

## **GE\_GERICHTE A/1480/2013 vom 23. Dezember 2014**

GE Cour de justice, 2014-12-23, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_1480\\_2013](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1480_2013)

FR: GE\_GERICHTE A/1480/2013 du 23 décembre 2014

IT: GE\_GERICHTE A/1480/2013 del 23 dicembre 2014

### **Erwägungen**

#### **E. 3**

ème Chambre En la cause Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié au Grand-Lancy, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Marie-Paule HONEGGER recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, rue des Gares 12, Genève intimé EN FAIT 1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), originaire du Kosovo, né en \_\_\_\_\_ 1963, est arrivé en Suisse en 1995. Sans emploi, il était au bénéfice des prestations de l'assurance-chômage lorsqu'en date du 3 février 2006, il est tombé d'une chaise. Une radiographie effectuée le jour même a mis en évidence une tuméfaction du tendon quadricépal, ainsi qu'une suspicion d'épanchement intra-articulaire. 2. Le 10 mars 2006, le Dr B\_\_\_\_\_, médecin traitant de l'assuré, a évoqué une suspicion de lésion post-traumatique du ménisque interne du genou droit. 3. Les suites de cet accident ont été prises en charge par la CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (Schweizerische Unfallversicherungs-anstalt ; ci-après : la SUVA). 4. Une imagerie par résonance magnétique (IRM) du genou droit effectuée le 20 mars 2006 a mis en évidence une lame de liquide intra-articulaire, une chondropathie rotulienne sans érosion osseuse associée, une déchirure de grade III de la corne postérieure du ménisque interne, le développement d'un kyste synovial dans la partie antérieure et paramédiane interne du genou, une tendinopathie rotulienne et une discrète bursite pré-rotulienne, une rotule en position légèrement haute et un discret signe d'arthrose fémoro-patellaire, un discret pincement du compartiment interne du genou et des lésions ostéocondrales superficielles des surfaces condyliennes postérieure. 5. Le Dr B\_\_\_\_\_, en avril et juin 2006, a conclu à une déchirure de grade III de la corne postérieure du ménisque interne droit et indiqué que l'assuré était dans l'attente d'une arthroscopie. 6. Le 8 décembre 2006, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité de Genève (OAI). 7. Par courrier du 13 février 2007, le docteur C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, a expliqué que l'assuré présentait une déchirure au niveau du ménisque interne, désormais indolore et asymptomatique ; les douleurs se manifestaient essentiellement au niveau fémoro-patellaire et sur le compartiment externe du genou, raison pour laquelle il avait été renoncé à une prise en charge opératoire. L'assuré devait poursuivre la physiothérapie et une reprise à 100% d'une activité adaptée, sans port de charges ni travaux physiquement lourds, pouvait être envisagée dès le 1<sup>er</sup> février 2007. 8. Le 1<sup>er</sup> mars 2007, le docteur D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement auprès de la SUVA, a examiné l'assuré. Il a conclu à une symptomatologie douloureuse mal expliquée, associée à un élément de difficulté d'extension du genou droit. Un kyste ténosynovial assez important, placé en position antérieure, a été constaté, probablement accessible à une ponction sous échographie. Compte tenu de la longueur de l'évolution, le

