

## **GE\_GERICHTE A/2819/2010 vom 26. Mai 2005**

GE Cour de justice, 2005-05-26, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_2819\\_2010](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2819_2010)

FR: GE\_GERICHTE A/2819/2010 du 26 mai 2005

IT: GE\_GERICHTE A/2819/2010 del 26 maggio 2005

### **Volltext**

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 02.11.2010 A/2819/2010

A/2819/2010 ATAS/1106/2010 du 02.11.2010 ( AI ) , PARTIELMNT ADMIS En fait En droit RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/3763/2009 ATAS/1006/2010 ARRET DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES Chambre 1 du 5 octobre 2010 En la cause Monsieur S \_\_\_\_\_, domicilié à Genève, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Jacques-André SCHNEIDER recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue de Lyon 97, 1203 Genève intimé EN FAIT Monsieur S \_\_\_\_\_ (ci-après l'assuré), ressortissant portugais né en 1956, a séjourné en Suisse de 1982 à 1992, puis dès 1998. Il a exercé diverses activités dans le domaine du bâtiment jusqu'au 25 octobre 2002, date à laquelle il a été victime d'un accident sur son lieu de travail. Le 10 décembre 2003, l'assuré a déposé auprès de l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE (ci-après : l'OAI) une demande de prestations de l'assurance-invalidité en raison de sacralgies existant depuis le 25 octobre 2002. Par décision du 26 mai 2005, confirmée sur opposition le 4 juillet 2005, l'OAI a rejeté la demande de prestations, considérant que dès le 4 août 2003, la capacité de travail de l'assuré était entière dans toutes les activités. Sur recours, le Tribunal de céans a annulé les décisions précitées et renvoyé le dossier à l'OAI pour instruction complémentaire sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire ( ATAS/1081/2005 du 13 décembre 2005). Le 25 avril 2006, les Dr A \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, et la Dresse B \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie, ont réalisé un examen clinique rhumato-psychiatrique pour le compte du Service médical régional AI (ci-après : SMR). Les diagnostics posés par ces praticiens étaient les suivants : troubles dégénératifs lombaires bas étagés (avec répercussion sur la capacité de travail) ainsi que trouble douloureux somatoforme persistant (F.45.4) et obésité (sans répercussion sur la capacité de travail). Le tableau douloureux était centré sur la région lombo-fessière, le membre inférieur droit et l'hémicrâne droit. L'assuré résistait à tous les traitements adéquats ayant été tentés et aucun substrat anato-pathologique cohérent n'avait pu être constaté, raison pour laquelle le SMR considérait que l'atteinte correspondait à un trouble somatoforme douloureux. Sur le plan psychique, la Dresse B \_\_\_\_\_ n'a relevé aucune atteinte à la santé mentale, a fortiori pouvant porter préjudice à la capacité de travail de l'assuré. Elle a précisé que ce dernier n'avait jamais été hospitalisé en milieu psychiatrique et n'avait jamais eu de suivi spécialisé à l'exception de quelques séances avec un psychiatre dans le cadre des investigations relatives à son atteinte physique. La capacité de travail de l'assuré était nulle dans son activité habituelle de marbrier et de 100% dans une activité adaptée. Compte tenu des limitations relevées par les experts du SMR et après comparaison des revenus, l'OAI a retenu un taux d'invalidité de 35%, ne donnant pas droit à une rente. Même si ce taux

