

GE_GERICHTE A/1569/2011 vom 10. Januar 2012

GE Cour de justice, 2012-01-10, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1569_2011

FR: GE_GERICHTE A/1569/2011 du 10 janvier 2012

IT: GE_GERICHTE A/1569/2011 del 10 gennaio 2012

Erwägungen

E. 1

ère Chambre En la cause GASTROSOCIAL CAISSE DE PENSION, sise Heinrich Wirri-Strasse 3, 5001 Aarau 1 recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue de Lyon 97, Genève Monsieur A _____, domicilié aux Avanchets intimé appelé en cause EN FAIT Monsieur A _____ (ci-après l'assuré), ressortissant portugais né en 1967, a travaillé comme aide-cuisinier jusqu'en 2007. Le 4 mai 2009, il a déposé une demande de prestations tendant à l'octroi d'une mesure d'orientation professionnelle et d'une rente auprès de l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après l'OAI), invoquant une dépression existant depuis octobre 2006. Selon les certificats établis par la Dresse L _____, spécialiste FMH en psychiatrie qui figurent au dossier, l'assuré a été en incapacité de travail complète du 1^{er} août 2007 au 8 août 2007, du 4 au 8 janvier 2008 et dès le 1^{er} mars 2008, et de 50 % dès le 1^{er} octobre 2008. Dans un rapport du 15 juin 2009, la Dresse L _____ a posé le diagnostic de dépression récurrente grave avec syndrome psychotique ayant des répercussions sur la capacité de travail. La capacité de travail était nulle pour une durée indéterminée, et l'activité d'aide-cuisinier n'était plus exigible. Le rendement était réduit en raison de l'irritabilité et des troubles de la concentration de l'assuré. La Dresse L _____ a précisé dans l'anamnèse que la maladie était apparue brutalement. L'assuré et sa compagne avaient été escroqués en tentant d'acheter un restaurant. Il souffrait d'une dépression grave avec thymie dépressive, irritabilité, tension nerveuse, angoisse, idées noires et tendances suicidaires. Il avait été victime d'une hémorragie gastrique sur ulcère début 2008 et avait subi un grave effondrement psychique depuis. Le 6 octobre 2009, l'OAI a communiqué à l'assuré que des mesures de réadaptation n'étaient pour l'heure pas indiquées, et que l'examen de son droit à une rente se poursuivait. En réponse à la demande de rapport de l'OAI du 6 novembre 2009, la Dresse L _____ a signalé que le dossier avait été transféré début octobre au Dr M _____, médecin traitant de l'assuré. Par courrier du 10 novembre 2009, l'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie de l'assuré a informé l'OAI qu'elle avait octroyé des indemnités journalières du 12 janvier 2007 au 7 août 2007 sur la base d'une incapacité de travail complète. Elle a joint à son envoi un rapport de la Dresse L _____ du 25 juillet 2007, diagnostiquant un état anxio-dépressif moyen et attestant d'une incapacité de travail totale sans en préciser le début, la reprise du travail étant prévue le 8 août 2007. Un rapport d'un collaborateur de l'assurance du 15 février 2007 était également annexé. Il ressort de ce document que l'assuré et sa compagne se trouvaient dans un état dépressif à la suite d'une importante escroquerie de la part de l'un de leurs patrons, dans le cadre de la tentative de rachat du café-restaurant dans lequel ils travaillaient tous deux. Dans son rapport du 5 janvier 2010, la Dresse L _____ a signalé que l'état de l'assuré était resté stationnaire depuis octobre 2009, et qu'il souffrait encore d'une dépression sévère. Les limitations

