

## **GE\_GERICHTE A/3170/2012 vom 8. Mai 2013**

GE Cour de justice, 2013-05-08, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_3170\\_2012](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3170_2012)

FR: GE\_GERICHTE A/3170/2012 du 8 mai 2013

IT: GE\_GERICHTE A/3170/2012 del 8 maggio 2013

### **Erwägungen**

#### **E. 4**

ème Chambre En la cause Monsieur D \_\_\_\_\_, domicilié à Genève, représenté par Madame E \_\_\_\_\_, CSP- CENTRE SOCIAL PROTESTANT recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue des Gares 12, GENEVE intimé EN FAIT Monsieur D \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1968, d'origine kosovare, est arrivé en Suisse le 3 décembre 1998. Il y a exercé des activités dans le domaine du bâtiment et du nettoyage, notamment auprès des sociétés X \_\_\_\_\_ SA et Y \_\_\_\_\_ Sàrl entre le 18 avril 2005, respectivement le 1 er janvier 2007, et le 31 mars 2009, date pour laquelle il a été licencié dans les deux entreprises. Le 1 er avril 2009, l'assuré s'est inscrit auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'EMPLOI (ci-après : OCE). Le 25 mai 2009, l'assuré a déposé, par l'intermédiaire de Z \_\_\_\_\_ (l'assureur perte de gain de son employeur ; ci-après : l'assureur perte de gain), une demande de prestations auprès de l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé). Il y expliquait notamment avoir été totalement incapable de travailler du 21 octobre 2008 au 30 avril 2009 et en incapacité partielle, à raison de 50%, depuis le 1 er mai 2009. Le 3 juin 2009, l'assureur perte de gain a transmis à l'OAI, outre le formulaire de demande, divers documents dont notamment les suivants : Un rapport daté du 27 janvier 2008 (recte 2009) du Dr L \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et psychiatre traitant, dans lequel étaient posés les diagnostics suivants : 1) avec répercussion sur la capacité de travail : dépression majeure (F32.2) depuis fin septembre 2008 et 2) sans répercussion sur la capacité de travail : douleurs post-traumatiques de l'épaule gauche avec limitation fonctionnelle suite à une chute au travail en mai 2008. Les plaintes de l'assuré étaient alors les suivantes : anhédonie, tristesse tous les jours, asthénie, idéation suicidaire sans projet, sentiment de dévalorisation et d'incurabilité ainsi que de culpabilité, céphalées, insomnie. Quant aux constats cliniques du Dr L \_\_\_\_\_, ils étaient décrits comme suit : l'assuré était bien présenté mais un peu bouffi (l'assuré n'arrivant pas à se mobiliser ni à faire de l'exercice physique), faciès figé triste, troubles de la concentration évidents en entretien, idéation suicidaire, culpabilité. Un courrier daté du 13 mars 2009, adressé au médecin-conseil de l'assureur perte de gain, dans lequel le Dr L \_\_\_\_\_ indiquait qu'il considérait qu'il y avait plus de 90% de chances que l'assuré pût s'inscrire au chômage avec une reprise du travail à 50% dès le 1 er avril 2009. Il estimait à 50 à 80% une augmentation de la capacité de travail à 100% dès le 1 er mai 2009 et à 70-90% dès le 1 er juin 2009. En effet, depuis le début du mois de février, il constatait les premiers signes d'une rémission partielle. L'adhésion au traitement était excellente. Dans la mesure où l'assuré souffrait d'un premier épisode dépressif, les risques de rechute n'étaient que de 50% la première année après une rémission complète, voire moins encore si le traitement antidépresseur était poursuivi pendant 12 mois au moins. Du 22 juin 2009 au 13 septembre 2009, l'assuré a été totalement incapable de travailler. Dès le

