

GE_GERICHTE A/3211/2009 vom 5. Mai 2010

GE Cour de justice, 2010-05-05, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3211_2009

FR: GE_GERICHTE A/3211/2009 du 5 mai 2010

IT: GE_GERICHTE A/3211/2009 del 5 maggio 2010

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 05.05.2010
A/3211/2009

A/3211/2009 ATAS/478/2010 du 05.05.2010 (AI) , PARTIELMNT ADMIS En fait En droit RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/3211/2009 ATAS/478/2010 ARRET DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES Chambre 4 du 5 mai 2010 En la cause Monsieur A_____, domicilié aux ACACIAS recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue de Lyon 97, GENEVE intimé EN FAIT Monsieur A_____ (ci-après l'assuré ou le recourant), né en 1960, d'origine tunisienne, a travaillé en dernier lieu en qualité de manœuvre, de manutentionnaire ou encore d'aide menuisier jusqu'au 28 mars 2003. En date du 21 juin 2005, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après l'OAI ou l'intimé), aujourd'hui OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sollicitant l'octroi d'une rente et d'un reclassement dans une nouvelle profession, en raison d'une maladie psychique dont il souffrait depuis 1999. Il y a signalé avoir touché des prestations cantonales en cas d'incapacité passagère de travail de l'assurance-chômage du 24 novembre 1999 au 31 mai 2000, le 31 août 2000, du 7 mai au 20 juin 2003 et du 9 mars 2004 au 17 février 2005. Divers questionnaires pour employeur se trouvent au dossier, dans le cadre desquels : - X_____ SA a informé l'OAI que l'assuré avait travaillé en qualité de manœuvre du 23 avril au 7 décembre 2001 dans son entreprise et que son salaire était de 25 fr. l'heure pour un horaire de 41 heures par semaine. Son salaire aurait été de 27 fr. l'heure ultérieurement. L'employeur a précisé avoir résilié son contrat de travail, en raison de son refus d'exécuter le travail sollicité ; - Y_____ SA a expliqué que l'assuré avait été actif dans l'entreprise en qualité de manutentionnaire du 19 février au 9 septembre 2002 et que son salaire s'élevait à 20 fr. l'heure pour un horaire de travail de 8,4 heures par jour, cinq jours par semaine. En 2005, son salaire aurait été de 22 fr. l'heure. L'assuré a présenté une totale incapacité de travail du 16 mai au 23 juin 2002 en raison d'un accident et du 14 août au 1^{er} septembre 2002 pour maladie ; - Z_____ SA a attesté que l'assuré avait été employé en qualité d'aide menuisier du 8 octobre 2002 au 28 mars 2003, que son salaire était de 25 fr. l'heure pour un horaire de 38,5 heures par semaine et qu'il avait été en totale incapacité de travail du 8 octobre au 9 décembre 2002 et du 20 janvier au 28 mars 2003. Par rapport du 19 septembre 2005, la Dresse L_____, médecin au Département de psychiatrie des Hôpitaux Universitaires de Genève (ci-après HUG), a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique existant depuis 1999, d'autres troubles spécifiques de la personnalité et de personnalité passive agressive. L'incapacité de travail était totale dès le 12 février 2004 dans la profession d'aide cuisinier exercée en dernier lieu. Elle a noté qu'un premier épisode dépressif était intervenu en 1997 à la suite du décès brutal de son frère et un second