fonctionnelles étaient les suivantes: fatigabilité importante, troubles de l'attention et de la concentration, au début de la maladie troubles du sommeil avec insomnie, suivis par une somnolence induite par le traitement médicamenteux. La compliance était optimale et l'examen clinique et les plaintes de l'assuré étaient concordants. La capacité de travail restait nulle pour une durée indéterminée. Dans un rapport du 7 janvier 2010, le Dr M_____, médecin traitant de l'assuré, a posé le diagnostic de dépression depuis 2007, qui se manifestait par des pleurs et des angoisses, et de la fatigue. L'incapacité de travail était totale depuis le 7 janvier 2007, le rendement réduit, et il était impossible d'y remédier par des mesures médicales. Une reprise de l'activité ne pouvait être envisagée. Le Dr M_____ a coché toutes les limitations fonctionnelles possibles dans l'annexe au rapport. Dans le rapport E213 reçu en février 2010 par l'OAI, le Dr M_____ a posé le diagnostic de dépression, le status de l'assuré étant pour le surplus sans particularité. L'incapacité de travail était totale. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes: pas d'exposition à l'humidité, à la chaleur, à la fumée, aux gaz, vapeurs et émanations, pas de flexion ni de port de charges fréquent, pas de montée d'escaliers, d'échelles ou de plans inclinés, alternance des positions de travail, pas de contraintes liées au respect de délais particuliers, pas d'exposition au froid, au bruit, pas de travail de nuit ou présentant des risques de chute. L'assuré ne pouvait en outre pas travailler sur écran. Le médecin a précisé que la dernière activité de l'assuré avait causé sa dépression, et qu'il était trop tôt pour se prononcer sur la possibilité d'exercer un emploi adapté. Dans son avis du 19 avril 2010, le Dr N_____, spécialiste FMH en médecine interne et médecin auprès du SERVICE MÉDICAL RÉGIONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ (SMR), a relevé que s'il pouvait suivre le diagnostic de trouble dépressif récurrent sévère, il ignorait les dates d'incapacité de travail et leur durée. Il a demandé que les médecins traitants de l'assuré soient interrogés sur ces points. La Dresse L_____ a indiqué dans un courrier d'avril 2010 qu'elle suivait l'assuré depuis juin 2007. La dernière consultation remontait au 27 avril 2010, et l'incapacité de travail de l'assuré était totale depuis le 1^{er} août 2007. Dans son avis du 30 novembre 2010, le Dr N_____ a rappelé que l'assuré avait perdu toutes ses économies à la suite d'une escroquerie, et qu'il avait par la suite présenté un état dépressif. Le cas avait été présenté à un psychiatre du SMR, qui avait validé le diagnostic de trouble dépressif récurrent, compte tenu de la rechute en mars 2008. Le traitement médicamenteux était conséquent, et une révision devait être envisagée une année plus tard. L'OAI a communiqué un projet de décision à l'assuré, aux termes duquel une rente d'invalidité entière lui était octroyée six mois après le dépôt de sa demande, soit dès novembre 2009. La CAISSE DE PENSION GASTROSOCIAL (ci-après la Caisse), institution de prévoyance professionnelle de l'assuré, a chargé le Dr O_____, spécialiste FMH en psychiatrie, de procéder à l'expertise de l'assuré. Celui-ci a rendu son rapport, rédigé en allemand, en date du 30 mars 2011. Après avoir étudié le dossier médical de l'assuré, il a procédé à son anamnèse, qu'il a complétée par des tests sanguins et un examen clinique. L'assuré a notamment déclaré qu'il ne dormait presque pas la nuit, qu'il n'arrivait pas à dormir et ruminait ses pensées. Il a indiqué qu'il "vivait sur le dos de sa femme" et était également dépendant de sa sœur financièrement. Il consommait une bière occasionnellement. Lors de son examen, le Dr O_____ a noté que si l'assuré était orienté aux modes temps, situation et personne, l'orientation dans l'espace était peu sûre et il avait dû être accompagné par sa compagne au cabinet. Il n'y avait pas de trouble de la concentration, l'assuré ayant participé avec attention et concentration à la discussion, ni d'absence de mémoire à court et long termes. L'assuré ne présentait pas non plus de trouble formel de la pensée, mais ses

