertise au Dr J_____, spécialiste FMH en psychiatrie-psychothérapie. Dans son rapport du 7 novembre 2006, l'expert a diagnostiqué une dysthymie (F34.1 selon la CIM-10) qui engendre théoriquement une incapacité de travail entre zéro et 30 %. Il indique par ailleurs qu'il ne voit aucune raison qui aurait empêché une récupération sur le plan psychique depuis 2004 et que c'est le processus conflictuel et d'invalidation qui a empêché sa réalisation.

E. 25

Dans un rapport adressé à l'OCAI le 11 décembre 2006, le Dr F_____, après avoir pris connaissance du rapport d'expertise, relève que l'expert a adopté une méthodologie originale mais non-standard, ce qui conduit à une grande subjectivité et des conclusions loin d'une objectivité indispensable dans ce type de rapport. L'expert signale clairement que l'assuré déprime et reconnaît que le traitement pratiqué par le psychiatre traitant a donné un bon résultat. Il méconnaît cependant quelle est la vraie définition du terme de "mal-être social" qui est un terme subjectif. S'agissant de l'échelle AMDP utilisée par l'expert, c'est un bon instrument pour les données anamnestiques et les données psychopathologiques mais, selon le Dr F_____, la cotation effectuée par l'expert n'est pas standard. Il maintient que le patient a besoin d'une rente AI.

E. 26

Par décision du 26 février 2007, l'OCAI a rejeté l'opposition de l'assuré.

E. 27

Représenté par son mandataire, l'assuré interjette recours le 29 mars 2007. Il soutient que si la méthode utilisée par l'expert J_____ est bien exacte, l'application des critères selon la CIM-10 est clairement erronée, dans la mesure où les trois critères A de la dépression grave sont bien présents et que, s'agissant des critères B, il se plaint d'une diminution et de difficultés de la concentration ou de la tension et d'une diminution de l'appétit. Il conteste par ailleurs l'affirmation selon laquelle la relation entre lui et son médecin traitant serait à ce point proche qu'il utiliserait le tutoiement. Il se réfère pour le surplus aux rapports que le Dr K_____ a adressés à l'OCAI. Il conclut préalablement à ce qu'une expertise

A/1293/2007 - 7/14 - médicale neutre soit mise en œuvre chez le Dr L_____, de l'Institut universitaire de médecine légale et, sur le fond, à l'octroi d'une rente entière

d'invalidité.

E. 28

Dans sa réponse du 31 mai 2007, l'OCAI conclut au rejet du recours, se référant à l'expertise du Dr J_____.

E. 29

Le 6 juin 2007, le recourant a transmis au Tribunal de céans copie d'un courrier du Dr F_____, dans lequel le psychiatre confirme que de son point de vue, la cotation effectuée par l'expert J_____ n'est pas standard.

E. 30

Après avoir soumis le dossier au SMR, l'OCAI persiste dans ses conclusions.

E. 31

Par courrier daté du 10 octobre 2007 (recte : 8 avril 2008), le recourant communique au Tribunal une expertise réalisée à sa demande par le Dr Gérard L_____, médecin psychiatre-psychothérapeute FMH, du Centre médical universitaire des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), ainsi que copie d'un rapport du Dr D_____. Dans son rapport d'expertise du 2 avril 2008, le Dr L_____ diagnostique un épisode dépressif moyen, sans syndrome somatique F32.1. Il explique que le diagnostic de syndrome de stress post-traumatique ne peut plus être retenu actuellement, le patient ne se plaignant plus de symptômes de ce type, y relatifs. S'agissant des troubles dépressif, le médecin relève qu'il est incontestable que l'expertisé présente depuis plusieurs années des troubles dépressifs chroniques qui ont été diagnostiqués par tous les médecins qui l'ont examiné. Le tableau clinique actuel comprend trois symptômes de base du trouble dépressif, c'est-à-dire humeur dépressive, diminution de l'intérêt ou de plaisir pour les activités habituelles et réduction de l'énergie et fatigabilité, ainsi que quatre symptômes additionnels, ce qui correspond au regard de la CIM-10 à un épisode dépressif moyen. Le score à l'échelle de Hamilton 17 items est de 20, ce qui confirme ceci. Quant au diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant évoqué par le Dr G_____, il doit être écarté, car ce diagnostic ne peut théoriquement pas coexister avec un trouble affectif lorsque celui-ci est prédominant, comme ici. La capacité de travail de l'expertisé, sur le plan psychiatrique, est nulle dans l'ancienne profession depuis 2003; dans une activité adaptée à l'état de santé, tenant compte de sa faible résistance au stress, ne nécessitant pas de déplacements fréquents, sans charge de stress important ni d'obligation d'initiative ou de rendement notable, ni nécessité d'apprentissage ou d'adaptation particulièrement prononcée, une capacité de travail de 50 % au maximum peut être admise. Sur le plan somatique, le Dr L_____ indique qu'un bilan à visée diagnostique doit être réalisé concernant une symptomatologie rhumatismale (lombo-sciatalgies et poignet gauche) et ORL (acouphènes gauches). Quant au Dr D_____, il relève dans son certificat du 7 avril 2008 que le patient présente une affection cardio-vasculaire, des troubles ostéo-articulaires et un problème d'audition allant en s'aggravant, avec acouphène.