Dr D\_\_\_\_\_ a considéré qu'il était préférable de tenter une reprise du travail avant de se poser la question de la réévaluation de l'importance clinique du kyste ténosynovial.![endif]>![if> 9. La reprise du travail a finalement eu lieu le 14 mai 2007.![endif]>![if> 10. Le Dr C\_\_\_\_\_, en date du 12 juillet 2007, a attesté d'une nouvelle incapacité de travail depuis le 4 juin 2007 : l'assuré avait tenté de reprendre une activité en tant qu'aide poseur de parquet ; son genou avait lâché le 4 juin 2007, alors qu'il montait des escaliers avec une charge ; ce lâchage avait également déclenché de vives douleurs au niveau lombaire. Le Dr C\_\_\_\_\_ avait observé un genou droit douloureux, légèrement tuméfié, en flexum, avec une extension limitée et douloureuse, une stabilité malgré tout conservée, une contracture musculaire paravertébrale de la région lombaire, un Lasègue à 40° des deux côtés, avec des changements de positions rendus difficiles. Le traitement médicamenteux avait un effet lentement favorable au niveau lombaire. Par contre, la situation restait inchangée au niveau du genou, avec une boiterie bien marquée, raison pour laquelle l'assuré avait été adressé au Dr E\_\_\_\_\_, pour investigation du kyste synovial déjà décrit en 2006.![endif]>![if> 11. Le 28 août 2007, une arthroscopie a été réalisée par le Dr E\_\_\_\_\_ : la déchirure de la corne postérieure du ménisque interne ainsi qu'un kyste antérieur dans le Hoffa, au pied du croisé, ont été réséqués.![endif]>![if> 12. Dans un rapport daté du 5 octobre 2007, le Dr E\_\_\_\_\_ a indiqué que, suite à l'arthroscopie, l'état de l'assuré s'était amélioré mais qu'une composante psychique avec état dépressif avait été mise en évidence.![endif]>![if> 13. Le 12 novembre 2007, le Dr F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a retenu le diagnostic de trouble dépressif récurrent, sans précision (F33.4), présent depuis 2003, suite à une séparation et à un divorce. Le traitement consistait en antidépresseurs et anxiolytiques. L'assuré était sous la pression d'une procédure de renvoi et une amélioration de son état de santé semblait illusoire.![endif]>![if> 14. Le 15 février 2008, le Dr D\_\_\_\_\_ a procédé à un nouvel examen de l'assuré, lequel continuait à se plaindre de douleurs au genou droit. Le médecin a émis l'avis qu'il n'était pas exclu que d'autres problèmes médicaux et la situation psychosociale de l'assuré jouent rôle important.![endif]>![if> 15. Le 12 novembre 2007, le Dr C\_\_\_\_\_ a fait état de douleurs invalidantes persistantes et de lombalgies récurrentes tout en précisant qu'un travail adapté, sans port de charges, tel qu'une activité de surveillance, était envisageable. ![endif]>![if> 16. Mandatée par l'OAI, la doctoresse G\_\_\_\_\_, psychiatre au sein du service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), a procédé à une expertise. Dans son rapport du 18 février 2008, elle a estimé que si l'assuré avait développé une symptomatologie anxio-dépressive réactionnelle, dans un contexte de divorce, de douleurs chroniques et d'un risque de renvoi dans son pays, cet état était désormais en complète rémission : les très légers troubles de la mémoire objectivés pendant l'entretien n'avaient pas de répercussions sur la capacité de travail. Le médecin du SMR a néanmoins retenu le diagnostic de difficulté d'adaptation à une nouvelle étape de la vie (Z80.0), dont il a précisé qu'il était sans effet sur la capacité de travail.![endif]>![if> 17. Une IRM du genou droit, effectuée le 3 mars 2008, n'a pas mis en évidence de complication liée à l'arthroscopie mais a permis d'observer une discrète gonarthrose fémoro-tibiale ainsi qu'un hypersignal horizontal quasi oblique au niveau du segment moyen du ménisque interne conduisant au diagnostic différentiel de redéchirure vraie ou de zone cicatricielle. ![endif]>![if> 18. Dans un rapport du 21 mai 2008, le Dr C\_\_\_\_\_ a ajouté aux diagnostics déjà posés de lombalgies chroniques et d'entorse au genou droit avec déchirure de grade III de la corne postérieure du ménisque ceux d'hyperparathyroïdie primaire, de status post lithiase rénale à répétition avec lithotritie par ondes de choc extracorporelles en

2006 et 2007 et d'épisode dépressif réactionnel depuis fin 2007, en précisant toutefois que ces diagnostics n'avaient pas de répercussion sur la capacité de travail de son patient. Selon le médecin, l'assuré était totalement incapable de travailler comme aide poseur de parquet ou assistant de nettoyage, activités impliquant de s'agenouiller, de monter et descendre des escaliers, de marcher et porter des charges. Des mesures médicales pourraient cependant améliorer la capacité de travail et permettre la reprise d'une activité légère, à 50% dans un premier temps, à condition de permettre à l'assuré d'alterner les positions et de limiter les déplacements (surveillance de bâtiments, par exemple).!endif]>!if> 19. Le Dr D\_\_\_\_\_ a procédé à un nouvel examen le 13 août 2008. Il a constaté que si la symptomatologie avait perduré malgré l'arthroscopie réalisée en 2007, le déficit d'extension avait disparu. Cela étant, d'autres problèmes - médicaux et psycho-sociaux - jouaient un rôle-clé. Le médecin a préconisé un séjour à la clinique romande de réadaptation (CRR).!endif]>!if> 20. L'assuré a séjourné à la CRR du 13 janvier au 3 février 2009. !endif]>!if> Y ont été retenus les diagnostics suivants : gonalgie droite chronique, arthroscopie du genou droit le 28 août 2007 avec résection de la corne postérieure du ménisque interne et résection d'un kyste synovial du Hoffa et chondropathie de grade I à II de la rotule. A titre de comorbidités, les médecins ont mentionné : des lombalgies chroniques, un trouble dépressif récurrent, en rémission sous traitement, une lithiase rénale à répétition, une parathyroïdectomie le 22 octobre 2008 et une appendicectomie dans l'enfance. La doctoresse H\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a conclu à un trouble dépressif récurrent, en rémission sous traitement (F 33.4). Sur le plan orthopédique, le docteur I\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine physique et réhabilitation et en chirurgie orthopédique, et le docteur J\_\_\_\_\_, médecin-assistant, ont relevé une collaboration moyenne et se sont dit frappés par l'importance de la discordance entre l'examen clinique et les douleurs alléguées. En définitive, les médecins de la CRR ont estimé qu'il n'y avait pas d'élément justifiant une incapacité de travail. Cependant, l'absence de qualification, le fonctionnement projectif de l'assuré, le contexte psycho-social complexe et la non-réceptivité aux messages de réassurance constituaient des facteurs de mauvais pronostic pour la reprise d'une activité. En conclusion, les médecins de la CRR ont considéré l'assuré apte à exercer à plein temps sa profession d'ouvrier non qualifié et ce, dès le 9 février 2009. 21. Par décision du 4 février 2009, confirmée sur opposition le 11 septembre 2009, la SUVA a reconnu une pleine capacité de travail dès le 1 er mars 2009.!endif]>!if> 22. Le 14 décembre 2009, la doctoresse K\_\_\_\_\_, médecin auprès du SMR, s'est ralliée à la position de la SUVA.!endif]>!if> 23. Le 14 décembre 2009, la doctoresse L\_\_\_\_\_, médecin cheffe de clinique auprès du service de psychiatrie adulte, secteur 2 – Jonction, du département de psychiatrie des HUG, a attesté suivre l'assuré depuis le 4 septembre 2009 en raison d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques et d'un syndrome douloureux somatoforme chronique. Depuis le début du suivi, la capacité de travail de l'assuré était nulle.!endif]>!if> 24. Par courrier du 22 décembre 2009, la doctoresse M\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a indiqué avoir suivi l'assuré entre juillet 2008 et juillet 2009 en raison d'un trouble dépressif d'intensité moyenne à sévère, accompagné d'une importante irritabilité. Elle a attesté d'une totale incapacité de travail depuis le début du suivi. !endif]>!if> 25. Le 15 janvier 2010, le Dr C\_\_\_\_\_ a attesté à son tour d'une totale incapacité de travail.!endif]>!if> 26. Le 22 février 2010, le docteur N\_\_\_\_\_, médecin auprès du SMR, a fait la distinction entre les deux périodes suivantes : !endif]>!if> 1) entre le 3 février et le 27 août 2007, l'assuré avait souffert d'une déchirure