14 septembre 2009, la capacité de travail a été de 50%. Le 29 juin 2009, la Dresse M\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne générale et médecin traitant de l'assuré, a indiqué, dans un rapport adressé à l'OAI, que son patient souffrait des atteintes suivantes, avec effet sur la capacité de travail : décompensation psychique, atteinte pour laquelle elle renvoyait au Dr L\_\_\_\_\_, ainsi que tendinite post-traumatique de l'épaule gauche et du coude gauche. Les diagnostics de dyslipidémie, de déficit en vitamine B12, de stéatose hépatique et de tabagisme étaient également posés mais ils n'entraînaient aucune répercussion sur la capacité de travail. L'assuré était incapable de travailler pour des motifs psychiques, raison pour laquelle la Dresse M\_\_\_\_\_ ne pouvait répondre aux questions liées à l'activité habituelle et à son exigibilité. Dans un rapport du 4 août 2009 adressé à l'OAI, le Dr L\_\_\_\_\_ a qualifié, après avoir détaillé les symptômes présentés par son patient et l'évolution de son état de santé, le trouble dépressif de moyen, sans symptômes psychotiques (F32.1) et a précisé qu'il s'agissait désormais d'une dépression bien installée, de sorte qu'il ne pouvait être question d'un trouble de l'adaptation. Une première amélioration sous traitement, courant février 2009, était encourageante, mais la rémission restait partielle avec un probable fléchissement dès avril. L'épisode dépressif ne pouvait pas encore être qualifié de résistant dès lors qu'il y avait une réponse partielle au traitement. Le psychiatre traitant précisait que l'assuré était totalement incapable de reprendre son activité habituelle. Le 22 mars 2010, la Dresse M\_\_\_\_\_ a indiqué à l'OAI que l'état de son patient était resté stationnaire et qu'il n'y avait pas de modification dans les diagnostics sur le plan somatique. Elle renvoyait pour le surplus au Dr L\_\_\_\_\_ pour l'appréciation médicale sur le plan psychique. Pour sa part, le Dr L\_\_\_\_\_ a indiqué, dans un rapport du 1<sup>er</sup> avril 2010 adressé à l'OAI, que l'état de santé de l'assuré s'était légèrement amélioré depuis son rapport du 3 août 2009. Les divers changements opérés dans les traitements antidépresseurs semblaient apporter une amélioration dans le status clinique mais son patient était encore très loin d'une rémission complète. Cependant, il n'y avait pas de changement dans les diagnostics, la dépression sévère (F32.2) constituait toujours le diagnostic handicapant, avec des aspects anxieux venant parfois au premier plan. L'évolution était modestement positive depuis le mois de septembre, ce qui avait permis une reprise du travail à 50%, sous forme d'un cours de français accordé par l'OCE que l'assuré avait dû interrompre en juin 2009 en raison de troubles cognitifs massifs liés à la dépression. Sur le plan psychique, l'assuré avait encore de la peine à se concentrer durant une séance entière et c'était souvent son épouse qui devait prendre la relève pour assurer la traduction de l'albanais ou donner des informations concrètes et correctement datées. Sur le plan somatique, l'assuré présentait une dégradation (perturbation des tests hépatiques, des lipides et de la ferritine) pouvant peut-être expliquer, du moins en partie, l'asthénie massive persistante. La capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle, plus particulièrement en raison de l'asthénie globale et massive, de sorte que des mesures de reclassement professionnel étaient nécessaires. Le 21 avril 2010, l'assureur perte de gain a encore transmis à l'OAI, outre les rapports du Dr L\_\_\_\_\_ des 27 janvier 2008 (recte 2009) et 13 mars déjà remis, les documents suivants : Un rapport du médecin précité, daté du 12 octobre 2009, dans lequel les diagnostics suivants, avec répercussion sur la capacité de travail, étaient posés : trouble dépressif sévère, sans symptômes psychotiques (F32.2) et difficultés liées à l'emploi et au chômage : licenciement précédé de probable mobbing au sein de l'entreprise où il travaillait depuis plusieurs années. Le Dr L\_\_\_\_\_ décrivait les symptômes constatés, permettant de poser les diagnostics retenus, ainsi que l'évolution du status mental et du traitement entre le octobre 2008 et octobre 2009. La capacité de travail