A/1293/2007 - 8/14 -

E. 32

Dans ses conclusions du 23 mai 2008, l'OCAI, après avoir requis l'avis du SMR, relève que les différents avis n'aboutissent pas à des conclusions identiques, de sorte qu'une expertise

pluridisciplinaire serait souhaitable, afin de déterminer la capacité résiduelle de travail globale du recourant.

E. 33

Ces écritures ont été communiquées au recourant le 27 mai 2008.

E. 34

Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT 1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). En l'espèce, dès lors que le droit à la rente a pris naissance postérieurement au 1er janvier 2003, il y a lieu d'examiner le cas à la lumière des nouvelles dispositions en vigueur. Les règles de procédure quant à elles s'appliquent 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). La LPGA s'applique donc au cas d'espèce.

3. Interjeté dans les forme et délai prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA). 4. L'objet du litige consiste à déterminer si l'intimé était fondé à supprimer la rente entière d'invalidité du recourant au 31 décembre 2004. 5. Selon l'art. 4 LAI, l'invalidité (art. 8 LPGA) peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération.

A/1293/2007 - 9/14 - Aux termes de l'art. 8 al. 1 et 3 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Les assurés majeurs qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique ou mentale et dont il ne peut être exigé qu'ils en exercent une sont réputés invalides si l'atteinte les empêche d'accomplir leurs travaux habituels. Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut être raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte de sa santé physique ou mentale. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 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 sa santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Selon l'art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1bis

LAI, prétendre à une demi-rente s'il est invalide à 40 % au moins. L'entrée en vigueur, le 1er janvier 2004, de la 4ème révision de la LAI a modifié la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI relatif à l'échelonnement des rentes selon le taux d'invalidité. Alors qu'une rente entière était accordée auparavant à un assuré dès que le degré d'invalidité atteignait 66 2/3 %, cette disposition prévoit désormais d'octroyer un trois-quarts de rente à un assuré présentant un degré d'invalidité d'au moins 60 % et une rente entière à celui dont le taux est supérieur à 70 %, les conditions relatives à l'octroi d'un quart ou d'une demi-rente demeurant inchangées. En revanche, les principes développés jusqu'alors par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur validité, que ce soit sous l'empire de la LPGA ou de la 4ème révision de la LAI (ATF 130 V 348 consid. 3.4; ATFA non publiés du 17 mai 2005, I 7/05, consid. 2, du 6 septembre 2004, I 249/04, consid. 4). Par ailleurs, selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision (ATF 125 V 417 consid. 2d et les références; VSI 2001 p. 157 consid.). En cas d'allocation d'une rente dégressive ou temporaire, la date de la modification du droit (diminution ou suppression de la rente) doit être fixée conformément à l'art. 88a al. 1 RAI (ATF 125 V 417 consid. 2d; RCC 1984 p. 137). Selon cette disposition, en sa teneur en vigueur dès le 1er janvier 2004, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout

A/1293/2007 - 10/14 - ou partie de son droit aux prestations dès que l'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. 6. Pour pouvoir se déterminer sur le droit à des prestations, l'administration (ou le juge en cas de 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). En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références). Enfin, s'agissant de la valeur probante des 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). 7. En l'espèce, suite à l'accident, le recourant a subi des lésions de la cheville gauche et présenté des problèmes psychiques ayant entraîné une incapacité de travail de 100 % dès le

22 novembre 2002, qui n'est pas contestée. Si du point de vue somatique, une reprise de travail était possible dès le 17 mars 2003, autre est la question des diagnostics et de l'évolution de cette capacité de travail du point de vue psychiatrique. Le Tribunal de céans constate que de nombreux psychiatres ont été appelés à se prononcer sur le cas du recourant. Ainsi, le psychiatre traitant, le Dr K _____, diagnostiquait en août 2003, un état de stress post-traumatique engendrant une incapacité de travail totale. Par la suite, le patient a présenté un syndrome dépressif