réflexions étaient centrées sur l'escroquerie et ses difficultés financières. Aucune idée folle ou obsession n'était mise en évidence. Du point de vue de l'affectivité, l'assuré s'était d'abord montré crispé avant de se détendre. Il manifestait de la colère mais était également capable de rire. A l'issue de son examen, l'expert a posé le diagnostic de trouble de l'adaptation avec réaction anxieuse et dépressive, en rémission (F 43.22), dont les diagnostics différentiels étaient ceux de réaction dépressive prolongée (F 43.21) et de trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission (F 33.4), avec plusieurs facteurs psychosociaux (chômage, dettes, difficultés financières). Ce diagnostic n'avait pas d'incidence sur la capacité de travail. Le Dr O _____ a indiqué que l'assuré et sa compagne étaient devenus dépressifs à la suite d'aléas dans leur vie. S'il était compréhensible que l'assuré ait réagi d'une telle manière aux machinations qui lui avaient fait perdre toutes ses économies, il avait au jour de l'entretien l'air détendu lorsqu'il parlait de lui et évoquait son histoire personnelle, triste et déçu lorsqu'il relatait l'escroquerie, mais pas dépressif. Il s'exprimait en effet avec une mimique et une motricité animées, sans restriction cognitive. Il paraissait cependant s'être réfugié dans un rôle de victime passive. Le Dr O _____ a relevé qu'un trouble de l'adaptation ou une réaction dépressive de longue durée s'étend au maximum sur deux ans, et que le diagnostic de trouble dépressif récurrent n'était pas pertinent car l'assuré n'avait jusqu'à cet épisode jamais montré de symptômes de dépression. Les déclarations de ce dernier étaient partiellement incohérentes, s'agissant de la compliance au traitement médicamenteux, comme cela ressortait des dosages effectués. Or, bien que l'assuré ne prenne pas correctement le traitement prescrit, il ne s'était pas montré dépressif lors de l'examen. De plus, si l'on se référait à l'augmentation de Gamma-GT révélée par les tests sanguins, indicatrice d'une atteinte pouvant être liée à la consommation d'éthyle, sa consommation d'alcool semblait également supérieure à celle qu'il déclarait. L'expert a conclu que l'assuré disposait d'une pleine capacité de travail dans l'activité habituelle, après une phase d'entraînement de trois à six mois au plus en raison de la longue absence. Sa capacité de travail était également entière dans toute activité adaptée, telle qu'ouvrier dans une usine, vendeur dans un kiosque ou une station-service, ou employé affecté à des tâches de surveillance. Invité à se déterminer sur les diagnostics posés par les autres médecins, l'expert a noté que l'atteinte dont l'assuré souffrait depuis juin 2007 était d'intensité moyenne. Il était possible qu'un épisode dépressif grave soit apparu dans le cadre du trouble de l'adaptation, après l'escroquerie, mais cet état grave n'avait cependant pas perduré sous thérapie. Le diagnostic d'épisode dépressif sévère se justifiait au plus pour six mois dans le cas d'un trouble de l'adaptation. Quant à la suspicion de troubles du comportement, le Dr O _____ a exposé que lors d'un trouble de l'adaptation tel que celui qu'il avait diagnostiqué, la maîtrise du quotidien était perturbée par des angoisses, un retrait, un évitement des situations irritantes, ainsi que des troubles végétatifs. Ce tableau clinique se modifiait cependant avec le temps ou sous l'effet de la thérapie. S'agissant du traitement, il avait contribué à une stabilisation et une amélioration de l'état de santé de l'assuré, mais il n'était pas optimal. A ce titre, l'expert a ajouté qu'il était douteux, du point de vue thérapeutique, que la même psychiatre assure le suivi thérapeutique individuel de l'assuré et de son épouse. On pouvait de plus exiger de l'assuré qu'il diminue sa consommation d'alcool. Le Dr O _____ a également relevé que le dossier constitué par l'OAI était étonnamment mince et comprenait peu d'éléments de faits, mais reposait essentiellement sur des déclarations imprécises et succinctes de la Dresse L _____. Le dossier avait de plus été peu soigneusement géré ("unsorgfältig geführt") par le Dr N _____, qui précisait avoir sollicité l'avis d'un psychiatre sans qu'on n'en trouve de