de l'assuré était de 50% ce qui devait lui permettre de pouvoir se présenter au chômage. Un rapport du Dr L\_\_\_\_\_, daté du 1<sup>er</sup> avril 2010, dans lequel ce dernier répétait les diagnostics déjà posés le 12 octobre 2009. Il ajoutait en outre que le traitement antidépresseur avait dû être adapté, l'assuré ne prenant notamment certains médicaments qu'en fonction des symptômes. Le 6 septembre 2010, la Dresse M\_\_\_\_\_ a précisé que l'état de l'assuré était resté stationnaire sur le plan somatique et a renvoyé l'OAI au Dr L\_\_\_\_\_ s'agissant de son état psychique. Dans le cadre du chômage, l'assuré a participé, à 50%, à un stage d'évaluation auprès de PRO, Entreprise Sociale Privée d'Intégration et de Réinsertion Professionnelle (ci-après : PRO) du 6 septembre au 19 octobre 2010. Selon le rapport y relatif daté du 27 octobre 2010, les travaux effectués étant les suivants : montage de cartons de support pour produits, étiquetage et déconditionnement de produits. L'assuré était doté de bonnes capacités de travail, étant habile de ses mains, comprenant sans difficultés les consignes qui lui avaient été données et maîtrisant rapidement chaque nouvelle tâche. Il était concentré sur son travail, faisait preuve de conscience professionnelle et produisait un travail de qualité. Son rythme de travail était considéré comme plutôt rapide en dépit du tremblement occasionnel de ses mains. Ses capacités d'adaptation et de relation avec ses collègues et supérieurs étaient bonnes. Cela étant, malgré cela, l'assuré avait montré une incapacité à pouvoir assumer son stage jusqu'au bout, invoquant des vertiges, des maux de tête, une sensation d'oppression au niveau de la poitrine lorsqu'il respirait avec la bouche, sensation qui lui donnait l'impression de perdre toute force dans les membres inférieurs, des tremblements au niveau de ses mains lorsqu'il se sentait oppressé ou qu'il éprouvait des vertiges et une très grande fatigue. Selon une note téléphonique du 3 mars 2011, l'assuré était au chômage à raison de 50% et percevait une allocation pour perte de gain correspondant à 50%. Dans un rapport du 10 mars 2011 adressé à l'OAI, le Dr L\_\_\_\_\_ a indiqué que l'état de santé de l'assuré était resté globalement stationnaire tant dans la nature que dans l'intensité des plaintes. Les diagnostics retenus étaient ceux d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2), déjà évoqué, ainsi que de trouble somatoforme non différencié (F45.1), étant précisé que c'était la dépression sévère qui constituait le diagnostic handicapant. Les plaintes de l'assuré étaient les suivantes : asthénie massive, douleurs somatiques, portant sur des céphalées avec inquiétude permanente, troubles cognitifs indéniables en termes de concentration et de mémoire, ralentissement psychomoteur important. L'année 2010 avait été marquée par une augmentation de la dépendance par rapport à l'entourage, un découragement par rapport aux modalités de traitement proposées et une perte d'espoir. Les troubles du sommeil, l'anxiété et la douleur morale étaient importants. L'évolution était défavorable, une rémission même partielle n'ayant jamais pu être atteinte. L'assuré perdait des compétences et régressait à mesure que le temps passait sans amélioration. Selon une note interne de l'OAI du 14 mars 2011, l'assuré présentait un taux d'invalidité moyen de 82% entre les mois d'octobre 2008 et 2009. Par avis du 23 mars 2011, le Dr N\_\_\_\_\_, médecin praticien FMH auprès du SERVICE MEDICAL REGIONAL de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a proposé une expertise rhumato-psychiatrique ou un examen rhumato-psychiatrique auprès du SMR. Le 30 mai 2011, ce même médecin a modifié ses conclusions, suggérant plutôt une expertise dans les domaines psychiatrique et de médecine interne auprès du CENTRE d'EXPERTISE MEDICALE (ci-après : CEMED) à Nyon. Les Drs O\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et P\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, médecins auprès du CEMED, ont examiné l'assuré les 12 et 18 août 2012 et établi un