A/1293/2007 - 11/14 - grave justifiant une incapacité de travail à 100 % qui perdure encore. Le Dr G _____, expert psychiatre mandaté par l'assureur accidents, diagnostiquait pour sa part en 2004 un trouble anxieux et dépressif mixte, un syndrome douloureux somatoforme persistant et une exagération symptomatique pour des motifs asséurologiques. De son point de vue, une reprise de travail était possible de façon progressive, de 20 % dans un premier temps depuis le 1er avril 2004 pour aboutir à un 100 %. Dans son rapport complémentaire du 23 juin 2004, l'expert précité a admis finalement que la capacité de travail du recourant n'avait pas évolué comme il l'avait prévu, compte tenu de différents familiaux, et a fixé une reprise de travail à 50 % dès le 1er août 2004 et à 100 % dès le 1er septembre 2004. Selon l'expert, le psychiatre traitant aurait entériné définitivement la reprise de travail, ce que ce dernier a toutefois démenti. Mandatée par l'intimé pour expertiser le recourant, la Dresse H _____ diagnostique de son côté en date du 25 mai 2005 un épisode dépressif sévère et un autre trouble spécifique de la personnalité. La capacité de travail ne dépasse pas 20 % depuis le mois de novembre 2002 et le patient n'est pas capable, à l'heure actuelle, de s'adapter à son environnement professionnel, car il est très méfiant. Selon cet expert, il fallait poursuivre le suivi psychiatrique et revoir la question dans deux ans. Elle ajoute que le traitement dispensé est adéquat. Le nouvel expert psychiatre mandaté par l'OCAI, le Dr J _____, diagnostique en novembre 2006 une dysthymie engendrant théoriquement une incapacité de travail entre 0 et 30 % et ne voit pas de raison qui aurait empêché une récupération sur le plan psychique depuis 2004, si ce n'est le processus conflictuel et d'invalidation. Enfin, un nouveau spécialiste en psychiatrie s'est prononcé sur le cas, à la demande du recourant. Dans son rapport du 2 avril 2008, le Dr L _____ relève que le diagnostic de stress post-traumatique ne peut plus être retenu actuellement, dès lors que le patient ne se plaint plus de tels symptômes, et diagnostique un épisode dépressif moyen. Il explique pourquoi, de son point de vue, le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant évoqué par le Dr G _____ doit être écarté. Pour le surplus, il souligne qu'il est incontestable que le patient présente depuis plusieurs années des troubles dépressifs chroniques, qui ont été diagnostiqués par tous les médecins qui l'ont examiné. S'agissant de la capacité de travail du point de vue psychique, elle est nulle dans l'ancienne profession depuis 2003 et de 50 % tout au plus dans une activité adaptée, compte tenu des limitations psychiques (faible résistance au stress). Le Dr L _____ mentionne toutefois qu'un bilan doit être réalisé concernant une symptomatologie rhumatismale (lombo- sciatalgies et poignet gauche) et ORL (acouphènes). Le Tribunal de céans constate que tant les diagnostics psychiatriques que l'évaluation de la capacité de travail en résultant sont totalement contradictoires. Le psychiatre traitant conteste les diagnostics et la capacité de travail retenus par le Dr G _____, de même que la cotation de l'épisode dépressif effectuée par l'expert

A/1293/2007 - 12/14 - J _____, le Dr L _____ écarte un diagnostic retenu par le Dr G _____, etc. Au surplus, il est fait état d'autres atteintes à la santé qui n'ont pas été

investiguées, alors que les problèmes d'acouphènes avaient déjà été signalés par le recourant en 2004 et relevés d'ailleurs par le Dr G_____. Au vu de ce qui précède, le Tribunal n'est pas en mesure de statuer définitivement en l'état actuel du dossier et considère qu'une expertise pluridisciplinaire se justifie. Les experts devront se prononcer sur l'ensemble des atteintes à la santé que présente le recourant et déterminer quelles en sont les répercussions sur la capacité de travail. Sur le plan psychique notamment, il leur appartiendra de se prononcer de façon précise sur les diagnostics et l'évolution de l'état de santé. La cause sera en conséquence renvoyée à l'intimé afin qu'il organise une expertise pluridisciplinaire de type COMAI, dans les meilleurs délais. 8. Le recourant, représenté par un avocat, a droit à indemnité à titre de participation à ses frais et dépens, fixée en l'espèce à 2'000 fr. (art. 61 let. g LPGA). 9. Au vu de l'issue du litige, un émolument de 500 fr. est mis à la charge de l'intimé qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI, entré en vigueur le 1er juillet 2006).

A/1293/2007 - 13/14 -

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