trace. De plus, ni l'incapacité de travail totale de janvier à mars 2008, ni la rechute du 12 mars évoquée par le Dr N _____ n'étaient documentées. Par courrier du 4 avril 2011, la Caisse s'est opposée au projet d'acceptation de rente de l'OAI. Elle a indiqué que selon le Dr O _____, l'assuré souffrait d'un trouble de l'adaptation avec dépression d'intensité moyenne et peur (sic) en rémission, mais qu'il disposait d'une capacité de travail totale dans une activité adaptée. Elle a joint le rapport d'expertise de l'expert à son courrier. L'OAI a confirmé la teneur de son projet par décision du 1^{er} novembre 2011, sans plus ample motivation. Par acte du 27 mai 2011, la Caisse a interjeté recours contre la décision de l'OAI, concluant à son annulation et à une nouvelle fixation du taux d'invalidité. Elle allègue que selon l'expertise réalisée par le Dr O _____, l'assuré souffre de troubles d'adaptation en rémission et de dépression en rémission, sans incidence sur sa capacité de travail. La dépression a été réactionnelle à l'escroquerie dont l'assuré a été victime, et le diagnostic retenu par la Dresse L _____ est erroné. De plus, l'assuré ne se plie pas à son traitement médicamenteux et consomme de l'alcool. La Caisse fait grief à l'OAI de ne pas avoir exposé les motifs pour lesquels il a écarté le rapport du Dr O _____, en rappelant les critères dégagés par la jurisprudence pour reconnaître une pleine valeur probante à un rapport médical. Elle affirme que le dossier de l'OAI ne contient pas un seul rapport conforme à ces critères. Elle reproche également à l'OAI d'avoir tenu compte de facteurs étrangers à l'invalidité en l'espèce, soit les facteurs psychosociaux que constituent le chômage et les dettes de l'assuré, et de ne pas avoir suffisamment instruit le dossier. Par ailleurs, elle fait valoir que l'assuré n'a pas cherché à se réadapter activement, alors que la réadaptation prime le droit à la rente. Selon l'expert, un délai de réadaptation de six mois est suffisant pour que l'assuré reprenne le travail. Elle invoque également une violation du droit d'être entendu, l'OAI se contentant de reprendre dans sa décision le contenu de son projet sans motiver pourquoi il ne tient pas compte des objections de la caisse, alors qu'il s'agit-là d'arguments étayés par une expertise, qui auraient dû être examinés dans le cadre de la décision. Dans sa réponse du 27 juin 2011, l'OAI conclut au rejet du recours en se référant pour les faits à sa décision et à un avis du SMR du 15 juin 2011, qu'il produit. Dans cet avis, le Dr N _____ et le Dr, spécialiste FMH en psychiatrie, contestent que les faits rapportés par la Dresse L _____ soient succincts, comme l'affirme l'expert. Ils les considèrent synthétiques, mais suffisants et ne nécessitant pas de développements et répétitions. Ils reprochent également au Dr O _____ de ne pas manifester la retenue nécessaire dans sa discussion des points médicaux. Ils sont en outre d'avis que la déclaration de l'assuré, selon laquelle il vit aux dépens de sa compagne, traduit un sentiment de culpabilité. L'expert n'a de plus pas investigué les symptômes principaux de la dépression, soit la fatigue, l'anhédonie, la tristesse, ainsi que les facteurs mineurs. S'agissant des tests sanguins sur lesquels l'expert s'est fondé pour conclure à une consommation d'alcool exagérée, les Drs N _____ et P _____ retiennent que "l'expert sous-entend par là qu'il s'agit d'un diagnostic d'alcoolisme, ce qui n'est pas compatible avec les déclarations de l'assuré sur sa consommation". De plus, l'élévation des Gamma-GT peut être expliquée par d'autres facteurs, tels que la prise de médicaments psychotropes pouvant avoir pour conséquence des troubles de la fonction hépatique. L'assertion sur l'alcoolisme n'est partant pas correctement documentée. Par ailleurs, l'expert a estimé que l'incapacité de travail débutait en juin 2007, alors qu'il est manifeste qu'elle date de janvier 2007. Les critères retenus par l'expert pour poser le diagnostic de trouble de l'adaptation ne sont pas explorés complètement. La non persistance de l'état dépressif avancée par le Dr O _____ est d'ailleurs en contradiction avec le rapport de la Dresse L _____, qui déclarait que la