ouvrait le droit à des mesures professionnelles, ces dernières n'étaient pas indiquées en raison de la conviction de l'assuré d'être incapable de mettre à profit sa capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée. Par décision du 18 décembre 2006, confirmée par le Tribunal de céans le 4 mars 2008 ( ATAS/250/2008 ), l'OAI a rejeté, pour les motifs susmentionnés, la demande de rente et de mesures professionnelles de reclassement. Selon un rapport de Mme T \_\_\_\_\_, psychologue FSP, du 28 février 2007, l'assuré présentait un état dépressif sévère avec fort risque suicidaire associé à un état anxieux d'intensité significativement supérieure à celle attendue pour une population d'hommes de son âge. Selon elle, l'événement déclencheur était l'accident professionnel d'octobre 2002 qui avait entraîné de multiples dysfonctionnements invalidants (douleurs chroniques, problèmes attentionnels et mnésiques, etc.). Suite à une crise de panique après un rendez-vous avec son assistante sociale, l'assuré a été hospitalisé à l'unité d'observation et évaluation (UOE-2JC) des HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE GENEVE (ci-après : HUG) du 29 avril au 5 mai 2008. Selon le résumé de séjour du 2 mai 2008, les diagnostics de trouble dépressif majeur récurrent d'intensité sévère, d'état de stress post-traumatique chronique et d'attaque de panique dans le contexte d'un état de stress post-traumatique ont été retenus. Le 18 juillet 2008, l'assuré a informé l'OAI qu'il souffrait d'une nouvelle atteinte à la santé de caractère psychique ou d'une aggravation de son état de santé. A l'appui de ses dires, il a fourni les documents médicaux suivants : Un certificat du 21 avril 2008, dans lequel la Dresse C \_\_\_\_\_, cheffe de clinique au sein du service de psychiatrie adulte, du département de psychiatrie des HUG, indiquait qu'il présentait un état dépressif sévère et une incapacité de travail de 100%. Il était suivi par le programme de dépression depuis le 25 mars 2008. Un rapport du Dr D \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, en gériatrie et en médecine d'urgence SSMUS, médecin-traitant de l'assuré, dans lequel les diagnostics suivants étaient posés : trouble dépressif majeur récurrent d'intensité sévère, état de stress post-traumatique chronique, attaque de panique dans le contexte d'un état de stress post-traumatique. Dans un rapport du 10 septembre 2008, la Dresse C \_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics suivants : trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F33.11), trouble somatoforme, sans précision (F45.9) et trouble panique (F41.0). Le pronostic était réservé et l'assuré présentait une incapacité totale de travailler depuis le 25 mars 2008. Une légère amélioration de la thymie avait été objectivée mais pour pouvoir statuer sur la capacité de travail, le département de psychiatrie envisageait de suivre le patient pendant six mois, au terme desquels un nouveau rapport pouvait être établi. La Dresse B \_\_\_\_\_ a procédé, pour le compte du SMR, à un nouvel examen psychiatrique en date du 20 novembre 2008. Selon le rapport y relatif daté du 3 décembre 2008, il n'y a aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail sur le plan psychiatrique (Z71.1). Seuls des diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail ont été retenus à savoir une détresse psychosociale (Z60.8), un trouble somatoforme douloureux persistant, associé à une composante dépressive légère (F45.4 et F32.0) et une personnalité dépendante (F60.7). Il n'y a aucune limitation fonctionnelle sur le plan psychiatrique. L'expert a toutefois considéré que « si l'assuré parvenait à inverser son positionnement dans un rôle de malade, il aurait totalement les moyens psychiatriques d'exercer une activité professionnelle à plein temps ». Forte des considérations qui précèdent, elle a retenu que l'assuré était capable de travailler à 100% sur le plan psychiatrique dans l'activité habituelle de poseur de marbre et dans une activité adaptée. Le 19 janvier 2009, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision à teneur duquel la demande était rejetée. Par courrier du 19 février 2009, l'assuré a fait valoir ses observations. Il a notamment relevé que son état de