en 2003 dans un contexte de conflit de couple. Depuis lors, l'assuré a été suivi à la Consultation des Pâquis, puis à la Consultation de la Jonction dès le mois d'octobre 2004. Outre une collaboration moyenne, le médecin a relevé l'existence d'une tension, d'une irritabilité avec agressivité verbale, d'une tristesse exprimée et ressentie, d'un manque d'élan vital, d'une anhédonie légère, d'un discours cohérent et projectif, d'un positionnement en victime, de plaintes somatiques et d'un sentiment d'insuffisance. Il n'y avait pas de culpabilité ou d'idéation suicidaire. L'assuré était irrégulier dans le suivi et présentait une mauvaise compliance au traitement médicamenteux. Enfin, d'après le médecin, des particularités comportementales de nature sociale, culturelle ou familiale et des événements de vie adverse influençaient légèrement l'affection actuelle. Les raisons socio-économiques et conjoncturelles avaient une importance mineure sur l'incapacité de travail. Par courrier du 3 octobre 2005, le Dr M_____, ancien chef de clinique-adjoint en médecine interne, a informé l'OAI qu'il avait vu l'assuré en consultation unique le 17 octobre 2003. Il y a joint un rapport du 12 octobre 2004 de la Clinique de MONTANA dans laquelle l'assuré avait séjourné du 16 septembre au 5 octobre 2004 pour des motifs « d'éloignement de stress et soutien psychologique ». Les médecins ont retenu le diagnostic principal de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec somatisations et les comorbidités de traits de personnalité paranoïaque, de syndrome cervico-lombo-vertébral, de tabagisme chronique (environ 15 UPA), de consommation sporadique de cannabis et de mycose interdigitale plantaire droite et de status post-rhinoplastie (déviation de la cloison nasale sur traumatisme dans l'enfance) en 1998. Les médecins ont mis en exergue la présence d'une thymie triste, d'une anxiété, d'une sensibilité excessive, d'une surinterprétation du non verbal chez les autres, d'attitudes parfois hostiles et méfiantes, d'un caractère procédurier, d'une augmentation de la fatigabilité, d'une attitude pessimiste vis-à-vis de l'avenir, d'une diminution de l'appétit, d'un trouble du sommeil, d'idées noires sans idée suicidaire ni élément d'hallucination. Ils ont précisé que la compliance de l'assuré n'était pas optimale et que son comportement avait été très revendicatif et agressif envers l'équipe soignante. La Dresse N_____, spécialiste FMH en psychiatrie-psychothérapie, a été mandatée par l'OAI pour diligenter une expertise. Elle a reçu l'assuré en date du 17 décembre 2007 et rendu son rapport le 24 décembre 2007, suite notamment à un entretien téléphonique avec le psychiatre traitant de l'assuré, la Dresse O_____, laquelle le considérait en totale incapacité de travail en raison de ses plaintes physiques et psychiques. L'expert a posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger sans syndrome somatique (épisodes en 1999, 2003 et dès 2006), ayant une répercussion sur la capacité de travail, ainsi que ceux d'autres troubles spécifiques de la personnalité (passive-agressive) et de syndrome de dépendance au tabac, utilisation actuelle, présents depuis le début de l'âge adulte. De plus, elle a relevé, sur le plan somatique, que l'assuré avait subi une turbinectomie partielle moyenne bilatérale et septoplastie en 1999, un stripping de varices du membre inférieur droit en 2000 et 2001, ainsi qu'une opération de hernie cervicale paramédiane C6-C7 en juin 2007. L'assuré relatait une humeur dépressive, une perte de l'intérêt ou de plaisir à des activités habituellement agréables, un manque d'énergie et des réveils nocturnes ponctuels, symptômes qui correspondaient tout au plus, d'après l'expert, à un épisode dépressif léger, sans syndrome somatique, dans le cadre d'un trouble dépressif récurrent. De plus, elle a indiqué qu'il n'existait pas d'idée prévalente, d'obsession, de conduite compulsive ou de phobie objectivée, de trouble formel de la pensée, d'élément compatible avec un état de stress post-traumatique ou de trouble affectif bipolaire objectivé et d'élément floride de la lignée psychotique. L'assuré a également