rapport en date du 10 février 2012. Selon le rapport précité, les diagnostics retenus étaient ceux de douleurs scapulaires gauches après accident, stéatose hépatique non alcoolique, hypovitaminose B12 compensée, dorsolombalgies, cholélithiase avec cholécystite en 2008, dysthymie/dysphorie (F34.1) et processus d'invalidation (F68.0) et ils n'avaient pas d'incidence sur la capacité de travail. Sur le plan somatique, l'examen de médecine interne a été effectué en présence d'un interprète et a duré plus d'une heure. Il était rendu difficile en raison de l'incapacité de l'assuré à se souvenir des dates de ses problèmes et à préciser ses affections médicales en dehors de ses douleurs et de sa fatigue. Les plaintes étaient multiples et mal systématisées. La collaboration était cependant bonne et, grâce au documents du dossier, une anamnèse fiable avait pu être établie. S'agissant de l'épaule gauche, des douleurs à la mobilisation passive en fin d'amplitude, sans diminution manifeste de l'amplitude articulaire, avaient été mises en évidence. Lesdites douleurs n'avaient cependant pas de retentissement sur la capacité de travail, à l'exception des limitations fonctionnelles (pas de mouvements répétés du membre supérieur gauche) qu'elles entraînaient. Concernant l'affection hépatique, soit la probable stéatose hépatique non alcoolique, elle n'entraînait pas de symptômes et était donc sans impact sur la capacité de travail. L'hypovitaminose B12 avait été compensée par des injections. Enfin, s'agissant des dorso-lombalgies, les documents radiologiques à disposition montraient une double scoliose cervico-dorso-lombaire ainsi qu'une ébauche de spondylose cervicale, atteintes qui ne pouvaient justifier qu'une limitation dans le port répété de charge supérieures à 10 kg et les mouvements répétés de torsion de la colonne. Quant aux autres affections retenues, elles n'entraînaient aucune limitation de la capacité de travail. Sur le plan psychiatrique, l'examen a également eu lieu en présence d'un traducteur. L'assuré paraissait plus âgé que ses 43 ans et était mal rasé. Son hygiène était en outre limite. Après avoir franchi la porte de la pièce de consultation, l'assuré gémissait, exprimait une certaine gêne et balançait sa tête de droite à gauche, hyperventilant légèrement. Plus il exprimait son mal-être, plus les manifestations précitées s'accroissaient. Par la suite, lors de l'anamnèse systématique, les gémissements et les balancements de la tête diminuaient, voire s'arrêtaient. Plus il était interrogé ou surpris par une question, moins l'assuré avait de telles manifestations. L'expert en concluait par conséquent que l'assuré avait un comportement démonstratif. La plupart du temps, l'expertisé était fuyant et ne répondait pas aux questions posées, allant immédiatement dans ses plaintes et l'explication de son mal-être et de ses atteintes. Lorsqu'une réponse précise était demandée, l'assuré n'y parvenait pas ou détournait la question. Malgré la façade de participation, la collaboration était nettement insuffisante. L'expression verbale était d'abord faible puis plus accentuée. En deuxième partie d'examen, la voix de l'assuré ainsi que son débit étaient normaux, l'interprète ayant en outre précisé qu'il n'y avait pas de défaut majeur s'agissant de l'expression dans sa langue maternelle. L'assuré était capable de se concentrer, d'être attentif et il n'avait pas de problème majeur de mémoire. S'il faisait certes état de fatigue, il n'en avait pas donné les signes durant l'examen. Le contenu du discours était fixé sur l'atteinte. Il n'y avait pas de symptômes de la lignée psychotique. Sur le plan affectif, l'assuré exprimait majoritairement son insatisfaction, un mal-être diffus, une amertume par rapport à sa vie, une irritabilité, un mécontentement et de la morosité. Dans ce contexte, toutes les expressions corporelles, physiologiques et verbales étaient cohérentes. L'énergie vitale était légèrement réduite. L'assuré n'évoquait aucun plaisir, aucune ouverture aux choses de la vie et se décrivait dans un état végétatif entre lit et canapé chez lui. Il n'était pas anxieux en situation d'examen. Il transpirait parfois mais ne présentait pas d'autres symptômes neurovégétatifs. Cependant,