du ménisque interne droit non opérée ; faute d'appréciation conclusive des médecins de la SUVA, il convenait de se référer à l'appréciation du Dr C\_\_\_\_\_ du 13 février 2007, selon laquelle l'assuré avait été totalement incapable d'exercer son activité habituelle du 3 février 2006 au 31 janvier 2007 puis, dès le 1er février 2007, capable d'exercer à 100% une activité adaptée ; une aggravation avait conduit à un arrêt de travail dès le 4 janvier 2007 ; 2) suite à l'arthroscopie, l'assuré avait recouvré, en l'absence de complications organiques postopératoires, une pleine capacité de travail dans son activité habituelle et ce, dès le 4 mars 2008. Sur le plan psychique, le Dr N\_\_\_\_\_ a rappelé que les examens pratiqués au SMR le 31 janvier 2008 et à la CRR le 22 janvier 2009 n'avaient permis de mettre en évidence ni atteinte psychiatrique incapacitante ni limitation fonctionnelle. Cela étant, compte tenu de l'aggravation de l'état psychique mentionnée par la Dresse L\_\_\_\_\_, dans son rapport daté du 14 décembre 2009, il convenait de solliciter un rapport complémentaire de ce médecin. 27. Dans un rapport du 21 juin 2010, la Dresse L\_\_\_\_\_ a conclu à un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F 33.11) présent depuis 2006-2007, à une gonalgie chronique et à des difficultés liées à l'environnement social (Z 60.8) depuis 2000. Elle a également mentionné les diagnostics de personnalité émotionnellement labile, type impulsive (F 60.30) et d'apnées du sommeil depuis 2009, tout en précisant qu'ils étaient sans effet sur la capacité de travail.![endif]>![if> Selon elle, l'assuré était totalement incapable de travailler depuis le 4 septembre 2009 en raison des limitations physiques et psychiques suivantes : multiples plaintes somatiques, douleurs physiques au genou et au dos, symptomatologie d'asthénie, d'anxiété et de somnolence diurne. L'activité professionnelle exercée précédemment n'était plus exigible et le rendement réduit de 50 à 60% en raison de l'abaissement de l'humeur, de l'attitude morose et pessimiste face à l'avenir. 28. Le 10 novembre 2010, les HUG ont transmis au Dr N\_\_\_\_\_ les résultats des investigations du laboratoire du sommeil, confirmant un syndrome d'apnée et d'hypopnée obstructif du sommeil sévère (index AHI 55,8/h). L'enregistrement polysomnographique avait également mis en évidence la présence de mouvements périodiques des membres inférieurs (index PLM 34,5/h), une importante partie de ces mouvements étant toutefois clairement associée à la problématique respiratoire.![endif]>![if> 29. Dans un rapport intermédiaire du 19 avril 2011, le Dr C\_\_\_\_\_ a expliqué que l'état de santé de l'assuré s'était aggravé depuis environ un an, avec une dégradation marquée des troubles dépressifs réactionnels. L'évolution n'était pas particulièrement favorable avec la persistance de troubles somatoformes connus, tels que lombalgies chroniques et douleurs au genou droit. Seule une activité professionnelle à 50% au maximum, dans un poste de surveillance avec peu de déplacements, était envisageable. ![endif]>![if> 30. Dans son rapport intermédiaire du 30 mai 2011, la Dresse L\_\_\_\_\_, après avoir fait état de deux aggravations, consécutives à l'instabilité du statut social de l'assuré en Suisse et à la perte de son appartement, en décembre 2010. L'assuré s'était alors montré en perte de projet, désireux de mourir, de faire disparaître ses enfants et d'abandonner toute responsabilité. Ces états de dépression sévère étaient le reflet de l'incapacité de l'assuré à faire face. Le retour d'une certaine stabilité dans sa vie (présence de ses frères et sœurs, reprise d'un appartement avec ses enfants), associé au changement des traitements avait permis une amélioration de l'humeur et une activation dans l'investissement du quotidien. Cela étant, la présence chronique de la symptomatologie dépressive, les difficultés dans l'adaptation, dans l'affirmation de ses compétences, les plaintes d'asthénie et les troubles du sommeil avaient pour conséquence que l'incapacité de travail était nulle. Le pronostic actuel et à moyen terme était médiocre, l'assuré devant