santé s'était péjoré depuis l'examen psychiatrique du 25 avril 2006 et a mis en évidence les contradictions entre les diagnostics retenus par le SMR et ceux posés par les autres médecins l'ayant examiné. L'assuré a été hospitalisé aux HUG, département de psychiatrie, du 27 février au 12 mars 2009 en raison d'idéations suicidaires fluctuantes. A teneur du résumé de séjour du 16 mars 2009, le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques, a été posé. Le 7 mai 2009, l'assuré a transmis à l'OAI un certificat établi le 22 avril 2009 par le Dr E\_\_\_\_\_, chef de clinique au service de psychiatrie adulte, duquel il ressort qu'il souffrait d'un épisode dépressif sévère, sans symptômes psychotiques, et d'un trouble panique, qu'il a été hospitalisé en milieu psychiatrique du 27 février au 12 mars 2009, et qu'il bénéficiait d'un suivi au programme dépression du département de psychiatrie des HUG depuis mars 2008. Selon un rapport intermédiaire des HUG du 15 juin 2009, signé par le Dr E\_\_\_\_\_, l'état de santé de l'assuré s'était aggravé. Les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de troubles dépressifs récurrents, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques, de trouble panique (F41.0) et de possible trouble somatoforme sans précision (F45.9) ont été retenus. Le trouble dépressif et le trouble panique entraînaient une incapacité totale de travail depuis le mois de mars 2008 au moins. L'état de santé de l'assuré, qui présentait alors des idées suicidaires, s'était aggravé entre le 10 septembre 2008 et le 15 juin 2009, avec une péjoration de la composante dépressive (auparavant d'intensité moyenne) et de la symptomatologie anxieuse, nécessitant l'hospitalisation précitée. L'assuré bénéficiait d'un entretien tous les 10 à 14 jours, de rendez-vous infirmiers réguliers et d'une participation aux groupes d'activation comportementale deux fois par semaine. Le pronostic pour une amélioration voire une disparition de la symptomatologie était mauvais. Par courrier du 2 juillet 2009, les HUG ont transmis à l'OAI les résumés de séjours relatifs aux hospitalisations précitées. Le SMR a indiqué, dans un avis du 4 août 2009 que l'assuré présentait des effondrements psychiques de courte durée, de 15 jours à 3 mois. Les épisodes de mars 2008 et de février 2009 pouvaient être qualifiés de sévère mais une amélioration avait eu lieu suite à l'introduction d'un traitement. Par ailleurs, les documents médicaux transmis ne contenaient aucune précision quant à la fréquence du trouble panique, les deux seuls épisodes rapportés apparaissant suite à un entretien jugé comme étant dévalorisant par l'assuré. Enfin, s'agissant du trouble somatoforme douloureux, aucune comorbidité psychiatrique manifeste dans son intensité et dans sa durée (soit pendant plus d'un an), n'a été constatée. Il n'y avait pas non plus perte d'intégration sociale. Les critères jurisprudentiels n'étant pas réalisés pour admettre un trouble somatoforme douloureux invalidant, le SMR n'a pas retenu une aggravation de l'état de santé de l'assuré. Se fondant sur l'avis du SMR, l'OAI a confirmé le projet par décision du 14 septembre 2009. Par courrier du 5 octobre 2009 adressé à l'OAI, le Dr E\_\_\_\_\_ a fait part de son désaccord avec la décision du 14 septembre 2009 et avec l'avis du SMR selon lequel l'assuré présentait des effondrements psychiques de courtes durées (de 15 jours à 3 mois) et des épisodes dépressifs sévères en mars 2008 et février 2009. L'intensité de l'épisode dépressif a été mesurée à plusieurs reprises sur une échelle du MADRS. Elle s'est élevée à 35/60 points le 25 mars 2008 (intensité sévère), à 30/60 le 8 mai 2008 (intensité sévère), à 20/60 le 19 mai 2008 (intensité moyenne), à 22/60 le 2 juin 2008 (intensité moyenne), à 23/60 le 10 septembre 2008 (intensité moyenne), à 23/60 le 20 janvier 2009 (intensité moyenne), à 27/60 le 23 avril 2009 (intensité sévère) et à 25/60 le 13 mai 2009 (intensité sévère). Par ailleurs, une symptomatologie sévère avait déjà été relevée en février 2007. Le caractère chronique de l'atteinte et la qualification de dépression persistante étaient ainsi présents