l'expert n'avait pas été en mesure d'obtenir une anamnèse sur le problème de l'état dépressif et notamment sur la chronologie des troubles. L'expert-psychiatre relevait en outre un tableau dysphorique associé à une multitude d'éléments comportementaux et un déconditionnement global, expliquant selon lui clairement l'absence d'un diagnostic psychiatrique plus sévère. Pour l'expert, il ne s'agissait pas d'un état dépressif au sens clinique du terme ou d'une autre pathologie psychiatrique. S'agissant du compte-rendu du stage d'observation dans une entreprise sociale privée que l'assuré avait effectué, il permettait de confirmer les conclusions des experts, à savoir qu'il s'agissait d'un déconditionnement et d'un processus d'invalidation, les facteurs médicaux proprement dits étant minoritaires, ce qui se reflétait objectivement dans le peu de diagnostics et de traitement, raison pour laquelle les diagnostics de dysthymie/dysphorie et de processus d'invalidation étaient retenus. L'expert n'avait en outre constaté aucun trouble somatoforme ou trouble somatoforme douloureux, le tableau clinique étant marqué par des éléments cliniques comportementaux, voire une amplification, ce qui rendait ainsi le diagnostic différentiel difficile. S'agissant de la capacité de travail antérieure, il était très difficile de se prononcer, l'expert proposant toutefois de retenir les certificats d'incapacités établis par le Dr L\_\_\_\_\_ jusqu'à une année, voire une année et demi après le début de l'atteinte. En conclusion, les experts ne renaient aucune incapacité de travail, l'assuré étant totalement capable d'exercer son activité habituelle en respectant les limitations fonctionnelles posées (pas de mouvements répétés de l'épaule gauche ni de sollicitations en force de cette articulation, pas de port répétitif de charges de plus de 10 kg et de torsions du tronc répétées). En annexe à l'expertise figuraient divers documents dont notamment les suivants : Les résultats des tests hématologiques et de chimie cliniques effectués à la demande du Dr L\_\_\_\_\_ (3 novembre 2008), de la Dresse M\_\_\_\_\_ (25 mai 2009) et du CEMED (19 août 2011) ; Un résumé de séjour au Service des urgences des HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE GENEVE (HUG) le 19 avril 2011, en raison de lombalgies ; Le rapport d'évaluation du stage d'observation à 50% effectué chez PRO daté du 27 octobre 2010. Dans un avis du 2 août 2012, la Dresse Q\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne auprès du SMR, a considéré que la capacité de travail de l'assuré était pleine et entière dans l'activité habituelle dès le 10 février 2009, sans diminution de rendement dans la mesure où le Dr L\_\_\_\_\_ avait considéré, dans un rapport du 4 août 2009, que les symptômes persistaient mais à un degré bien moindre et désormais très fluctuant, l'assuré étant certains jours guéri à 80% et d'autres à 30%, cette amélioration s'étant confirmée au cours des mois qui avaient suivi comme cela ressortait du rapport du Dr L\_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> avril 2010. Par décision du 27 septembre 2012, l'OAI a rejeté la demande de l'assuré, motif pris que sa capacité de travail était entière depuis le 10 février 2009. L'assuré, sous la plume de son conseil, a interjeté recours par écriture du 20 octobre 2012, concluant, sous suite de frais et dépens, principalement à l'annulation de la décision du 27 septembre 2012 et à la constatation des incapacités de travail et cela fait, à l'octroi d'une demi-rente du 22 octobre 2009 au 30 septembre 2010 et d'une rente entière dès le 1<sup>er</sup> octobre 2010, subsidiairement à l'audition des Drs L\_\_\_\_\_, R\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et , chef de clinique, spécialisé en psychiatrie, et à la réalisation d'une expertise judiciaire. A l'appui de ses conclusions, le recourant produit un courrier du Dr L\_\_\_\_\_ du 14 octobre 2012, dans lequel ce médecin relève des contradictions et des incohérences de l'expertise du CEMED, s'opposant en outre formellement aux conclusions de cette dernière. Le Dr L\_\_\_\_\_ indique également avoir adressé le recourant au Dr R\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie de langue