encore bénéficier d'un suivi soutenant, structurant, de sorte que la reprise d'une activité professionnelle restait inenvisageable.![endif]>![if> 31. Mandatés par l'OAI, la doctoresse O\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne, et le Dr P\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, médecins auprès du bureau romand d'expertises médicales (BREM), ont procédé à un examen bidisciplinaire et rendu leur rapport en date du 8 février 2012.![endif]>![if> L'examen clinique rhumatologique a montré un assuré en bon état général, avec un déconditionnement surtout axial lié à sa sédentarité, ayant récupéré une trophicité musculaire quadricipitale droite normale, avec un genou sec, stable. Aucune arthrose congestive évolutive n'avait été mise en évidence, l'assuré ayant récupéré une excellente trophicité du quadriceps, ce qui témoignait d'un bon pronostic sur le genou opéré six ans auparavant. En conclusion, sur le plan rhumatologique, aucun élément médical ne venait contredire l'appréciation des médecins de Sion quant à la capacité de travail. Les médecins du BREM ont confirmé une pleine exigibilité dans toute activité de ce point de vue. Sur le plan psychique, ils ont relevé des symptômes subjectifs (baisse de l'énergie, fatigue, baisse de l'intérêt et du plaisir et baisse de l'humeur) compatibles avec le diagnostic d'épisode dépressif au sens de la CIM-10. Le syndrome somatique de la dépression était également présent au vu des éléments subjectifs (perte de libido, de l'appétit, aggravation matinale de la dépression, perte de l'intérêt et du plaisir). Les médecins du BREM ont expliqué ne pouvoir cependant retenir le diagnostic d'épisode dépressif sévère vu l'absence de toute altération de l'état général, de perte de poids, de culpabilité irrationnelle et de ralentissement sévère (quand bien même il existait un certain degré de ralentissement moteur et idéique, celui-ci pouvait être qualifié de discret étant donné qu'il fluctuait au cours de l'examen) et la réactivité de l'humeur aux stimuli. En conséquence, les médecins du BREM ont conclu à un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique. Ni l'anamnèse ni les données du dossier ne permettaient d'établir l'existence de rémissions depuis le début de l'affection, en 2007, de sorte que le diagnostic de trouble dépressif récurrent était écarté. A cela s'ajoutait une composante anxieuse (irritabilité, rituels du lavage, soucis) laquelle n'était cependant pas suffisamment spécifique ou sévère pour justifier un diagnostic autonome de trouble anxieux. Quant au diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant, il était également écarté en raison de la présence concomitante du trouble dépressif, quand bien même l'assuré mentionnait des douleurs sans substrat organique. Enfin, le diagnostic de trouble de la personnalité constituait une hypothèse possible mais non vraisemblable en l'état du dossier, dans la mesure où il était difficile de faire la distinction entre ce qui relevait de la vie tourmentée de l'assuré, des circonstances sociales et politiques, de son tempérament et d'un éventuel trouble de la personnalité. En définitive, les médecins du BREM ont retenu le diagnostic d'épisode dépressif moyen, avec syndrome somatique (F 32.11). S'ils ont également mentionné ceux d'obésité (E 66.9), de syndrome d'apnées du sommeil (G 47.3), de status post contusion du genou en 2006-2007 après méniscectomie postérieure interne et résection d'un kyste synovial en août 2008 (M 25.56, M 25.56, Z 98.8 et Z 96.86), de lombalgie commune dans le contexte de discrets troubles dégénératifs, de séquelles d'ostéodystrophie de croissance et d'une anomalie de transition lombo-sacrée (M 54.5), de status post-lithotrities extracorporelles pour lithiases rénales en 2006-2007 et de status après ablation chirurgicale d'un adénome parathyroïdien en 2008, ils ont précisé qu'ils étaient sans effet sur la capacité de travail. Les experts ont estimé que l'épisode dépressif moyen était susceptible d'entraîner quelques limitations fonctionnelles modérées (diminution de l'énergie disponible, baisse de la motivation et de l'engagement, troubles cognitifs sous