dépression restait sévère dans son rapport du 5 janvier 2010. Les médecins du SMR s'étonnent que l'expert n'ait pas pris contact avec le médecin traitant de l'assuré. Replacer l'assuré dans un emploi lui rappelant la faillite de son propre restaurant serait inapproprié, dans le cadre d'une maladie dont le degré de sévérité est moyen à sévère. Pour ces motifs, il y a lieu de s'écarter de l'expertise du Dr O _____, le Dr P _____ ayant estimé que le temps de guérison était de deux ans après le premier rapport du médecin traitant daté de novembre 2009. Par ordonnance du 8 juillet 2011, la Cour de céans a appelé en cause l'assuré. Elle l'a informé de son droit de consulter le dossier par courrier du même jour. Le 30 août 2011, la Cour de céans a invité la Caisse à lui faire parvenir une traduction de l'expertise réalisée par le Dr O _____. La Caisse s'est exécutée le 20 septembre 2011. Copie de la traduction de l'expertise a été adressée à l'OAI et à l'assuré par courrier du 22 septembre 2011, un délai au 17 octobre 2011 leur étant imparti pour d'éventuelles observations. Par courrier du 23 septembre 2011, l'OAI a relevé qu'il s'était déjà déterminé sur le rapport d'expertise. A la demande de l'assuré, une nouvelle copie de la traduction du rapport d'expertise du Dr O _____ lui a été expédiée le 19 octobre 2011. Le 5 décembre 2011, la Cour de céans a adressé une copie du courrier de l'OAI du 23 septembre 2011 à la Caisse et à l'appelé en cause. 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; RSG 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. La LPGA, entrée en vigueur le 1 er janvier 2003, est applicable au cas d'espèce. Interjeté dans les forme et délai prévus aux art. 56ss LPGA, le recours est recevable. On relèvera en particulier que la qualité pour recourir de la Caisse n'est pas contestable au regard de l'art. 49 al. 4 LPGA et de la jurisprudence prévoyant que l'assureur LPP dispose d'un droit de recours propre dans les procédures régies par la LAI (ATF 129 V 73). En effet, l'art. 49 al. 4 LPGA dispose que l'assureur qui rend une décision touchant l'obligation d'un autre assureur d'allouer des prestations est tenu de lui en communiquer un exemplaire. Cet autre assureur dispose des mêmes voies de droit que l'assuré. Le litige porte sur le droit de l'assuré à une rente, plus particulièrement sur son degré d'invalidité. Aux termes de l'art. 8 al. 1 er LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 6 LPGA, 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. En vertu de 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 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. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI). En vertu de l'art. 28 al. 1 er LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux

conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a); il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b); au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). L'art. 28 al. 2 LAI dispose que l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à 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. a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou d'autres spécialistes doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 , consid. 4; ATF 115 V 133 , consid. 2). Ces données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (ATF I 762/02 du 6 mai 2003, consid. 2.2). 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 LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il convient 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; ATF 122 V 157 , consid. 1c). c) Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, 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) 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 351 , consid. 3b/cc et les références). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un 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 font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF 9C_405/2008 du 29 septembre 2008, consid. 3.2). En l'espèce, il est patent qu'aucun des rapports de la Dresse L_____ ne correspond aux critères retenus par le Tribunal fédéral pour se voir reconnaître une pleine valeur jurisprudentielle. Ces rapports sont en effet extrêmement brefs, et ne sont pas motivés. On notera de plus que les diagnostics posés par cette praticienne varient d'un rapport à l'autre. Elle a en effet évoqué une dépression récurrente grave avec syndrome psychotique dans son rapport du 15 juin 2009, alors que le diagnostic était celui d'état anxio-dépressif moyen dans son rapport du 25 juillet 2007 et de dépression sévère dans son rapport du 5 janvier 2010, sans mention d'un syndrome psychotique. S'agissant d'ailleurs de ce syndrome, la Dresse L_____ n'expose absolument pas sous quelle forme il est apparu, et on n'en voit pas d'ailleurs pas de manifestation dans les symptômes recensés par ce médecin. Quant au diagnostic de dépression récurrente grave, il sied de souligner que selon la CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES MALADIES (CIM-10), le trouble dépressif récurrent (F 33) se caractérise par la survenance répétée d'épisodes dépressifs correspondant à la description d'un tel épisode. Or, la Dresse L_____ ne fait pas état d'épisodes antérieurs à celui survenu en 2007, et indique que la maladie est apparue brutalement dans son rapport du 15 juin 2009. L'assuré n'a du reste pas non plus indiqué au Dr O_____ avoir souffert de tels troubles par le passé, ce qui permet déjà de douter de la pertinence de ce diagnostic en l'absence d'autres épisodes de même nature ou de périodes de rémission. On ne voit d'ailleurs pas sur quelles pièces se fonde le Dr N_____ dans son avis du 30 novembre 2010 pour retenir une rechute en mars 2008, et partant admettre la justesse du diagnostic de trouble dépressif récurrent. En effet, la Dresse L_____ a attesté d'une incapacité de travail totale dès août 2007 dans son courrier d'avril 2010. La reprise du travail annoncée dans un premier temps par ce médecin pour août 2007 n'a dès lors apparemment pas eu lieu. On notera encore au sujet de la date de survenance de la pathologie que les indications des médecins traitants paraissent également contradictoires. La Dresse L_____ a en effet noté dans son rapport de juin 2009 que c'est à la suite de l'hémorragie gastrique subie début 2008 par l'assuré que celui-ci s'était effondré psychiquement, alors qu'elle fait état d'une incapacité de travail totale depuis août 2007. Le Dr M_____ a quant à lui indiqué que l'incapacité de travail datait de janvier 2007. Par ailleurs, la psychiatre de l'assuré a indiqué lors de la demande de rapport de l'OAI en novembre 2009 que le dossier avait été transféré au Dr M_____, son généraliste. Cette information laisse à penser que la Dresse L_____ n'était plus consultée par l'assuré durant cette période, indice qui permet également de remettre en cause la gravité des troubles diagnostiqués. Les rapports du Dr M_____ – qui n'est au demeurant pas spécialiste en psychiatrie – ne permettaient pas non plus à l'OAI de statuer sans examen complémentaire sur les atteintes de l'assuré. Ils sont en effet trop succincts et pas assez motivés pour satisfaire aux conditions de la jurisprudence en matière de valeur probante de rapports médicaux. On notera en outre que ce médecin a conclu à une incapacité de travail totale depuis janvier 2007 en raison des symptômes dépressifs dans son rapport daté du 7 janvier 2010. Le suivi psychiatrique de l'assuré n'ayant débuté qu'en juin 2007, on s'étonne de ce qu'une pathologie d'ordre psychique assez grave pour entraîner une incapacité totale de travail d'une durée conséquente n'ait pas nécessité un traitement par un spécialiste en psychiatrie avant six mois. En revanche, s'agissant du rapport du Dr O_____, il doit se voir reconnaître