avoué une prise irrégulière de son traitement antidépresseur et a refusé un dosage sérique. L'expert a ainsi préconisé que la médication antidépressive journalière soit suivie et des dosages sériques prévus en fonction de la clinique. Elle a également noté la présence de nombreux facteurs socioculturels, tels que des difficultés financières, une absence de formation professionnelle et un isolement social, éléments qui sortaient toutefois du champ médical. Elle a estimé qu'au vu du trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger, la capacité de travail de l'assuré était entière avec une diminution de rendement de 25% depuis le mois d'avril 2004 dans toute activité lucrative. Les troubles qui interféraient dans l'activité lucrative étaient l'anhédonie, l'humeur déprimée, le sommeil perturbé ainsi que la baisse du tonus vital. D'après l'expert, la capacité de travail pouvait être améliorée par la poursuite d'un soutien psychothérapeutique et d'une prise journalière du traitement antidépresseur au long cours, mesures qui allaient permettre une stabilisation de la thymie et, en conséquence, un rendement entier. Quant aux mesures de réadaptation ou à une aide au placement, elles lui paraissaient illusoire, car l'assuré s'estimait incapable de travailler en raison de son âge (47 ½ ans). Dans le cadre de l'anamnèse, l'expert a mis en exergue que l'assuré avait notamment travaillé en qualité de manœuvre (en dernier lieu) ou de plongeur, d'aide cuisiner et de caissier dans un restaurant ou encore comme peintre de citerne et d'aide en pharmacie lorsqu'il était jeune. Le 14 janvier 2008, le Dr P _____, médecin au Service médical régional AI (ci-après SMR) a pris note du rapport de l'expert et a émis l'avis que des mesures professionnelles étaient à exclure. Le 25 février 2009, l'OAI a signifié à l'assuré un projet de refus de prestations d'invalidité. Il a considéré, eu égard à l'examen psychiatrique, que sa capacité de travail était de 100% dans toute activité lucrative avec une diminution de rendement de 25%. Son revenu sans invalidité devait être déterminé, d'après l'OAI, en référence aux salaires statistiques, attendu qu'il n'avait occupé que quelques emplois manuels non spécialisés et non qualifiés de très courte durée dont les rémunérations ne représentaient pas la mesure de ce qu'il était en mesure de gagner en tant que personne valide. Attendu que son revenu d'invalidité devait également être déterminé en fonction des salaires statistiques en raison de l'absence d'un revenu effectivement réalisé, son degré d'invalidité était de 25%, lequel n'ouvrait pas de droit à une rente de l'assurance-invalidité. Enfin, l'OAI a indiqué que les conditions de l'art. 17 LAI n'étaient pas remplies. Par courrier du 9 mars 2009, l'assuré a contesté ledit projet de décision, soutenant que depuis sa demande de prestations, il avait été opéré pour une hernie discale en 2007 et a sollicité que l'OAI prenne contact avec le Dr Q _____, ainsi qu'avec son psychiatre, la Dresse R _____, et son médecin généraliste, le Dr S _____, lesquels pouvaient l'informer de son état de santé somatique et psychique. Il a joint à son courrier un compte-rendu opératoire du 25 juin 2007 établi par le Dr Q _____, lequel attestait d'une discotomie et d'une pose d'une cage C6-C7. Les suites de cette intervention étaient stables et sans complication et l'assuré avait indiqué se sentir entièrement soulagé de ses plaintes préopératoires. Par courrier du 10 mars 2009, la Dresse R _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a admis l'invalidité de 25% retenue par l'OAI pour des raisons psychologiques, elle a toutefois mis en exergue une péjoration de l'état de santé physique et psychique de l'assuré. Elle a principalement expliqué que l'assuré souffrait de douleurs du membre supérieur gauche depuis le début de l'année 2009, associées à une diminution de la force dans la main et le bras gauches et à des fourmillements dans le bras gauche. Ces troubles l'empêchaient de dormir. Par courrier du 14 avril 2009 adressé au Dr T _____ le Dr Q _____, médecin adjoint au Service de neurochirurgie des HUG, lui a signalé que l'assuré développait subitement des