forme d'une baisse de l'attention) ne dépassant pas 30%. Selon eux, l'appréciation de la Dresse L\_\_\_\_\_ se fondait surtout sur les limitations subjectives, sur les facteurs sociaux et les douleurs. Il en allait de même de celles des Drs F\_\_\_\_\_ et Q\_\_\_\_\_. Depuis le séjour à la CRR, il était établi qu'il n'y avait aucune pathologie somatique invalidante. Le problème social (risque d'expulsion de Suisse) était un facteur de stress et, en tant que tel, ne pouvait être considéré comme durablement aggravant de la dépression. Les aggravations passagères de la dépression mentionnées par la Dresse L\_\_\_\_\_ étaient clairement des troubles réactionnels de l'adaptation à divers facteurs de stress momentanés, de sorte qu'ils ne pouvaient interférer durablement avec la capacité de travail. Si la dépression avait été en rémission, comme cela avait été relevé par les Dresses G\_\_\_\_\_ et H\_\_\_\_\_, en janvier 2008 et janvier 2009, cette rémission n'avait probablement pas duré. Depuis plusieurs années, l'expertisé était engagé sur la voie de l'invalidation, dont il pouvait sortir à condition de mettre toutes ses ressources au service d'un retour dans le monde actif, ce qu'il avait semblé sincèrement souhaiter lors de l'examen. En conclusion, les experts ont considéré que l'assuré apte à exercer à 70% toute activité adaptée à ses compétences, avec une réserve, sur le plan physique, pour le travail en hauteur ou avec des machines dangereuses. 32. Le 20 mars 2013, l'OAI a rendu une décision reconnaissant à l'assuré le droit à une rente entière du 3 février 2007 au 30 avril 2009. 33. Le 7 mai 2013, l'assuré a saisi la Cour de céans d'un recours en expliquant ne contester « ni le dispositif de la décision litigieuse ni le mode de calcul de la rente » mais la motivation de la décision et en concluant, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision du 20 mars 2012 et à l'octroi d'une rente entière dès le 1<sup>er</sup> mai 2009, subsidiairement à celui d'une mesure de réinsertion. En substance, le recourant reproche à l'OAI d'avoir admis, sans motivation, le degré d'incapacité de travail de 30% mentionné par les médecins du BREM sans examiner la possibilité de favoriser sa réinsertion professionnelle. Il produit notamment un rapport de la Dresse R\_\_\_\_\_, médecin interne auprès du service de psychiatrie générale des HUG, secteur 2 – Jonction, daté du 26 avril 2013, attestant qu'il est très régulièrement suivi depuis le 4 septembre 2009. La Dresse R\_\_\_\_\_ précise que l'appareillage de l'assuré ne le soulage que partiellement, que son sommeil reste encore très perturbé, que seule l'introduction du Cipralex, en août 2012, a permis une légère amélioration et que l'invalidité reste de 100%. 34. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 5 juin 2013, a conclu au rejet du recours. Il soutient que le rapport de la Dresse R\_\_\_\_\_ du 26 avril 2013 n'apporte aucun élément nouveau qui aurait été ignoré par les médecins du BREM, dont les conclusions rejoignent celles du SMR et celles de la CRR. Quant à la mise en place d'une mesure de réinsertion, l'intimé relève, d'une part, que le recourant dispose d'une pleine capacité de travail, moyennant une diminution de rendement de 30% et, d'autre part, qu'il ne remplit pas les conditions pour se voir mettre au bénéfice d'une mesure de réinsertion. 35. Par écriture du 12 juillet 2013, le recourant a relevé que les médecins du BREM ne l'avaient examiné qu'une journée, le 5 décembre 2011, et qu'ils avaient rendu leur rapport deux mois plus tard, évaluant son incapacité de travail pour motifs psychiques à 30% dès le mois de novembre 2007, évaluation contraire à celle de ses médecins traitants. 36. Le 13 février 2014 s'est tenue une audience d'enquêtes au cours de laquelle le Dr C\_\_\_\_\_ a été entendu. Après avoir résumé l'évolution de l'état de santé du recourant jusqu'en 2007, ce médecin a déploré le fait que ni l'OAI ni le chômage n'aient soutenu le recourant dans ses recherches d'emploi. N'ayant pu retrouver de poste, l'assuré s'est installé dans la dépression en 2008-2009. Désormais, il est épuisé, très sombre, aigri et n'a plus d'attentes. Son état s'est

dégradé fortement : il est désormais « cassé », persuadé que sa vie est terminée. Comme son irritabilité est très augmentée, le médecin lui a prescrit un traitement assez lourd, ayant pour conséquence de « l'assommer ». Selon le Dr C\_\_\_\_\_, l'assuré aura de très grandes difficultés à se réinsérer. Sur le plan strictement somatique, la situation est stationnaire : une activité épargnant les genoux et le dos est envisageable (surveillance ou conciergerie légère). Cependant, en raison des troubles psychiques, l'incapacité est totale. Selon le témoin, l'expertise du BREM, si elle rejoint ses conclusions sur le plan somatique, ne tient pas suffisamment compte des problèmes psychiques du recourant et de sa situation personnelle. 37. Entendue le 13 mars 2014, la Dresse R\_\_\_\_\_, a confirmé le diagnostic d'épisode dépressif moyen (à sévère parfois). Le témoin a expliqué que l'assuré, malgré une compliance totale, une collaboration importante, un suivi infirmier une fois par semaine et l'hôpital de jour, a beaucoup de mal à se mobiliser ; il ne peut par exemple fréquenter l'hôpital de jour qu'une fois par semaine (manque concentration, intolérance au bruit, incapacité à rester assis plus d'un quart d'heure). A cela s'ajoute une très grande irritabilité, le recourant se livrant parfois à des altercations dans la rue et arrivant à la consultation dans des états difficiles à gérer. Il ne supporte que difficilement les transports publics. Le témoin en tire la conclusion que l'incapacité de travail est totale. Le médecin se dit choqué par les conclusions du BREM en termes de capacité de travail et rappelle que son patient souffre de troubles importants du sommeil, d'une part, d'une irritabilité exacerbée qui lui pose de grands problèmes au quotidien, d'autre part : il ne peut participer à un groupe durant trois quarts d'heure, si bien qu'une réadaptation, même en milieu protégé, semble impossible. Si globalement, les diagnostics retenus par le BREM correspondent aux siens, les médecins ont sous-évalué la gravité de l'état du recourant au quotidien, particulièrement son irritabilité, ses troubles de l'attention, ses troubles cognitifs, etc., étant précisé que le recourant est complètement dépendant de ses enfants qui lui rappelle chacun de ses rendez-vous et gèrent la prise de son traitement. 38. L'intimé s'est prononcé par courrier du 10 avril 2014 et a persisté dans ses conclusions, alléguant que l'irritabilité mentionnée par la Dresse R\_\_\_\_\_ ne constitue pas un diagnostic. 39. Pour sa part, le recourant a fait de même par courrier du 11 avril 2014.