compte tenu de la durée (plus de deux ans) et de la résistance au traitement (l'assuré n'ayant pas répondu à au moins deux antidépresseurs prescrits). Le 19 octobre 2009, Me Jacques-André SCHNEIDER a recouru contre la décision précitée au nom et pour le compte de l'assuré. Il allègue notamment que pas moins de cinq psychiatres et deux internistes ont retenu un trouble dépressif récurrent d'intensité moyenne à sévère et ont infirmé le diagnostic de « composante dépressive légère » retenu par le SMR. La Dresse C\_\_\_\_\_ et le Dr E\_\_\_\_\_ ont tous deux considéré qu'il était totalement incapable de travailler et ce dans toute activité. Les conclusions du SMR relatives aux idéations suicidaires sont contredites par le dossier médical duquel il ressort qu'il a mentionné des idées suicidaires à plusieurs reprises. Par ailleurs, contrairement à ce que retient le SMR, il a fait de nombreux efforts pour vaincre sa maladie, en vain. Il subit également une perte d'intégration sociale. Pour toutes ces raisons, il conclut principalement à l'annulation la décision et à l'octroi d'une rente d'invalidité avec effet à début juin 2007, voire en toute hypothèse début juin 2008, subsidiairement à la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire. Suite à une tentative de suicide, le recourant a été hospitalisé aux HUG au service de psychiatrie de liaison et d'intervention de crise, unité de psychiatrie hospitalière adulte, du 24 septembre au 29 octobre 2009. Le résumé de séjour y relatif a été transmis au Tribunal de céans par courrier du 13 janvier 2010. Dans un avis du 10 février 2010, le SMR s'est prononcé sur le résumé de séjour susmentionné. Ce troisième épisode dépressif, d'une intensité sévère et d'une durée limitée dans le temps, a évolué favorablement et est réactionnel à la décision de refus de prestations. Il s'agit par conséquent d'un épisode transitoire, postérieur à la décision de refus, n'entraînant aucune incapacité de travail durable au-delà de la durée de l'hospitalisation. Se fondant sur cet avis, l'intimé sollicite, par courrier du 15 février 2010, le rejet du recours, le recourant n'ayant pu démontrer une aggravation de son état de santé. L'office invoque notamment la jurisprudence relative à la valeur probante des rapports médicaux et considère que les avis des médecins traitants de l'assuré doivent être pris avec circonspection en raison de leur position de confident s privilégié s , au contraire des rapports du SMR, auxquels il convient de reconnaître une pleine valeur probante. Le recourant et l'intimé persistent dans leur position par courriers des 16 mars et 13 avril 2010, respectivement 31 mars 2010. Le Dr E\_\_\_\_\_ a été entendu le 22 juin 2010 par le Tribunal de céans. Il a indiqué que les troubles de panique n'étaient pas au premier plan. L'évolution clinique était globalement stable sans qu'il n'y ait d'amélioration claire. Le pronostic était mauvais compte tenu de l'évolution jusqu'alors. Le recourant bénéficiait du programme de dépression des HUG depuis au moins deux ans et de plusieurs traitements médicamenteux. Malgré cela, son état restait d'intensité moyenne à sévère. Pour juger de l'intensité d'un état dépressif, les idées suicidaires et le tentamen ne constituent qu'un critère. L'absence d'atteinte à la capacité de concentration ou d'attention ne signifie pas qu'il n'y ait pas d'état dépressif moyen à sévère. Suite à l'hospitalisation au mois de février 2009, le traitement pharmacologique a été adapté et le recourant a été intégré dans différents group e s. Il a suivi un programme dispensé par une équipe pluridisciplinaire biologique, psychologique et sociale. Le Dr E\_\_\_\_\_ a également confirmé les divers rapports qu'il a établis. Les rapports sociaux du recourant sont limités. En effet, à l'exception de son épouse, il n'a pas d'autres contacts. Suite aux hospitalisations, une amélioration sous forme d'une diminution de l'intensité et non pas dans le sens de la disparition de la dépression, a été relevée. Le praticien a en outre déclaré qu'il n'avait pas constaté de trouble somatoforme douloureux, la plainte principale du patient ne portant pas sur les douleurs. Les troubles psychiques n'étaient pas dus à une seule cause. Des facteurs

