

GE_GERICHTE A/1175/2012 vom 20. November 2012

GE Cour de justice, 2012-11-20, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1175_2012

FR: GE_GERICHTE A/1175/2012 du 20 novembre 2012

IT: GE_GERICHTE A/1175/2012 del 20 novembre 2012

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 20.11.2012 A/1175/2012

A/1175/2012 ATAS/1392/2012 du 20.11.2012 (AI) , ADMIS/RENVOI Recours TF déposé le 18.01.2013, rendu le 21.06.2013, ADMIS, 9C_36/2013 En fait En droit RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/1175/2012 ATAS/1392/2012 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 20 novembre 2012 1 ère Chambre En la cause Monsieur C_____, domicilié à Vernier, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître METZGER David recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue des Gares 12, Genève intimé EN FAIT Monsieur C_____, né en 1953, mécanicien sur automobiles, a déposé une demande auprès de l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE (OAI) le 31 mars 2010, alléguant souffrir d'une dépression sévère, de désinsertion sociale, de troubles anxieux et de maux de dos invalidants. Il avait ouvert un garage de mécanique automobile en 1981 lequel a fait faillite en 1996. Il dit avoir cessé toute activité lucrative depuis 1993. Le Docteur L_____, psychiatre FMH, suit l'assuré depuis avril 2009. Il a fait état, le 29 juin 2010, d'un accident de moto dont son patient avait été victime en août 1980 avec traumatisme crânien et fracture de la clavicule gauche. L'assuré avait alors été hospitalisé à la Clinique de neurochirurgie à Genève du 6 au 9 août 1980. Il est noté dans le résumé d'observation établi par le Dr M_____ que l'évolution est favorable. Le Dr L_____ a également mentionné une chute de deux mètres d'un échafaudage ayant entraîné un coma, une fracture d'une vertèbre lombaire et une rupture ligamentaire du genou gauche survenue le 24 mai 2005. Un résumé d'observation a été établi le 3 juin 2005 par les médecins du Département de chirurgie des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) où il a séjourné du 24 au 27 mai 2005 pour une fracture-tassement du plateau antéro-latéral droit de L2 et d'une fracture des apophyses transverses gauche de L1 à L5. Le Dr L_____ a indiqué que son patient souffrait depuis 1995 d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, d'une agoraphobie, de phobie sociale et d'un trouble anxieux et de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, actuellement abstinent avec rémission complète depuis six mois. Le médecin précise encore que "la situation financière plus que précaire du couple, les alcoolisations chroniques au long cours et l'inactivité du patient l'ont précipité dans une forme de désinsertion sociale grave". Il considère que le pronostic reste réservé au vu de l'état de santé psychique du patient. Il évalue l'incapacité de travail à 100% depuis 1995. Le 7 octobre 2010, le Dr L_____ a attesté que l'état de santé était resté stationnaire depuis juillet 2010. Il a confirmé l'incapacité entière de travail et précisé qu'une reprise de travail pourrait peut-être être envisagée, "mais vraiment pas pour l'instant". Une imagerie à résonance magnétique (IRM) lombaire a été réalisée le 1 er juillet 2010, aux termes de laquelle il a été constaté une petite composante herniaire discale para-médiane