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 - E 2 05) en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3). 3. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4<sup>ème</sup> révision), du 6 octobre 2006 (5<sup>ème</sup> révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2004, respectivement, le 1<sup>er</sup> janvier 2008 et le 1<sup>er</sup> 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 4. Le recours, interjeté en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA) est recevable. En premier lieu, il convient de déterminer l'objet du litige. a.a L'objet du litige dans la procédure administrative subséquente est le rapport juridique qui constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaqué (ATF 131 V 164 consid. 2.1 p. 164; 125 V 413 consid. 1b et 2 p. 414). Dans la procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. En revanche, dans la mesure où aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet, et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 131 V 164 consid. 2.1, 125 V 414 consid. 1A, 119 Ib 36 consid. 1b et les références citées). a.b. Selon l'art. 61 let. b LPGA, l'acte de recours doit contenir un exposé succinct des faits et des motifs invoqués, ainsi que les conclusions; si l'acte n'est pas conforme à ces règles, le tribunal impartit un délai convenable au recourant pour combler les lacunes, en l'avertissant qu'en cas d'inobservation le recours sera écarté. Cette disposition découle du principe de l'interdiction du formalisme excessif et constitue l'expression du principe de la simplicité de la procédure qui gouverne le droit des assurances sociales. C'est pourquoi le juge saisi d'un recours dans ce domaine ne doit pas se montrer trop strict lorsqu'il s'agit d'apprécier la forme et le contenu de l'acte de recours (ATF non publié 8C\_828/2009 du 8 septembre 2010, consid. 6.2). Les conclusions permettent au juge de déterminer comment le recourant souhaite que la décision querellée soit modifiée. Les conclusions n'ont pas à être formulées expressément mais elles peuvent également ressortir de la motivation du recourant. S'agissant de la motivation, celle-ci doit permettre au destinataire du recours de comprendre en quoi l'état de fait retenu ou les conséquences juridiques qui y sont attachées sont erronés (Ueli KIESER, ATSG-Kommentar: Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000, 2 ème éd., Zurich 2009, n. 46-47 ad art. 61). b. En l'espèce, le recourant affirme ne contester ni le mode de calcul de la rente ni le dispositif de la décision litigieuse mais seulement sa motivation. En réalité, il ressort de la lecture de l'ensemble du mémoire de recours que l'assuré requiert que la rente qui lui a été accordée ne soit pas limitée dans le temps et perdure au-delà du 1 er mai 2009. 6. Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2; ATF 125 V 413 consid. 2d et les références; VSI 2001 p. 157 consid. 2). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'article 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; ATF 113 V 273 consid. 1a; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_1006/2010 du 22 mars 2011 consid 2.2). 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 1<sup>er</sup> janvier 2008).

8. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, 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.

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. 28a al. 1 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 (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

9. a. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

b. En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine).

c. 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; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 237/04 du 30 novembre 2004 consid. 4.2).

10. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c 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 351 consid. 3).

c. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

d. 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 n° 15 p. 43), on ne saurait

remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

11. a. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). 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).

b. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, ils doivent mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; ATF non publié I 751/03 du 19 mars 2004, consid. 3.3).

c. Selon la jurisprudence (DTA 2001 p. 169), le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a 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. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni la maxime inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire judiciaire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170 p. 136). À l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (voir RAMA 1986 n° K 665 p. 87). La récente jurisprudence du Tribunal Fédéral prévoyant que la Cour ordonne une expertise au besoin ne saurait en effet permettre à l'assurance de se soustraire à son obligation d'instruire (ATF 137 V 210 ; cf. notamment ATAS/588/2013 du 11 juin 2013 ; ATAS/454/2013 du 2 mai 2013 ; ATAS/139/2013 du 6 février 2013).