cervicobrachialgies gauches aiguës, alors qu'il avait été opéré en 2007 d'une discotomie C6-C7 pour une brachialgie droite. Le médecin a constaté que la situation n'était pas très claire et qu'il y avait lieu d'effectuer une IMR de contrôle, cependant, il s'agissait, d'après lui, d'un problème de « non acceptation de l'AI pour lequel il a fait recours, plutôt que d'un franc syndrome ostéo-articulaire ou neurologique objectif ». Par rapport du 4 juin 2009, le Dr T_____, spécialiste FMH en médecine interne, a diagnostiqué un status après pose d'une cage au niveau C6-C7 en raison d'une hernie discale cervicale droite, une inadaptation sociale et une dépression, diagnostics ayant une influence sur la capacité de travail, ainsi qu'une gonarthrose gauche. D'après lui, l'activité antérieure n'était plus exigible et une reprise de l'activité professionnelle n'était pas attendue. Les limitations fonctionnelles concernaient les activités en position assise, en position debout ou en alternance de positions, les activités en marchant, ainsi que les positions penchée, accroupie ou à genoux, le travail avec les bras au dessus de la tête, la rotation en position assise ou debout, le soulèvement de charges et la montée d'une échelle et d'escaliers. Enfin, le médecin a estimé que tant la capacité de concentration, de compréhension et d'adaptation que la résistance étaient limitées chez l'assuré. Sur requête de l'OAI, ce médecin a précisé, en date du 30 juin 2009, que l'affection cervicale engendrait une incapacité de travail de 50% et qu'une prise en charge médicale de ce problème n'était pas prévue, au vu des problèmes psychosociaux, lesquels engendraient également une incapacité de travail de 50%. Il n'y avait pas de limitations fonctionnelles dues à la gonarthrose post-traumatique. Enfin, seule une activité légère de bureau était, d'après lui, envisageable, mais les possibilités étaient limitées, en raison de l'absence de qualifications professionnelles. Par rapport du 13 juillet 2009, le Dr Q_____ a indiqué qu'il n'y avait pas de limitations fonctionnelles évidentes et que l'IRM cervicale récente avait montré de minimes protrusions discale étagées. Le 16 juillet 2009, le Dr T_____ du SMR a considéré qu'au vu des rapports au dossier, il n'y avait pas lieu de modifier l'appréciation de la capacité de travail, qui était entière avec une diminution de rendement de 25% dans toute activité lucrative. Par décision du 21 juillet 2009, l'OAI a entièrement confirmé son projet de décision du 25 février 2009. Dans un rapport du 5 août 2009, la Dresse O_____ a retenu une aggravation de l'état de santé de l'assuré ainsi que les diagnostics d'état de stress post-traumatique, de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique, étant précisé que ce trouble persistait en tous les cas depuis 2005. Son état de santé physique et psychologique, et en particulier sa dépression, se sont péjorés, d'après elle, depuis environ six mois malgré le traitement d'antidépresseurs. Ses limitations fonctionnelles concernaient la force surtout des membres supérieurs et il existait parfois des symptômes psychotiques, de type angoisse et persécution, ainsi qu'une baisse d'humeur, de la concentration et une anxiété. La capacité de travail était nulle dans un poste tel que celui de maçon ou d'ouvrier dans le bâtiment et de 50% en qualité d'employé de bureau ou de surveillant, par exemple. La compliance était optimale, hormis lorsque l'assuré se sentait persécuté et submergé par son anxiété, de sorte qu'il devenait impulsif. Elle a encore signalé que l'assuré désirait travailler à 50% et souhaitait qu'une évaluation de ses capacités professionnelles et une reconversion professionnelle soient mises en place. Par courrier du 5 août 2009 adressé à l'OAI, l'assuré a recouru contre la décision du 21 juillet 2009, faisant valoir que depuis l'opération de juin 2007, ses douleurs avaient augmenté, qu'il prenait quotidiennement des médicaments pour diminuer sa douleur intense, qu'il voyait régulièrement un psychiatre et qu'il prenait également des antidépresseurs et des somnifères pour pouvoir dormir. Par acte du 3 septembre 2009, l'assuré a interjeté recours contre la