droite L5-S1 en contact, mais sans réelle compression de la racine S1 droite, des discopathies étagées protrusives de L3 à S1 avec pincement des canaux radiculaires prédominant en L4-L5 à gauche sur arthrose postérieure et protrusion discale, une herniation intraspongieuse aiguë au niveau du plateau supérieur de L4 et une discopathie étagée en région dorsale basse. L'OAI a confié un mandat d'expertise au Dr N_____, psychiatre FMH. Celui-ci a établi son rapport le 1^{er} mai 2011. S'agissant du parcours professionnel de l'assuré, il a expliqué que "C" est en 1981 qu'il s'est mis à son compte avec un garage à Plan-les-Ouates et a ici assumé sans aucun problème son travail pendant 11 à 12 ans. Son garage était prospère, mais selon ses descriptions, il vivait sans mettre de l'argent de côté pour l'AVS, les impôts et d'autres obligations et il s'est trouvé un moment donné acculé à ses retards. À ceci s'est associé une sorte de révolte / opposition contre les règles administratives, financières et de société en général et à un moment donné, au lieu de se mettre à jour dans ses obligations, il s'est éloigné des dites règles de la société. Ceci était à ce moment-là probablement déjà accompagné d'une consommation d'alcool régulière et intensive. Selon l'assuré, il a eu un premier arrêt temporaire d'activité professionnelle en 1993 pour cause de problèmes de dos. Il a corrigé ici explicitement les notions que nous avons trouvées dans les rapports de son psychiatre qui parlent d'une atteinte psychiatrique dès 1995. Dans la réalité, la faillite se préparait entre les années 1993 et 1996 et se soldait avec presque un demi-million de dettes. Par la suite, après un voyage à l'étranger, l'assuré a repris un élan professionnel et a décroché un contrat de service de voitures pour une société genevoise. Lorsque cette société, à son tour, a fait faillite, il se trouvait non seulement sans travail mais avec une dette supplémentaire. C'est ici qu'il se disait définitivement « dégoûté » et qu'il était obligé de vivre avec les revenus de sa femme. Il existe encore une dernière trace d'activité : en 2005, l'assuré a chuté d'un échafaudage et a été hospitalisé avec une perte de connaissance. Il admet pour ceci un travail au noir et nous a expliqué que depuis lors « son dos était fini ». En réalité, c'est donc depuis très longtemps que l'assuré est dans une situation marginale, qu'il vit en vase clos avec son épouse qui elle-même est dans une atteinte multiple : on parle ici de dépression, d'alcoolisme et d'une maladie auto-immune. L'assuré n'a pas cessé de répéter qu'il « ne travaille plus depuis 20 ans » et a mis en avant ses nombreux déconditionnements : physiques, psychiques, sociaux, etc". L'expert a retenu des troubles anxieux et dépressifs mixtes, intensité légère, et une accentuation de certains traits de personnalité narcissique, dépendante et émotionnellement labile. Il relève qu'un certain nombre de manifestations sont attribuables au processus de déconditionnement personnel et social très avancé. Il considère qu'il n'existe sur le plan psychiatrique aucune incapacité de travail, ni diminution de rendement. Les limitations sont surtout liées à l'important et long déconditionnement physique, mental et social. Les légers troubles psychiatriques résumés dans les deux diagnostics n'ont pas d'impact majeur sur la capacité de travail de l'assuré. De plus, comme il y a non observance, il existe une large palette de moyens thérapeutiques pour améliorer l'état si le concerné le souhaite. La capacité résiduelle de travail est théoriquement et sur le plan psychiatrique entière. Des mesures de réadaptation professionnelle ne semblent pas nécessaires. Théoriquement, toutes les activités accessibles avec les formations et expériences de l'assuré sont exigibles. Interrogée par le médecin du Service Médical Régional (SMR), la Dresse O_____, généraliste, a indiqué que les limitations fonctionnelles du patient, à savoir pas de port de charge supérieure à 15 kilos, pas de position assise/debout prolongée, pas de porte-à-faux, pas de mouvements des bras au-dessus de la tête, pas de rotations en position assise/debout, pas d'activité en antéflexion du tronc, sont liées à ses douleurs lombaires et entraînent une