liés au psychisme existaient et étaient intégrés à la maladie elle-même. L'aspect social difficile créait des soucis supplémentaires. Par courrier du 29 juin 2010, l'intimé persiste dans ses conclusions, alléguant que le Dr E\_\_\_\_\_ devait être considéré comme le psychiatre traitant du recourant, de sorte qu'il fallait prendre ses déclarations avec circonspection. En outre, tant l'état psychique que la tentative de suicide étaient liés à un facteur social. En annexe à son courrier, l'intimé a fourni un avis du SMR du 29 juin 2010 duquel il ressort que l'état mental du recourant semblait plutôt s'apparenter à une dysthymie et que l'audition du psychiatre traitant avait démontré qu'il s'agissait bien plus d'une évaluation différente d'un même état de faits. Par courriers des 8 et 14 juillet 2010, le recourant a persisté dans ses conclusions. Les écritures du recourant ont été transmises à l'intimé et la cause gardée à juger. EN DROIT Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA ; RS 830.1) qui sont 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. Déposé dans les forme et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 39 al. 1 et 60 al. 2 LPGA). Dès lors que la demande de prestations date de 2009, la LPGA et la 5 e révision de la LAI, entrées en vigueur le 1 er août 2003, respectivement le 1 er janvier 2008, sont applicables. Est seul litigieux en l'espèce le droit du recourant à une rente d'invalidité en raison de ses troubles psychiques. a) En vertu des art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée et résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Quant à l'incapacité de gain, elle est définie à l'art. 7 LPGA comme la diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré, 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. 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). b) Selon l'art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur dès le 1er janvier 2004, 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) 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 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine). 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. 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). 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). b) Selon la jurisprudence, des troubles somatoformes douloureux peuvent, dans certaines circonstances, conduire à une incapacité de travail (ATF 120 V 119, consid. 2c/cc ; RAMA 1996 n° U 256 p. 217 ss consid. 5 et 6). De tels troubles entrent dans la catégorie des affections psychiques, pour lesquelles une expertise psychiatrique est en principe nécessaire quant il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail qu'ils sont susceptibles d'entraîner (VSI 2000, p. 160 consid. 4b ; ATF 130 V 352 consid. 2.2.2 et les arrêts cités). Compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives de l'assuré ne suffisent pas pour justifier une invalidité (entière ou partielle). Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation des douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation de ce droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2). Si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figure la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (voir KOPP/WILLI/KLIPSTEIN, im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten, in : Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1997, p. 1434, avec références à une étude approfondie de Winckler et Foerster). a) La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office de l'assurance-invalidité, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'assurance-invalidité (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). Par ailleurs, conformément aux art. 59 al. 2bis LAI et 49 RAI, les services médicaux régionaux (SMR) sont à la disposition des offices AI pour évaluer les conditions médicales du droit aux prestations. 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 et les références ; ATF 115 V 134 consid. 2 ; 114 V 314 consid. 3c; 105 V 158 consid. 1 in fine). b) En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et

l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références). Un rapport du SMR qui répond aux réquisits jurisprudentiels précités dispose d'une pleine valeur probante (arrêt 9C\_323/2009 du 14 juillet 2009, consid. 4.3.1 et les références citées). Par contre, les déclarations du SMR qui se fondent sur les documents médicaux ainsi que sur une discussion informelle et qui constituent ainsi des rapports au sens de l'art. 49 al. 3 RAI servent à la prise de décision interne à l'assurance et ne remplacent pas une vérification médicale spécialisée (arrêt I\_978/06 du 22 février 2007, consid. 2.3). Il y lieu de rappeler à ce stade que lorsqu'il apprécie 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). Selon le principe de la libre appréciation des preuves, l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Dès lors, le juge 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. Lorsque les rapports médicaux sont contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre (ATF non publié du 23 juin 2008, 9C\_773/2007 consid. 2.1). 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). a) En l'espèce, lors de la prise de la décision querellée, l'intimé disposait de plusieurs rapports et résumés de séjours hospitaliers établis par les médecins traitants, selon lesquels le recourant souffrait d'un trouble dépressif récurrent d'intensité moyenne du mois de mai 2008 au mois de janvier 2009 (cf. rapport de la C\_\_\_\_\_ du 10 septembre 2008) et d'intensité sévère au mois de février 2007 (cf. courrier de M. T\_\_\_\_\_ du 28 février 2007), entre mars et mai 2008 (cf. résumé du séjour en unité d'observation et évaluation du 2 mai 2008, certificat de la Dresse C\_\_\_\_\_ du 21 avril 2008) puis à nouveau dès la fin mois de janvier 2009 à tout le moins (cf. résumés de séjour au département de psychiatrie des HUG du 16 mars 2009 et rapport de la Dresse C\_\_\_\_\_ et du Dr F\_\_\_\_\_ du 28 janvier 2009, rapports du Dr E\_\_\_\_\_ des 22 avril et 15 juin 2009). Dans un courrier du 5 octobre 2009, le Dr E\_\_\_\_\_ a indiqué quelle était l'intensité de l'état dépressif, évaluée selon l'échelle de