12. a. En l'espèce, il y a lieu de relever que le recourant admet que l'affection orthopédique dont il souffre s'est améliorée. En revanche, il conteste toute amélioration de son état psychique.

b. La chambre de céans constate qu'au moment de la décision querrellée, l'intimé disposait de plusieurs rapports des médecins traitants faisant état d'un trouble dépressif récurrent, sans précision, en rémission (rapport du Dr F\_\_\_\_\_ du 12 novembre 2007), d'un épisode dépressif réactionnel depuis fin 2007, sans effet sur la capacité de travail (rapport du Dr C\_\_\_\_\_ du 21 mai 2008), d'un trouble dépressif récurrent, épisode sévère, sans symptômes psychotiques (rapport de la Dresse L\_\_\_\_\_ du 14 décembre 2009), d'un trouble dépressif d'intensité moyenne à sévère

(rapport de la Dresse M\_\_\_\_\_ du 22 décembre 2009) ou encore d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (rapport de la Dresse L\_\_\_\_\_ du 21 juin 2010). Ces rapports doivent être examinés avec circonspection, dès lors qu'ils ne répondent pas aux conditions jurisprudentielles permettant de leur reconnaître pleine valeur probante : s'ils reposent selon toute vraisemblance sur des examens complets, ils ne précisent que peu ou prou les résultats et plaintes du patient ; en outre, à l'exception de ceux de la Dresse L\_\_\_\_\_, les rapports des médecins traitants ne comprennent pas d'anamnèse détaillée ; par ailleurs, leurs conclusions ne sont pas dûment motivées ; ainsi, les médecins n'expliquent pas les motifs pour lesquels ils concluent systématiquement une incapacité totale de travail alors même que l'intensité du trouble psychique varie ; parfois, les conclusions sur la capacité de travail sont contradictoires ; ainsi est-il du rapport du Dr F\_\_\_\_\_ du 12 novembre 2011, dans lequel le médecin diagnostique un trouble dépressif récurrent, sans précision (F 33.4 ; code diagnostique se référant à un épisode en rémission), indique que son patient ne présente aucun symptôme dépressif depuis plusieurs mois, mais conclut à des répercussions sur la capacité de travail et à une amélioration « illusoire » ; il en va de même du rapport de la Dresse L\_\_\_\_\_ du 21 juin 2010, dans lequel le médecin explique que l'activité habituelle du recourant n'est plus exigible mais évoque en même temps une diminution de rendement de 50 à 60%, ce qui laisse supposer que l'activité habituelle est encore exigible à raison de 40% à 50%. Cela étant, quand bien même ces rapports ne disposent pas d'une pleine valeur probante, ils constituent un indice de l'existence d'un trouble psychique incapacitant. c. L'intimé disposait également, lors de sa prise de décision, du rapport de la Dresse G\_\_\_\_\_ du 18 janvier 2008, concluant à un trouble dépressif récurrent en rémission complète. Force est de constater que ce diagnostic correspond à celui du Dr F\_\_\_\_\_, lequel a fait état, dans son rapport du 12 novembre 2007, d'un trouble dépressif récurrent, sans précision (F 33.4) ou encore à l'appréciation du Dr C\_\_\_\_\_ du 21 mai 2008, lequel a fait état d'un épisode dépressif réactionnel depuis fin 2007, sans effet sur la capacité de travail. Force est cependant de constater que ce rapport, qui remonte au 18 janvier 2008, ne permet pas d'apprécier l'évolution de la capacité de travail du recourant jusqu'à la décision querellée, en 2013. d. Quant au rapport de la CRR du 10 février 2009, intitulé « consilium psychiatrique du 22 janvier 2009 », faisant état d'un trouble dépressif récurrent, en rémission sous traitement (F 33.4), il ne répond pas aux réquisits jurisprudentiels permettant de lui reconnaître pleine valeur probante. En effet, ce rapport ne prend pas en considération les plaintes du recourant et il n'a pas été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse). Ainsi, par exemple, à la même époque, le recourant était suivi par la Dresse M\_\_\_\_\_. Or, à la lecture du rapport de la CRR, il est impossible de savoir si l'appréciation de ce médecin a été prise en considération. e. Au dossier de l'intimé figuraient également de brefs avis du SMR, qu'il convient de qualifier de rapports destinés à la prise de décision interne, lesquels ne remplacent pas des examens médicaux spécialisés. Ces documents ne répondent à l'évidence pas aux réquisitions jurisprudentiels, de sorte qu'aucune valeur probante ne peut leur être reconnue. e. Enfin, l'intimé disposait du rapport des médecins du BREM, du 8 février 2012. Bien que ce rapport réponde à de nombreux réquisits jurisprudentiels, une pleine valeur probante ne peut lui être reconnue pour plusieurs raisons. Tout d'abord, les médecins du BREM ont retenu une réduction de la capacité de travail de 30% depuis novembre 2007 sans expliquer leurs conclusions. Dans ce contexte, la chambre de céans remarque que cette appréciation est en contradiction avec celle du Dr F\_\_\_\_\_ du 12 novembre 2007, lequel faisait état d'un trouble dépressif récurrent, sans précision, en rémission, ou encore avec l'appréciation du