décision du 21 juillet 2009 auprès du Tribunal de céans, sollicitant son annulation et le renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire concernant ses problèmes physiques. Il a principalement soutenu que l'instruction des faits était incomplète et qu'il souffrait de problèmes psychiques handicapants et de douleurs physiques très incommodes suite notamment à des opérations de ses vertèbres (hernies discales à la colonne vertébrale). Par réponse du 25 septembre 2009, l'intimé a proposé le rejet du recours et la confirmation de la décision litigieuse. Il a produit un avis du Dr T _____ BACHMANN, médecin au SMR, lequel a considéré qu'il n'y avait pas d'aggravation démontrée de l'état psychique depuis l'expertise psychiatrique en décembre 2007. En effet, l'aggravation mise en exergue par la Dresse O _____ n'avait pas conduit à l'adaptation du traitement médicamenteux antidépresseur ou de la fréquence des séances psychothérapeutiques, lesquelles étaient déjà hebdomadaires le 17 décembre 2007. De plus, d'après l'appréciation du Dr Q _____, il n'y avait pas d'atteinte physique incapacitante, de sorte que les conclusions du rapport SMR du 14 janvier 2008 devaient être maintenues. Une audience de comparution personnelle s'est tenue en date du 9 décembre 2009, cependant, le recourant ne s'y est pas présenté. Sur ce, la cause a été 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. La LPGA est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 229 consid. 1.1 et les références). Les règles de procédure s'appliquent quant à elles sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 71 consid. 6b). En l'espèce, la décision litigieuse du 21 juillet 2009 est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA et des modifications de la LAI relatives à la 4^{ème} et à la 5^{ème} révisions, entrées en vigueur respectivement en date du 1^{er} janvier 2004 et du 1^{er} janvier 2008, cependant, les faits pertinents remontent à l'année 2003. Par conséquent, d'un point de vue matériel, le droit éventuel à une rente d'invalidité ou à une mesure d'ordre professionnel doit être examiné au regard des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 4^{ème} et à la 5^{ème} révisions de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références, voir également ATF 130 V 329). Interjeté dans les formes et délai prescrits par la loi, le présent recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA et 38 al. 4 let. b LPGA p.a.). La question litigieuse est celle de savoir si le recourant a droit à une rente d'invalidité ou à une mesure d'ordre professionnel. a) 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. 4 al. 1^{er} LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1^{er} 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 294 consid. 4c in fine). 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 ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1^{er} LPGA). b) 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). c) 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. 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 (ATF 125 V 351 consid. 3). S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). 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 oeuvre 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 p. 352) 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 p. 175; 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. d) Si l'administration ou le juge, se fondant

sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d). a) En l'espèce, la décision de l'intimé est principalement basée sur l'expertise psychiatrique diligentée par la Dresse N_____ en date du 17 décembre 2007. Celle-ci a en substance exposé que le recourant souffrait d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger sans syndrome somatique (épisodes en 1999, 2003 et dès 2006), ayant une répercussion sur la capacité de travail, ainsi que d'autres troubles spécifiques de la personnalité (passive-agressive) et d'un syndrome de dépendance au tabac, utilisation actuelle, troubles présents depuis le début de l'âge adulte. Elle a conclu qu'eu égard à la présence du trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger, la capacité de travail était entière avec une diminution de rendement de 25% depuis le mois d'avril 2004, dans toute activité lucrative. Les troubles qui interféraient dans l'activité lucrative étaient l'anhédonie, l'humeur déprimée, le sommeil perturbé ainsi que la baisse du tonus vital. La capacité de travail pouvait être améliorée par la poursuite d'un soutien psychothérapeutique et d'une prise journalière du traitement antidépresseur au long cours, mesures qui allaient permettre une stabilisation de la thymie et, en conséquence, un rendement entier. Le Tribunal de céans constate que ce rapport a été établi de manière neutre et sans jugement de valeur. Il est fondé sur une anamnèse personnelle, professionnelle et médicale complète du recourant, sur ses plaintes, son dossier, un examen personnel ainsi que sur un entretien téléphonique avec son médecin traitant. De plus, les diagnostics et les constatations objectives ont été clairement et précisément exposés et les conclusions, lesquelles n'apparaissent pas en contradiction avec les constatations cliniques, sont motivées. Il est vrai qu'on peut se demander à partir de quelle date la capacité de travail du recourant était diminuée, singulièrement si c'est à partir du mois de février 2004, tel que ressortant de l'anamnèse, ou du mois d'avril 2004 tel que retenu dans le cadre des conclusions, que le rendement était diminué. Toutefois, attendu que la demande de prestations a été déposée par le recourant en juin 2005, l'issue du litige ne s'en trouverait pas modifiée (art. 48 al. 2 LAI dans sa teneur jusqu'au 31 décembre 2007). Cette minime incohérence qui n'a aucune incidence ne permet pas au Tribunal de céans de douter de la valeur probante du rapport d'expertise. b) En ce qui concerne les rapports médicaux antérieurs à l'expertise, il sied de constater que celui de la Dresse L_____ du mois de septembre 2005 a été pris en considération par l'expert et que les diagnostics qu'elle a posés sont largement similaires à ceux retenus par l'expert, de sorte que son rapport ne saurait remettre en cause les conclusions de l'expert. Quant au rapport des médecins de la Clinique de MONTANA d'octobre 2004, lesquels ne se sont pas déterminés sur la capacité de travail du recourant et ont du reste relevé des attitudes similaires à celles mises en exergue par l'expert, il ne permet pas non plus de s'écarter de l'appréciation de ce dernier. Le recourant fait cependant valoir qu'outre le fait que ses troubles psychiques soient handicapants, ils se sont également péjorés. En l'espèce, le seul médecin qui se soit prononcé sur son état de santé psychique, postérieurement au rapport d'expertise, est la Dresse O_____. A la lecture de son courrier du 10 mars 2009, il peut être relevé que dans la mesure où elle a admis la diminution de rendement de 25% retenue par l'expert, ledit courrier ne fait que