albanaise, qui l'a reçu, pour second avis, le 12 septembre 2012. Le psychiatre-traitant mentionne en outre une aggravation de l'état de santé de son patient, qui a dû être admis au Centre ambulatoire de psychiatrie et de psychothérapie intégré (CAPPI) de la Servette dès le 11 octobre 2012. En effet, dans un nouveau mouvement de doute et de désespoir, le recourant a, à nouveau, cessé toute prise médicamenteuse en août 2012. Environ deux mois après l'interruption de son traitement, il a présenté une augmentation de l'irritabilité, des crises clastiques où il a notamment frappé tous les membres de sa famille ainsi qu'une recrudescence des idées suicidaires depuis début octobre. La fille du recourant, couverte de bleus, a ainsi attiré l'attention de sa maîtresse d'école, qui a convoqué les parents et alerté les services compétents. Dans la mesure où le suivi au CAPPI était en admission complète, le Dr L\_\_\_\_\_ n'allait plus revoir le recourant pendant la durée du suivi. Ce médecin a encore précisé que le contrat de départ incluait la réintroduction immédiate du traitement médicamenteux et des nuits dans l'institution afin de diminuer la pression et protéger autrui du recourant et ce dernier de lui-même. Si cette solution en milieu ouvert ne devait pas suffire, une hospitalisation à Belle-Idée était envisagée. Le 5 novembre 2012, le recourant produit encore un certificat du CAPPI de la Servette, daté du 18 octobre 2012, dans lequel le diagnostic d'état dépressif sévère, sans symptôme psychotique est posé. Il y est également précisé qu'il s'agit d'un suivi de crise au vu de la sévérité de l'état actuel, dont la durée est indéterminée mais ne devrait pas excéder deux mois. Compte tenu des pièces médicales nouvelles et de l'avis du SMR du 13 novembre 2012, l'intimé considère, dans son courrier du 19 novembre 2012, qu'il convient de procéder à un complément d'instruction et conclut au renvoi du dossier. En annexe à ce courrier figure l'avis du SMR, de la Dresse T\_\_\_\_\_, dans lequel ce médecin considère qu'une aggravation a été rendue vraisemblable. Par courrier du 4 décembre 2012, le recourant communique à la Cour de céans un courriel du Dr L\_\_\_\_\_ daté du 3 décembre 2012, dans lequel ce médecin indique que son patient a dû être hospitalisé à Belle-Idée pour une période indéterminée, mais vraisemblablement longue. Pour le Dr L\_\_\_\_\_, le fait qu'il y ait aggravation manifeste et intervention médicale massive ne signifie aucunement, contrairement à ce qu'indiquait le Dr O\_\_\_\_\_ dans l'expertise du CEMED, qu'on puisse banaliser l'état de santé du recourant avant ces nouveaux développements. En effet, il existait de « bout en bout » un trouble dépressif sévère et incapacitant, requérant l'aide des proches du recourant pour les actes quotidiens. Pour le surplus, le recourant persiste dans ses conclusions et notamment dans celles tendant à la réalisation d'une expertise psychiatrique. Sur ce, la cause a été gardée à juger. EN DROIT Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1er 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. 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). 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). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (ATFA non publié I 249/05 du 11 juillet 2006, consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322). 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 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité, singulièrement sur la valeur probante du rapport du CEMED. A titre liminaire, il y a lieu de constater que dans sa réponse du 19 novembre 2012, l'intimé conclut au renvoi du dossier pour instruction complémentaire. Cela étant, dans la mesure où le recourant persiste dans ses conclusions et qu'il conteste notamment la valeur probante du rapport du CEMED du 10 février 2012, il y a lieu d'examiner cette question avant un éventuel renvoi à l'intimé. a) 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). b) 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. 28 al. 2 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 (ATFA non publié I 654/00 du 9 avril 2001, consid. 1). c) 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 ; ATFA non publié I 786/04 du

19 janvier 2006, consid. 3.1). 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; ATFA non publié I 237/04 du 30 novembre 2004, consid. 4.2). 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 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. 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). a) 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). b) En ce qui concerne les 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). c) 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 Nr. 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 (ATF non publié 9C\_369/2008 du 5 mars 2009, consid. 2.2). 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) 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'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, 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 le principe 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 serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (ATF non publié 9C\_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170 consid. 2). Le Tribunal fédéral a récemment précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5). En l'espèce, l'OAI s'est fondé sur le rapport du CEMED et l'avis du SMR quant à la durée de l'incapacité de travail pour nier, dans la décision querellée, le droit du recourant à toute rente d'invalidité. Il y a donc lieu d'examiner la valeur probante de ces pièces médicales du dossier. a) Si le rapport du CEMED du 10 février 2012 répond certes à certains requisits jurisprudentiels, il n'en demeure pas moins qu'il comprend de nombreuses incohérences et contradictions, dont notamment les suivantes : Le rapport du CEMED ne contient pas d'anamnèse psychique détaillée, indiquant laconiquement « antécédents psychiques personnels : cf. dossier » (expertise p. 7). Les experts précisent d'ailleurs qu'« il n'a pas été possible, lors de la présente expertise, d'obtenir une anamnèse sur [l'état dépressif mentionné dès fin