incapacité totale de travailler dans sa profession de mécanicien. En revanche, sa capacité de travail devrait rester entière dans un poste de travail adapté, ce sur le plan strictement rhumatologique. Le médecin du SMR a ainsi constaté que l'assuré présentait une incapacité de travail totale dans son ancien métier de mécanicien, mais que dans une activité adaptée, la capacité était entière depuis août 2005, c'est-à-dire trois mois après l'accident du 24 mai 2005. Il n'y avait par ailleurs pas d'incapacité psychiatrique. Considérant que l'assuré et son épouse vivaient avec la demi-rente de cette dernière, sa rente LPP, des prestations complémentaires et des subsides de l'assurance-maladie, l'OAI a considéré que l'assuré n'aurait pas exercé d'activité lucrative sans atteinte à la santé. Le statut de non-actif a ainsi été retenu. Lors d'un entretien se déroulant le 18 janvier 2012 au domicile de l'assuré, celui-ci a expliqué qu'il "n'avait pas l'habitude de participer activement aux tâches ménagères. Quand il rentrait du travail, il était fatigué. C'est son épouse qui s'occupait de la maison. Elle confirme qu'ils sont «de la vieille école», il incombe à l'épouse d'effectuer les tâches ménagères et Monsieur mettait les pieds sous la table, comme il a plaisir à le dire. Monsieur se reprend et m'informe que de temps en temps, mais pas régulièrement, il préparait le repas quand son épouse rentrait tard du travail ou nettoyait les vitres, il donnait des coups de main pour suspendre la lessive et ils faisaient les courses ensemble. Avec son travail, il occupait le reste de son temps à regarder la télévision ou avec l'ordinateur, ce qu'il fait encore aujourd'hui". L'enquêteur a ainsi retenu un empêchement à accomplir les tâches ménagères de 0%. L'OAI a transmis le 27 janvier 2012 à l'assuré un projet de décision, aux termes duquel la demande était rejetée. Le 16 février 2012, l'assuré a contesté ce projet. Il rappelle que, selon la Dresse O _____, son incapacité de travail est entière dans son ancienne activité de mécanicien, et qu'il souffre d'un état dépressif sévère, de troubles anxieux très importants et d'un retrait social. Il demande à ce que l'expertise du Dr N _____ et le rapport d'enquête ménagère de Madame D _____ lui soient transmis, afin qu'il puisse formuler des observations. Une copie de l'expertise et du rapport d'enquête ménagère ont été communiquées au Dr L _____. Par décision du 7 mars 2012, l'OAI a confirmé son projet de décision. L'assuré, représenté par Me David METZGER, a interjeté recours le 24 avril 2012 contre ladite décision. Il reproche à l'OAI d'avoir instruit de façon lacunaire son dossier, plus particulièrement son état de santé physique. Il produit à cet égard : un courrier de la Dresse O _____ daté du 20 mars 2012, dans lequel celle-ci indique qu' "à mon avis sa capacité de travail est nulle, d'une part, à cause de ses lombalgies qui le limitent dans ses mouvements et d'autre part en raison de sa pathologie psychiatrique qui l'empêche encore à l'heure actuelle d'évoluer adéquatement dans la société". un courrier du Dr L _____ du 20 avril 2012, aux termes duquel "à ce jour malgré un traitement antidépresseur (Deroxat) efficace, un traitement anxiolytique suffisant (Temesta) et un traitement somnifère (Triticco, Remoron), la symptomatologie psychiatrique actuelle demeure sévère. Il est vrai que l'assuré ait bénéficié d'une bonne écoute de la part de son psychiatre mais pas seulement, une évaluation de son profil psychopathologique sur une durée suffisante permet de confirmer les diagnostics de dépression récurrente sévère, de phobie sociale, d'agoraphobie et de troubles anxieux. Au décours du suivi, l'assuré m'a expliqué qu'en raison de vertiges persistants, il a pensé à tort et le reconnaît bien volontiers que le Deroxat en était la cause, raison pour laquelle, il l'a stoppé pendant quelques semaines. Ce traitement antidépresseur a été réintroduit après un entretien d'explication à dose de 20mg/j. Le 10 octobre 2011, les dosages biologiques montraient qu'il était nécessaire d'augmenter la dose du Deroxat à 30mg/j au lieu de 20mg pour atteindre (234 nmol/l au lieu des 112 nmol/l). Le Temesta (196 nmol/l, dosage