dépression MADRS (Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale), en date des 8 et 19 mai, 2 juin, 10 septembre 2008, 20 janvier, 23 avril et 13 mai 2009. Le Tribunal considère que ces rapports doivent être pris avec circonspection pour les motifs suivants. Ils ne répondent tout d'abord pas aux conditions jurisprudentielles pour leur reconnaître une pleine valeur probante. En effet, s'ils reposent vraisemblablement sur des examens complets, ils ne précisent pas ou peu leurs résultats et les plaintes exprimées par le patient. L'anamnèse est peu développée. Si leurs conclusions sont claires, elles ne sont pas dûment motivées et reposent, pour la plupart à tout le moins, sur un procédé d'évaluation schématique, le MADRS, qui se fonde sur des renseignements et estimations données par le patient, et qui n'a qu'une fonction complémentaire. En effet, dans ce contexte est seul déterminant l'examen clinique, avec anamnèse, description des symptômes et observation du comportement du patient (cf. arrêt 9C\_775/2008 du 15 septembre 2009, consid. 3.3 et / :391/06 du 9 août 2006, consid. 3.2.2). Or, comme cela a été relevé ci-dessus, les rapports des médecins traitants ne contiennent pas ces éléments. Ils constituent toutefois des indices sérieux d'une aggravation de l'état de santé du recourant vraisemblablement depuis la fin du mois de janvier 2009, soit bien avant que la décision ne soit rendue. b) Dans un rapport d'examen du SMR du 3 décembre 2008, la Dresse B \_\_\_\_\_ n'a retenu aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail sur le plan psychiatrique (Z 71.1). Elle a toutefois fait état des diagnostics suivants sans répercussion sur la capacité de travail : détresse psychosociale (Z60.8), trouble somatoforme douloureux persistant, associé à une composante dépressive légère (F45.4 et F32.0) et personnalité dépendante (F60.7). Elle n'exclut ni l'éventualité passée d'un épisode dépressif d'intensité sévère ni celle d'un épisode d'intensité moyenne. S'agissant des limitations fonctionnelles, elle indique « aucune sur le plan psychiatrique. Si l'assuré parvenait à inverser son positionnement dans un rôle de malade, il aurait totalement les moyens psychiatriques d'exercer une activité professionnelle à plein temps ». Ce document doit également être pris avec circonspection. En effet, il ne répond pas non plus aux réquisits jurisprudentiels qui, s'ils avaient été remplis, auraient permis de lui reconnaître une pleine valeur probante. La Dresse B \_\_\_\_\_ part tout d'abord sur une prémisse erronée. En effet, contrairement à ce qu'elle indique en préambule, la Dresse C \_\_\_\_\_ n'a pas retenu d'état dépressif sévère dans son rapport du 10 septembre 2008 mais un trouble dépressif récurrent dont l'épisode était alors moyen, avec syndrome somatique. En outre, l'expert a considéré qu'il n'y avait pas de diagnostic sur le plan psychiatrique entraînant des répercussions sur la capacité de travail du recourant tout en se référant à la CIM-10, sous-catégorie Z71.1 intitulée « sujet inquiet de son état de santé (sans diagnostic) » comprenant le « bien-portant inquiet » et les affections non prouvées. S'agissant des limitations fonctionnelles, l'expert n'en retient aucune tout en reconnaissant que pour pouvoir exercer une activité professionnelle à plein temps, l'assuré devait inverser son positionnement. Par ailleurs, les plaintes du recourant ne sont pas ou peu précisées dans le rapport et les conclusions sont peu claires. En outre, l'examen du SMR a été réalisé le 20 novembre 2008, alors que le recourant présentait un état dépressif d'intensité moyenne à tout le moins depuis le mois de mai 2008 (cf. notamment rapport de la Dresse C \_\_\_\_\_ du 10 septembre 2008, courrier du Dr G \_\_\_\_\_ et de la Dresse C \_\_\_\_\_ du 28 janvier 2009 et courrier du Dr E \_\_\_\_\_ du 5 octobre 2009). Il est ainsi envisageable que l'examen ait été réalisé alors que l'état psychique du recourant s'était temporairement amélioré, ce que la Dresse B \_\_\_\_\_ n'exclut du reste pas. Cela étant, malgré tout, ce rapport du 20 novembre 2008 dispose d'une valeur probante affaiblie. c) Enfin, l'intimé disposait de brefs avis du