Dr C\_\_\_\_\_, du 21 mai 2008, concluant à un épisode dépressif réactionnel depuis fin 2007, sans effet sur la capacité de travail. Les médecins qui suivaient le recourant entre novembre 2007 et mai 2008 ne retenaient donc aucune incapacité de travail à l'époque où les médecins du BREM évoquaient une incapacité de travail de 30%. L'appréciation des médecins du BREM est d'ailleurs également en contradiction avec celles de la Dresse G\_\_\_\_\_ et de la Dresse H\_\_\_\_\_, lesquelles n'ont pas non plus retenu d'incapacité de travail. Par ailleurs, les médecins du BREM ont retenu un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F 32.11) entraînant une réduction de la capacité de travail de 30% depuis novembre 2007, alors qu'entre juillet 2008 et juin 2010, les psychiatres traitants du recourant évoquaient un trouble dépressif récurrent, d'intensité moyenne à sévère, voire un épisode sévère (rapports de la Dresse L\_\_\_\_\_ du 14 décembre 2009, de la Dresse M\_\_\_\_\_ du 22 décembre 2009 ou encore de la Dresse L\_\_\_\_\_ du 21 juin 2010). Se prononçant sur la différence d'appréciation, les médecins du BREM ont expliqué qu'à leur avis, les Dresses L\_\_\_\_\_ et M\_\_\_\_\_ et le Dr F\_\_\_\_\_ avaient mis en avant les limitations subjectives alléguées par l'expertisé ainsi que les acteurs sociaux et somatiques (douleurs). A aucun moment cependant, les médecins du BREM ne se sont entretenus avec les psychiatres qui ont suivi l'assuré de sorte que leurs propos au sujet des motifs ayant conduit les médecins traitants à retenir une incapacité totale de travailler ne sont que pure spéculation. Par ailleurs, en ne s'entretenant pas avec les médecins traitants, les médecins du BREM n'ont pu prendre la mesure de l'irritabilité du recourant, qui, si elle ne constitue certes pas un diagnostic autonome, fait partie des symptômes de la dépression. A cela s'ajoute le fait que les médecins du BREM ne se prononcent pas sur l'évolution de la capacité de travail du recourant mais retiennent une incapacité moyenne, sans fournir la moindre explication. Enfin, dans la mesure où l'examen a été réalisé le 5 décembre 2011 et où la décision querellée a été rendue le 20 mars 2013, soit près d'un an et quatre mois plus tard, le rapport du BREM ne permet pas de se prononcer sur la situation telle qu'elle a évolué jusqu'au jour de la décision querellée. 13. Pour tous ces motifs, la chambre de céans considère qu'elle ne dispose pas d'éléments suffisamment probants pour trancher la question de l'invalidité du recourant et de son évolution. En conséquence, il y a lieu d'ordonner une expertise, laquelle sera confiée au Dr S\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.

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 Monsieur A\_\_\_\_\_, après s'être entouré de tous les éléments utiles et après avoir pris connaissance du dossier de l'intimé, ainsi que du dossier de la présente procédure, en s'entourant d'avis de tiers au besoin.

2. Charge l'expert de répondre aux questions suivantes :

1. Anamnèse.

2. Données subjectives de la personne.

3. Constatations objectives.

4. Diagnostic(s).

5. S'agissant des troubles psychiques, répondre aux questions suivantes:

a) Le recourant souffre-t-il de troubles psychiques? Lesquels et depuis quand? b) Quel est le degré de gravité de chacun de ceux-ci, le cas échéant (faible, moyen, grave) ? c) Ces troubles psychiques ont-ils valeur de maladie en tant que telle selon le DSM IV ou la CIM-10 ? d) Quelles sont les limitations fonctionnelles dues aux diagnostics retenus? e) L'assuré est-il compliant avec le traitement prescrit ? f) La prise en charge et le traitement sont-ils adéquats ? e) L'assuré présente-t-il des comorbidités et quelles sont leur influence sur les limitations ? 6. Mentionner, pour chaque diagnostic posé et globalement, les conséquences sur la capacité de travail du recourant, en pourcent.

7. Dater

la survenance de l'incapacité de travail durable, le cas échéant.![endif]>![if> 8. Indiquer l'évolution du taux d'incapacité de travail, en pourcent, depuis 2007.![endif]>![if> 9. Évaluer l'exigibilité, en pourcent, d'une activité lucrative adaptée et indiquer le domaine d'activité adapté.![endif]>![if> 10. Dire s'il y a une diminution de rendement et la chiffrer.![endif]>![if> 11. Évaluer les chances de succès d'une réadaptation professionnelle.![endif]>![if> 12. Évaluer la possibilité d'améliorer la capacité de travail par des mesures médicales.![endif]>![if> 13. Si l'expert s'écarte des conclusions des médecins traitants de l'assuré, des médecins du SMR, de la CRR ou du BREM sur la question des diagnostics, des limitations et de la capacité de travail du recourant, dire pourquoi.![endif]>![if> 14. Formuler un pronostic global.![endif]>![if> 15. Toute remarque utile et proposition des experts.![endif]>![if> 3. Commet à ces fins le Dr S\_\_\_\_, FMH en psychiatrie et psychothérapie![endif]>![if> 4. Invite l'expert à déposer à sa meilleure convenance un rapport en trois exemplaires à la Cour de céans.![endif]>![if> La greffière Marie-Catherine SECHAUD La Présidente Karine STECK Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties le

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