une pleine valeur probante, puisqu'il remplit les exigences développées ci-dessus. En effet, il contient une anamnèse détaillée, relate les plaintes de l'assuré et repose sur l'étude de son dossier médical, complétée par un examen clinique et des tests sanguins. De plus, les diagnostics de l'expert sont clairs et il a exposé pour quelles raisons il ne se ralliait pas aux constatations de ses confrères. Ses conclusions sont motivées de manière convaincante, et les rapports des médecins traitants de l'assuré ne suffisent pas à les remettre en cause, compte tenu des contradictions et imprécisions relevées ci-dessus. Quant aux critiques des médecins du SMR à l'égard du rapport du Dr O_____, elles tombent à faux. Ils reprochent notamment à celui-ci de ne pas avoir fait preuve de la retenue nécessaire dans son appréciation des rapports des autres médecins. D'un point de vue formel, un rapport d'expertise doit être rédigé de manière sobre et libre de toute qualification dépréciative ou, au contraire, de tournures à connotation subjective, en suivant une structure logique afin que le lecteur puisse comprendre le cheminement intellectuel et scientifique à la base de l'avis que l'expert exprime (ATF 9C_603/2009 du 2 février 2010, consid. 3.3). En l'occurrence, force est de constater que le rapport du Dr O_____ ne contient pas de tels propos, contrairement à ce qu'allègue le SMR. Le mandat de l'expert lui imposait en effet de prendre position sur les documents médicaux contenus dans le dossier de l'OAI, et d'expliquer en quoi ceux-ci n'emportaient pas son adhésion. C'est dans ce contexte qu'il a indiqué que les rapports de la Dresse L_____ n'étaient pas assez complets. La Cour de céans ne peut au demeurant que se rallier à son point de vue à cet égard, comme cela ressort des considérants ci-dessus. Ce faisant, le Dr O_____ n'a toutefois pas fait usage de termes dévalorisants à l'encontre de la Dresse L_____. Tout au plus s'est-il étonné de ce que ce médecin assure le suivi individuel de deux personnes de la même famille. Quant au qualificatif de "peu soigneux" pour le suivi administratif du dossier par le Dr N_____, on ne saurait pas non plus y voir une tournure inutilement polémique ou désobligeante. Il aurait en effet été utile que l'analyse et l'identité du psychiatre dont l'avis a été sollicité par le Dr N_____ figurent dans le dossier de l'OAI. Quant au fond, les critiques des médecins du SMR sont également sans pertinence. S'agissant du sentiment de culpabilité qu'ils déduisent des explications de l'assuré sur ses moyens financiers, il n'en reste pas moins que l'assuré n'a pas expressément manifesté de tel sentiment, ni auprès du Dr O_____, ni auprès de la Dresse L_____. La présence d'un tel sentiment n'est quoi qu'il en soit pas suffisante pour conclure à l'existence d'un état dépressif grave. Il est également erroné de considérer que l'expert ne s'est pas penché sur les manifestations principales de la dépression telles que la tristesse, la fatigue et l'anhédonie, puisqu'il a indiqué que l'assuré manifestait de la tristesse à l'évocation de l'escroquerie dont il était victime, mais pas lorsqu'il relatait d'autres épisodes de sa vie. Le diagnostic de trouble de l'adaptation retenu paraît d'autant plus convaincant que selon le rapport de l'assurance d'indemnités journalières versé au dossier et le rapport E213 rempli par le Dr M_____, l'état dépressif de l'assuré semble effectivement avoir été induit par l'escroquerie dont il a été victime. Quant au fait que l'expert n'ait pas pris contact avec la Dresse L_____, il y a lieu de rappeler que s'il s'agit-là d'un procédé permettant à l'expert d'accomplir sa tâche, une telle démarche ne constitue pas pour autant une condition sine qua non de la valeur probante d'une expertise (Lignes directrices de la Société suisse de psychiatrie d'assurance pour l'expertise médicale des troubles psychiques, in : Bulletin des médecins suisses, 2004/85, n° 36, p. 1908). Enfin, contrairement à ce que considèrent les médecins du SMR, l'expert n'a pas "sous-entendu" de diagnostic d'alcoolisme mais simplement relevé qu'il était possible que la consommation de l'assuré soit supérieure à ce