efficace), le Triticco (3 micro mol/l, dosage efficace). Ces dosages biologiques montrent que le patient est tout à fait compliant. Prétendre que le patient ne soit pas traité pour sa psychopathologie me semble quelque peu hâtif. Le fait que le patient ait changé sa posture, passant d'une attitude recroquevillée le matin à la position dite normale l'après-midi, ne témoigne pas forcément d'une hypothétique manipulation théâtrale, dans le but de mettre en avant sa dépression. Par ailleurs le fait de sourire ne permet pas de dire que le patient soit euthymique ! Les conclusions de l'expert me paraissent encore une fois, quelques peu hâtives. Le Remeron prescrit à 15 mg et le Trittico à 100 mgr sont prescrits pour traiter l'insomnie rebelle et non la dépression. Seul le Deroxat 30 mgr est prescrit pour traiter la dépression. En vérité, l'évolution de la symptomatologie psychiatrique du patient demeure à ce jour stationnaire malgré un traitement efficace. Le déconditionnement social très avancé et durable, plus de 15 ans, a fait le lit d'un état dépressif récurrent sévère, d'une phobie sociale, agoraphobie et trouble anxieux. L'amélioration de la symptomatologie psychiatrique du patient requiert du temps, considérer que ce patient soit capable de travailler tout en insinuant qu'il s'agit d'un manipulateur, frise le ridicule. Le considérer comme homme de ménage au foyer n'a pas de sens au vu de son état de santé actuel. Cette attitude traduit un déni de la réalité et risque d'aggraver le tableau psychiatrique du patient. En conséquence de quoi je considère que l'assuré est à ce jour en totale incapacité de travail". L'assuré conteste ainsi la valeur probante de l'expertise psychiatrique, et de l'enquête économique sur le ménage, ainsi que le statut de personne non active retenu. Il conclut, préalablement, au renvoi du dossier à l'OAI pour instruction complémentaire sous forme d'une expertise rhumatologique et d'une nouvelle expertise psychiatrique indépendantes, et, principalement, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} octobre 2010. Dans sa réponse du 21 mai 2012, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il se fonde notamment sur l'avis du médecin du SMR daté du 4 mai 2012, selon lequel les documents apportés dans le cadre du recours ne sont pas de nature à modifier les conclusions du SMR du 1^{er} décembre 2011. Le 18 juin 2012, l'assuré a intégralement persisté dans les conclusions de son recours. Dans sa duplique du 16 juillet 2012, l'OAI a également maintenu sa position. Sur ce, la cause a été gardée à juger. **EN DROIT** 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 1^{er} 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. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, devant l'autorité compétente, le recours est en conséquence recevable (art. 56 ss LPGA). Le litige porte sur le droit de l'assuré à une rente d'invalidité. 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 raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré 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 un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou

partielle présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). 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. Parmi les atteintes à la santé psychique pouvant provoquer une invalidité, on doit mentionner – à part les maladies mentales proprement dites – les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies, étant précisé que l'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. Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son infirmité mentale, exercer une activité que le marché du travail lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Le point déterminant est ici de savoir quelle activité peut raisonnablement être exigée dans son cas. 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 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine). 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). 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). Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2, 105 V 158 consid. 1). 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), étant rappelé que l'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage est un principe général du droit des assurances sociales (ATF 129 V 463 consid. 4.2, 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 et les arrêts cités). Dès lors, le juge ne peut pas se fonder simplement sur le travail que l'assuré a fourni ou s'estime lui-même capable de fournir depuis le début de son incapacité de travail, ceci pour éviter que le recourant soit tenté d'influencer à son profit, le degré de son invalidité (ATF 106 V 86 consid. 2 p. 87). Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un diagnostic médical pertinent soit posé par un spécialiste et que soit mise en évidence une diminution importante de la capacité de travail (et de gain; ATF 127 V 299). Ainsi, 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. L'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office AI, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'AI (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises

médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b; Stéphane BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). Lors de l'évaluation de l'invalidité, 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 in fine). 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 LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 352 ss consid. 3). 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) Quant aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs, le juge peut leur accorder pleine valeur probante 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 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee). En l'espèce, il a été admis que l'assuré ne pouvait plus exercer son ancien métier de mécanicien. Le médecin traitant a indiqué qu'en revanche, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, soit : pas de port de charge supérieure à 15 kilos, pas de position assise/debout prolongée, pas de porte-à-faux, pas de mouvements des bras au-dessus de la tête, la capacité devrait être de 100 %. Il y a ainsi lieu de retenir ses conclusions, sur le plan somatique sans qu'il soit nécessaire de procéder à des investigations complémentaires. Le Dr N_____ a relevé que l'assuré souffrait certes d'un "important et long déconditionnement physique, mental et social", mais que la capacité de travail restait entière sur le plan psychiatrique. Il a en effet considéré que les légers troubles