confirmer le rapport d'expertise. En revanche, dans son rapport du mois d'août 2009, elle a soutenu que l'état de santé du recourant, et en particulier sa dépression, s'était aggravé depuis quelques mois, étant précisé qu'elle a posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique. En outre, elle a relevé que sa capacité de travail était de 50% au maximum dans une activité sédentaire et que ses limitations fonctionnelles étaient dues notamment à une baisse de l'humeur et de la concentration, une anxiété ainsi que, parfois, des symptômes psychotiques, de type angoisse et persécution. Ce médecin a clairement relevé une détérioration de l'état psychique du recourant, en retenant un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, ainsi que l'existence de limitations fonctionnelles ne ressortant pas de l'expertise. Toutefois, ce rapport n'a pas été pris en considération par l'OAI. En effet, alors même que l'OAI avait envoyé un rapport médical intermédiaire à la Dresse O _____ en date du 7 juillet 2009, il n'a pas pris la peine d'attendre le renvoi de ce document complété avant de rendre sa décision du 21 juillet 2009. Il est vrai que dans un avis du 24 septembre 2009 produit dans la présente procédure, un médecin du SMR a rapidement écarté le rapport du psychiatre traitant. Il soutient notamment que le trouble dépressif ne s'est pas aggravé, car le traitement antidépresseur et la fréquence des séances psychothérapeutiques n'ont pas été adaptés, et retient que le recourant a pu rédiger seul son recours bien qu'il souffrait de troubles psychiques - alors même que le recourant a indiqué avoir demandé l'aide d'une assistante sociale pour l'écrire. Par contre, il ne parle pas du fait que l'épisode dépressif a été considéré comme moyen par la Dresse O _____, alors qu'il était léger lors de l'expertise et ne se prononce pas sur les nouvelles limitations fonctionnelles retenues. Le médecin du SMR, lequel est médecin généraliste, n'avance ainsi pas d'éléments convaincants pour écarter le rapport de la Dresse O _____. Partant, eu égard au rapport du psychiatre traitant du mois d'août 2009, laquelle a fait état d'une péjoration de l'état de santé du recourant depuis plusieurs mois, le Tribunal de céans ne saurait se prononcer, en l'état, sur les conséquences de ses atteintes psychiatriques sur sa capacité de travail dès le 10 mars 2009, date de son précédent rapport. La cause sera ainsi renvoyée à l'OAI pour instruction complémentaire concernant l'éventuelle aggravation de l'état de santé dès le 10 mars 2009. Pour la période précédant le 10 mars 2009, le Tribunal de céans s'en remettra aux conclusions de l'expertise psychiatrique, de sorte qu'il y a lieu de retenir que, d'un point de vue psychiatrique, le recourant présentait une entière capacité de travail dans toute activité lucrative avec une diminution de rendement de 25% dès le mois de février, voire avril 2004. En ce qui concerne son état de santé somatique, le recourant allègue que ses atteintes physiques, qui se sont aggravées depuis l'opération de ses cervicales en juin 2007, étaient handicapantes et que l'instruction de l'intimé était incomplète. Il ressort des pièces du dossier que l'intervention en C6-C7 effectuée par le Dr Q _____ s'était bien déroulée et sans complication et que le recourant s'était rapidement senti entièrement soulagé de ses plaintes préopératoires. En avril 2009, il a consulté à nouveau le Dr Q _____ lequel a relevé que la situation n'était pas très claire et qu'il avait l'impression que le recourant présentait plutôt une réaction à un refus de rente de l'intimé qu'un syndrome ostéo-articulaire ou neurologique objectivable. Ce médecin a par la suite précisé que la récente IRM n'avait montré que de minimes protrusions discales étagées et qu'il ne constatait pas de limitations fonctionnelles évidentes. Ainsi, sans limitations fonctionnelles, il ne saurait être conclu à une diminution de la capacité de travail du recourant pour des raisons somatiques. Un autre médecin, le Dr T _____, s'est également prononcé sur l'état de santé du recourant. Il a retenu une diminution de la