qu'il a annoncé, sans d'ailleurs tirer de cet élément de conclusions particulières pour son diagnostic. S'agissant de la date du début d'incapacité de travail, si des indemnités journalières ont effectivement été versées à l'assuré dès janvier 2007, il faut rappeler que les informations fournies par la Dresse L _____ sur ce point sont loin d'être limpides, comme cela a été relevé ci-dessus. Il n'est ainsi pas arbitraire de considérer que c'est en juin 2007, début de la thérapie auprès de la Dresse L _____, qu'est survenue l'incapacité de travail transitoire de l'assuré en raison de ses symptômes dépressifs. Conformément à ce qui précède, la Cour de céans ne s'écartera pas des conclusions du Dr O _____, aux termes desquelles l'assuré n'a pas présenté d'incapacité de travail de longue durée dans sa profession habituelle. Le recours devant être admis pour ces motifs, l'examen des autres griefs de la Caisse s'avère superflu. Celle-ci alléguant une violation de son droit d'être entendu, il convient néanmoins de rappeler ce qui suit. Le devoir de motiver une décision découle du droit d'être entendu, et a pour but de permettre au justiciable de connaître les fondements de la décision afin de pouvoir la contester (ATF 135 V 65, consid. 2.4). Le droit d'être entendu est de nature formelle, et sa violation conduit à l'annulation de la décision attaquée indépendamment des chances de succès au fond. En l'espèce, il est incontestable que la décision de l'OAI ne satisfait pas aux exigences élémentaires de motivation, puisqu'elle ne mentionne même pas l'expertise réalisée par le Dr O _____. Il n'est cependant pas nécessaire de renvoyer la cause à l'OAI, puisque selon la jurisprudence, une violation du droit d'être entendu peut être considérée comme réparée lorsque l'intéressé a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours disposant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 127 V 431, consid. 3d/aa). Tel est le cas en l'espèce, la Cour de céans jouissant d'un plein pouvoir d'examen. Eu égard aux considérants, le recours doit être admis. L'OAI, qui succombe, supporte l'émolument qui sera fixé à 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). **PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES** : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : L'admet. Annule la décision de l'OAI du 1^{er} novembre 2011. Dit que l'assuré n'a pas droit à une rente d'invalidité. Met un émolument de 1'000 fr. à la charge de l'OAI. 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