septembre 2008], notamment la chronologie des troubles ». Cela étant, au vu des rapports très détaillés du Dr L\_\_\_\_\_ qui ont été transmis aux experts, il est étonnant que ces derniers n'aient pas été en mesure d'effectuer une anamnèse psychique détaillée, ce d'autant plus qu'il leur suffisait de téléphoner au Dr L\_\_\_\_\_ pour obtenir, le cas échéant, des compléments d'information. Le rapport d'expertise donne l'impression que le recourant est totalement incapable de travail depuis le mois d'octobre 2008. Or, tel n'est pas le cas dans la mesure où son incapacité de travail a été attestée de la manière suivante par le Dr L\_\_\_\_\_ : 100% du 21 octobre 2008 au 31 mars 2009, 50% du 1<sup>er</sup> avril au 19 juin 2009, 100% du 20 juin au 13 juillet 2009 et à nouveau 50% du 14 septembre 2009 au 31 août 2010 au moins. Dans le même ordre d'esprit, le rapport du CEMED donne l'impression que le recourant a participé au stage d'observation personnelle alors qu'il était totalement incapable de travailler. Or, tel n'était à l'évidence pas le cas dès lors que selon les notes de l'OAI, l'OCE lui reconnaissait une capacité de travail de 50% jusqu'au mois de mars 2011. Les experts indiquent également que l'entretien était difficile, le recourant ne se souvenant pratiquement pas des dates et étant très flou dans ses explications. Il était ainsi incapable de dire depuis quand il était en Suisse ni quels médicaments il prend (expertise p. 4, voir également p. 7). Il ne pouvait préciser ses affections médicales en dehors de ses douleurs et de sa fatigue (expertise p. 7). Lorsque des questions précises lui étaient posées, il ne parvenait pas à donner de réponses ou détournait la question (expertise p. 9). Au vu des éléments répertoriés par les experts, on comprend dès lors mal comme ceux-ci peuvent considérer que le recourant ne présente pas de problème majeur de mémoire (expertise p. 9), ce d'autant plus qu'ils n'ont pas procédé à des tests de mémoire comme le relève à juste titre le Dr L\_\_\_\_\_ dans son courrier du 14 octobre 2012. Dans leur rapport du 10 février 2012, les experts font état du peu de traitement dont le recourant a bénéficié sur le plan psychique (expertise p. 11). Cependant, force est de constater, à la lecture des rapports circonstanciés du Dr L\_\_\_\_\_ fort détaillés, que le recourant a fait l'objet d'un suivi psychiatrique régulier ainsi que d'un traitement médicamenteux, adapté à plusieurs reprises en fonction de son état de santé. Les experts considèrent, sans donner la moindre explication, que les certificats d'incapacité établis par le Dr L\_\_\_\_\_ pouvaient être pris en considération pendant 18 mois au plus. Cependant, compte tenu du caractère très détaillé des rapports intermédiaires établis par le psychiatre-traitant et notamment de la description des symptômes présentés par le recourant, on comprend mal les motifs pour lesquels son appréciation ne serait valable que pendant 18 mois au maximum. Au vu de ces éléments, force est de constater que le rapport du CEMED ne répond pas aux réquisits jurisprudentiels pour lui reconnaître une pleine valeur probante. A cela s'ajoute le fait que certaines remarques formulées par le Dr L\_\_\_\_\_ dans son courrier du 14 octobre 2014, et notamment celles concernant les éléments constitutifs d'un état dépressif ou d'un état anxieux, mentionnés par les experts mais non pris en considération dans leur appréciation finale, permettent de douter sérieusement des conclusions émises par les experts du CEMED. b) Quant au rapport du SMR du 2 août 2012, selon lequel la capacité de travail médico-théorique du recourant serait de 100% dès le 10 février 2009, il ne peut être pris en considération. En effet, le SMR fonde son appréciation sur une phrase tirée du rapport du Dr L\_\_\_\_\_ du 4 août 2009 (« les symptômes persistent, mais à un degré bien moindre et désormais très fluctuant, certains jours l'assuré est guéri à 80%, d'autres à 30%, cela se reflète au status qui est redevenu quasiment normal ») ainsi que sur les constatations selon lesquelles l'amélioration de l'état de santé se confirmait au cours des mois (rapport du Dr L\_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> avril 2010) et la situation restait globalement stationnaire (rapport du