psychiatriques, soit des troubles anxieux et dépressifs mixtes d'intensité légère, plus particulièrement, n'avaient pas d'influence sur la capacité de travail. Il y a lieu d'examiner si les observations du médecin traitant permettent de s'écarter des conclusions du Dr N_____. Le Dr L_____ a indiqué le 29 juin 2010 que son patient souffrait depuis 1995 d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, d'une agoraphobie, de phobie sociale et d'un trouble anxieux et de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, actuellement abstinent, rémission complète depuis six mois, et a évalué l'incapacité de travail à 100% depuis 1995. Le 7 octobre 2010, il a confirmé l'incapacité entière de travail, tout en précisant qu'une reprise de travail pourrait peut-être être envisagée, "mais vraiment pas pour l'instant". Le 20 avril 2012, il a indiqué qu' "une évaluation de son profil psychopathologique sur une durée suffisante permet de confirmer les diagnostics de dépression récurrente sévère, de phobie sociale, d'agoraphobie et de troubles anxieux". Il y a lieu de relever que le Dr N_____ ne dit rien quant à l'agoraphobie diagnostiquée par la Dresse O_____. Il n'explique pas pour quel motif lui ne retient pas un trouble dépressif récurrent sévère. Il se contente de souligner qu' "un certain nombre de manifestations sont attribuables au processus de déconditionnement personnel et social très avancé". Il considère que la dépression, d'une part, et le trouble anxieux, d'autre part, ne sont pas traités et rappelle ainsi qu'il existe ici une large marge thérapeutique si l'assuré le souhaite. Il s'agit dès lors pour lui d'un problème de volonté de la part de l'assuré. Il voit une confirmation de ses impressions dans le non compliance médicamenteuse de l'assuré. Or, la Dresse O_____ a expliqué que tel n'était pas le cas. On ne saurait dès lors considérer que les problèmes litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée et que les conclusions soient bien motivées et convaincantes. Partant le rapport du Dr N_____ ne peut se voir reconnaître pleine valeur probante. Il se justifie dès lors de renvoyer la cause à l'OAI pour instruction complémentaire sur l'aspect psychiatrique, sous forme d'une nouvelle expertise. Reste à déterminer le degré d'invalidité du recourant a) Tant lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci (art. 17 LPG), il faut préalablement examiner sous l'angle des art. 4 et 5 LAI quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer (art. 28a LAI, en corrélation avec les art. 27 ss RAI). Le choix de l'une des trois méthodes reconnues (méthode générale de comparaison des revenus) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente: assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré non actif, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel. On décidera que l'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Pour les assurés travaillant dans le ménage, il convient d'examiner si l'assuré, étant valide, aurait consacré l'essentiel de son activité à son ménage ou à une occupation lucrative après son mariage, cela à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle. Ainsi, pour déterminer, voire circonscrire le champ d'activité probable de l'assuré, s'il était demeuré valide, on tiendra compte d'éléments tels que la situation financière, de son âge, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels. Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de la reprise d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de vraisemblance prépondérante (ATF 130 V 393 consid. 3.3 p. 396; 125 V 146 consid. 2c p. 150; 117 V 194 consid. 3b p. 195 et les références). b) En l'espèce, pour déterminer le statut de l'assuré, l'OAI s'est fondé sur le fait

que celui-ci n'avait jamais effectué de recherches d'emploi depuis la fin de son activité professionnelle, ce qui permettait d'en conclure qu'il ne travaillerait vraisemblablement pas s'il n'était pas atteint dans sa santé. L'OAI a également tenu compte du fait qu'il vivait avec la demi-rente d'invalidité dont était bénéficiaire son épouse et les prestations complémentaires. Il a ainsi considéré l'assuré comme une personne non active. c) Le recourant conteste ce statut de non actif, rappelant que s'il a cessé de travailler, c'est en raison de ses problèmes de dos combinés avec le début d'un trouble dépressif et d'une consommation excessive d'alcool. d) Il y a lieu de rappeler que l'assuré avait ouvert un garage de mécanique automobiles en 1981, dans lequel il a travaillé jusqu'en 1993, étant précisé que son entreprise a fait faillite en 1996. Le Dr N_____ a ajouté à la problématique des maux dorsaux le fait qu'à un moment donné, l'assuré s'était distancé des règles de la société, dans le cadre d'une "sorte de révolte / opposition contre les règles administratives, financières et de société, en général", accompagné d'une consommation d'alcool régulière et intensive. Par la suite, l'assuré a tenté à nouveau de reprendre une activité professionnelle qui a finalement échoué, la société avec laquelle il avait conclu un contrat de services de voitures ayant à son tour fait faillite. Le Dr N_____ relève que l'assuré, à ce moment-là, "se disait définitivement dégoûté et obligé de vivre avec les revenus de sa femme". L'expert a encore relevé une dernière trace d'activité, vraisemblablement un travail au noir, dans le cadre duquel il a chuté d'un échafaudage en 2005. Le Dr N_____ relève ainsi donc que c'est depuis très longtemps que l'assuré est dans une situation marginale (dépression, alcoolisme et maladie auto-immune). Le Dr L_____ a quant à lui indiqué, le 29 juin 2010, que son patient souffrait depuis 1995 d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, d'une agoraphobie, de phobie sociale, d'un trouble anxieux et de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, actuellement abstinent, rémission complète depuis six mois. Il évaluait l'incapacité de travail à 100% depuis 1995. L'assuré a déclaré à l'enquêtrice le 18 janvier 2012 qu'il travaillerait à plein temps sans atteinte à la santé, ce que l'enquêtrice a rapporté dans sa note de travail. Dans la même note de travail, l'enquêtrice conclut que "sans atteinte à la santé, l'assuré aurait continué à vivre avec la rente de son épouse et les prestations complémentaires". Cette conclusion, contredisant expressément la déclaration de l'assuré, n'est pas motivée. On ne sait pas ce qui a conduit l'enquêtrice à la formuler. Il est vrai que l'assuré admet n'avoir jamais effectué de recherches d'emploi depuis 1993. Cela ne suffit cependant pas pour conclure à un statut de ménager sans autre. L'enquêtrice a par ailleurs noté qu'il avait rempli un «questionnaire statut» avec difficulté, ayant de la peine à comprendre les questions et la nécessité d'y répondre. Aux termes de l'art. 8 al. 3 LPGA, "les assurés majeurs qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique 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. L'art. 7, al. 2, est applicable par analogie". L'intimé a considéré l'assuré comme un « ménager », au motif qu'il n'avait plus travaillé depuis 1993, époque à laquelle il n'avait pas encore subi d'atteinte à la santé invalidante. Il appert toutefois du dossier qu'il a connu des problèmes de socialisation ("distanciation des règles de la société") accompagnés d'une dépendance à l'alcool, qui n'auraient pu être reconnus incapacitants du point de vue de l'assurance-invalidité, mais qui sans doute ont provoqué sa marginalisation et ne lui ont plus permis de reprendre une activité lucrative (ATAS/1264/2012). Par conséquent, la Cour de céans est d'avis que le recourant doit être considéré comme une personne active, de sorte qu'il convient, pour l'évaluation de son degré d'invalidité, de procéder à la