SMR, qu'il convient de qualifier de rapports destinés à la prise de décision interne. Ces documents ne répondent à l'évidence pas aux réquisits jurisprudentiels de sorte qu'aucune valeur probante ne peut leur être reconnue. Par ailleurs, ils ne remplacent pas des examens médicaux spécialisés. S'agissant plus particulièrement de l'avis du SMR du 4 août 2009, il est lacunaire dès lors qu'il n'explique pas pour quelles raisons le recourant ne présentait que des effondrements psychiques de courte durée, de 15 jours à trois mois. Rien dans le rapport ne permet de comprendre les raisons pour lesquelles le psychiatre du SMR, dont le nom n'a d'ailleurs pas été indiqué, a retenu de telles durées, qui semblent dès lors avoir été arrêtées de manière arbitraire. d) Il ressort ainsi de ce qui précède que lors de la prise de décision querellée, l'intimé disposait de documents médicaux dont la valeur probante était affaiblie. En outre, l'examen du SMR a été réalisé le 3 décembre 2008 soit près de 10 mois avant la décision querellée datée du 14 septembre 2009 et les rapports établis postérieurement par les médecins traitants mentionnaient une aggravation de l'état mental du recourant avec l'apparition d'un trouble dépressif d'intensité sévère (voir le résumé de séjour au département de psychiatrie des HUG du 16 mars 2009 et rapport de la Dresse C \_\_\_\_\_ et du Dr F \_\_\_\_\_ du 28 janvier 2009, rapports du Dr E \_\_\_\_\_ des 22 avril et 15 juin 2009). Compte tenu de ces nombreuses pièces mentionnant un état dépressif d'intensité sévère et de l'écoulement de près de 10 mois depuis l'examen du SMR, l'intimé se devait de réaliser des investigations complémentaires avant de rendre sa décision et soumettre le recourant à une nouvelle expertise ce d'autant plus que cette mesure avait été requise par le recourant. Contrairement à ce qu'indique l'intimé dans la décision querellée, le fait de solliciter l'avis du SMR ne constitue pas une instruction complémentaire. En effet, conformément à la jurisprudence fédérale (arrêt I\_978/06 du 22 février 2007, consid. 2.3), les avis du SMR constituent des rapports au sens de l'art. 49 al. 3 RAI servant à la prise de décision interne mais ne remplaçant pas une vérification médicale. Le Tribunal de céans considère par conséquent que l'intimé ne disposait pas de suffisamment d'éléments pour statuer en connaissance de cause, aucune pièce médicale ne disposant d'une valeur probante suffisante. Il convient donc de renvoyer le dossier à l'intimé afin qu'il effectue une instruction complémentaire sous la forme d'une expertise psychiatrique qui devra notamment préciser si le trouble somatoforme douloureux est toujours présent et évaluer la capacité de travail du recourant sur le plan psychique. A l'issue de cette mesure complémentaire, il appartiendra à l'intimé de rendre une nouvelle décision sur le droit à la rente. Eu égard à ce qui précède, le recours du 19 octobre 2009 sera partiellement admis et la cause renvoyée à l'intimé. La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI étant soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI), un émolument de 500 fr. sera mis à la charge de l'intimé. Par ailleurs, le recourant obtenant gain de cause, une indemnité de 2'000 fr. lui est accordée à titre de dépens (art. 61 let. g LPG). PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : L'admet partiellement et annule la décision du 14 septembre 2009. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Condamne l'intimé au versement au recourant d'un montant de 2'000 fr. à titre de dépens. Met un émolument de 500 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-WANGELER La secrétaire-juriste : Nicole WENGER 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.