Dr L\_\_\_\_\_ du 10 mars 2011). Force est toutefois de constater que si une amélioration a été constatée lors du rendez-vous du 10 février 2009, les symptômes persistaient malgré tout, même si cela était à un degré bien moindre. Ils étaient en outre très fluctuants, le recourant paraissant guéri à 80% certains jours et d'autres à 30%. On ne saurait ainsi considérer que les symptômes dépressifs avaient totalement disparu. En outre, ce n'est pas parce que l'état de santé s'améliore qu'on peut considérer, sans autre examen, qu'une personne est à nouveau totalement apte à travailler. Le législateur en était d'ailleurs conscient dans la mesure où il a prévu que l'aggravation ou l'amélioration de l'état de santé d'un assuré devait avoir duré pendant trois mois au moins pour qu'une rente versée soit augmentée ou, au contraire, diminuée. Par ailleurs, dans la mesure où l'amélioration, à laquelle le Dr L\_\_\_\_\_ faisait référence dans son rapport du 4 août 2009, a perduré, le recourant a été considéré comme étant apte à travailler à 50% dès le 1<sup>er</sup> avril 2009, et l'état dépressif est passé de sévère (rapport du 27 janvier 2008 [recte 2009] du Dr L\_\_\_\_\_ ) à moyen (rapport du 4 août 2009 du Dr L\_\_\_\_\_ ). Cela étant, l'amélioration de l'état de santé du recourant, qui était tout de même encore très fluctuant, ne signifie pas encore rémission – même partielle – avec pleine capacité de travail. Par conséquent, en l'absence d'autres éléments, l'avis du SMR n'est pas convaincant et ne saurait être pris en considération. c) Enfin, s'agissant des rapports du Dr L\_\_\_\_\_, s'ils sont certes très détaillés et précis, répondant ainsi à la majeure partie des réquisits jurisprudentiels pour leur reconnaître une pleine valeur probante, ils comportent cependant certaines contradictions et ne permettent pas de définir, à tout le moins depuis le mois de septembre 2011, l'importance de l'incapacité de travail du recourant. En effet, parfois les appréciations de la capacité de travail diffèrent selon le destinataire du certificat. Si le Dr L\_\_\_\_\_ a attesté d'une capacité de travail partielle (50%) pour la période du 14 septembre 2009 au 31 août 2010 dans les certificats adressés à l'OCE (vraisemblablement pour permettre au recourant de bénéficier des cours de français), son appréciation n'était pas identique dans les rapports destinés à l'OAI. Ainsi, par exemple, dans son rapport du 1<sup>er</sup> avril 2010, le Dr L\_\_\_\_\_ a attesté d'une totale incapacité de travailler. Il en va de même de la période courant jusqu'au mois de mars 2011. En outre, si le diagnostic principal a changé entre janvier 2009 (état dépressif d'intensité sévère) et août 2009 (état dépressif d'intensité moyenne), l'évaluation de la capacité de travail est restée identique (incapacité totale de travailler, étant précisé qu'une brève période de capacité de travail partielle (du 1<sup>er</sup> avril au 19 juin 2009) a toutefois été reconnue). On peine ainsi à comprendre, sans autre explication, les motifs qui ont permis au psychiatre-traitant d'admettre une amélioration dans l'état de santé du recourant (diminution de l'intensité de l'état dépressif), alors même que la capacité de travail est restée identique. d) Compte tenu des considérations qui précèdent, il ne fait aucun doute que l'état de faits n'est pas suffisamment élucidé, ce d'autant plus que les médecins du SMR ont reconnu qu'une aggravation de l'état de santé du recourant (séjour au CAPPI de la Servette puis à Belle-Idée) avait été rendue plausible. Dans un tel cas et compte tenu des conclusions de l'intimé, il y a lieu de lui renvoyer le dossier pour instruction complémentaire, notamment sous la forme d'une nouvelle expertise psychiatrique, confiée à des experts indépendants. Ladite expertise devra respecter les principes posés à l'ATF 137 V 210 ainsi que les Lignes directrices de qualité des expertises psychiatriques dans le domaine de l'Assurance-Invalidité (éditées en février 2012), applicables conformément à la Lettre circulaire AI n° 313 du 6 juin 2012, et porter sur l'état de santé du recourant dès le début du délai de carence. Au vu du délai écoulé depuis le dépôt de la demande (près de quatre ans), l'intimé est invité à procéder à une instruction complémentaire dans les plus

brefs délais. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis et la décision du 27 septembre 2012 sera annulée. Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de 1'000 fr. lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGa). Etant donné que, depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1 bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de 200 fr. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : L'admet partiellement et annule la décision du 27 septembre 2012. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision. Condamne l'intimé à payer au recourant la somme de 1'000 fr. à titre de participation à ses frais et dépens. Met un émolument de 200 fr. à la charge de l'intimé. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. La greffière Isabelle CASTILLO La présidente Juliana BALDE 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.