comparaison des revenus. Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et ATF 128 V 174). En l'occurrence, le moment déterminant pour l'ouverture éventuel du droit à la rente est septembre 2006. En l'absence de données spécifiques émanant d'un ancien employeur et d'un revenu effectivement réalisé par le recourant, il convient de se référer aux données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), publiée par l'Office fédéral de la statistique, aussi bien pour le revenu sans invalidité que pour le revenu d'invalidé (voir notamment ATF I 168/05). Il y a lieu à cet égard de se rapporter à la valeur médiane ou valeur centrale afférente aux salaires bruts standardisés (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb p. 323 s.). En 2006, le gain déterminant pour un homme exerçant des activités simples et répétitives est de 4'732 fr. par mois pour 40 heures de travail par semaine (ESS 2006, tableau 1, niveau 4). Ajusté à une durée hebdomadaire usuelle de travail de 41,7 heures dans les entreprises cette même année (La vie économique, 7-8/2012, p. 90, tableau B 10.3), ledit gain s'élève à 4'933 fr. par mois, soit 59'197 fr. par année. Rapporté à la capacité résiduelle de travail de 50 % du recourant, ce revenu se monte à 29'598 fr. 50, sur lequel il convient encore de procéder à un abattement. Selon la jurisprudence, la mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative. La déduction, qui doit être effectuée globalement, résulte d'une évaluation et doit être brièvement motivée par l'administration. Le juge des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc p. 79 sv. et 6 p. 81). En l'espèce, l'OAI n'a pas procédé à la comparaison des revenus, puisque, considérant que le statut de non actif était applicable, il s'est uniquement fondé sur le rapport établi dans le cadre de l'enquête économique sur le ménage. Il se justifie dès lors de lui renvoyer la cause, afin qu'il établisse, d'une part, le salaire sans invalidité et, d'autre part, le salaire avec invalidité, soit le salaire qu'il pourrait réaliser dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Cela fait, il déterminera le degré d'invalidité et rendra une nouvelle décision sujette à recours. Au vu de ce qui précède, le recours doit être partiellement admis. **PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES** : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : L'admet partiellement. Annule la décision du 7 mars 2012. Renvoie la cause à l'intimé au sens des considérants et pour nouvelle décision. Condamne l'intimé à verser au recourant la somme de 1'200 fr., à titre de participation à ses frais et dépens. Met un émolument de 200 fr. à la charge de l'intimé. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant,

invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. 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.