capacité de travail de 50% en raison des cervicalgies et de 50% en raison de ses problèmes psychosociaux. Ce médecin a précisé qu'une activité légère de bureau était envisageable, sans toutefois fixer la capacité de travail dans cette activité. Il sera tout d'abord remarqué qu'il existe des contradictions dans les rapports de ce second médecin, lequel a déclaré que les limitations du recourant touchaient toutes les positions de travail, puis a admis qu'il pouvait travailler dans une activité sédentaire. En outre, on ne comprend pas très bien les raisons somatiques qui l'ont poussé à ne retenir qu'une capacité de travail de 50%, alors même qu'il a affirmé qu'une prise en charge de l'affection cervicale n'était pas prévue en raison de ses problèmes psychosociaux. Quoi qu'il en soit, il a admis que le recourant pouvait travailler dans une activité sédentaire et que ce sont des motifs touchant à ses qualifications professionnelles qui restreignaient ses possibilités de trouver une telle activité. Compte tenu de ce qui précède, le Tribunal de céans ne saurait conférer aux rapports du Dr T _____ une quelconque valeur probante. Toutefois, au vu des déclarations du Dr Q _____, lequel se base sur des imageries radiologiques, il doit être considéré, au degré de la vraisemblance prépondérante prévue par la jurisprudence, que le recourant présente, d'un point de vue somatique, une entière capacité de travail dans toute activité lucrative. Enfin, eu égard à la récente IRM effectuée par le Dr Q _____ et de ses constatations et conclusions, une instruction complémentaire portant sur les atteintes somatiques du recourant n'est pas nécessaire. Par conséquent, force est d'admettre que la capacité de travail du recourant est entière avec une diminution de rendement de 25% dans toute activité lucrative dès février, voire avril 2004 et jusqu'au 10 mars 2009. La capacité de travail postérieure à cette date-là reste réservée, dans la mesure où la cause doit être renvoyée à l'OAI pour instruction complémentaire. Il y a ainsi lieu de déterminer le degré d'invalidité du recourant pour la période antérieure au 10 mars 2009. a) En vertu de l'art. 29 al. 1 let. b LAI en vigueur du 1^{er} janvier 2004 au 31 décembre 2007 (art. 28 al. 1 let. b LAI dès le 1^{er} janvier 2008), le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (art. 6 LPGA). Selon l'art. 28 al. 1^{er} LAI dans sa teneur en vigueur du 1^{er} janvier 2004 au 31 décembre 2007 (art. 28 al. 2 LAI dès le 1^{er} janvier 2008), 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. b) En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI en vigueur du 1^{er} janvier 2004 au 31 décembre 2007 (art. 28 al. 1 LAI dès le 1^{er} janvier 2008), l'art. 16 LPGA s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative. Cette dernière disposition prévoit que, 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. Pour ce faire, il convient en principe de se placer au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 130 V 343 consid. 4). Les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue (c'est-à-dire entre le projet de décision et la décision elle-même), doivent être prises en compte (cf. ATF 129 V 222 consid. 4.1, 128 V 174). c) Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 75

consid. 3b). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité ou catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Un abattement global maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 126 V 75 consid. 5). d) Le revenu sans invalidité se détermine pour sa part en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'intéressé aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 et la référence). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF non publié du 25 mai 2007, I 428/06 et I 429/06). En règle générale, le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé. Hypothétique, le revenu sans invalidité n'en doit pas moins être évalué de manière aussi concrète que possible (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 et la référence). Le revenu sans invalidité doit être établi sans égard au fait que l'assuré mettait à profit entièrement, ou en partie seulement, sa capacité de travail avant l'accident. Sont déterminantes les possibilités de gain d'un assuré censé les utiliser pleinement (ATF 119 V 475 consid. 2b). Lorsqu'on peut partir de l'idée que l'assuré aurait continué son activité professionnelle sans la survenance de l'atteinte à la santé, on prendra en compte le dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des circonstances à l'époque où est né le droit à la rente (cf. ATF 129 V 222 consid. 4). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après ESS) édité par l'Office fédéral de la statistique. Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré, ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage, ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé, ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles. On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (Arrêt du Tribunal fédéral B 80/01 du 17 octobre 2003 consid. 5.2.2 et les références, résumé dans REAS 2004 p. 239). En l'espèce, pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer en 2005, attendu que le recourant subit une diminution de sa capacité de travail dès février, voire avril 2004. En ce qui concerne le revenu d'invalidité, le recourant n'ayant pas repris d'activité lucrative, l'OAI s'est à juste titre référé à l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS). Par ailleurs, il apparaît qu'avant de déposer sa demande de prestations à l'OAI, le recourant éprouvait des difficultés liées de son état de santé et qu'il a perçu des prestations cantonales en cas d'incapacité passagère de travail de l'assurance-chômage. Par conséquent, au vu de la jurisprudence citée ci-dessus, il se justifie, comme l'a fait l'OAI, de se baser également sur les ESS pour déterminer le revenu sans invalidité du recourant. Les revenus sans invalidité et avec invalidité étant ainsi tous deux déterminés sur la même base, soit en l'occurrence sur

les ESS, il est superflu de les chiffrer avec exactitude, le degré d'invalidité se confondant avec l'incapacité de travail, sous réserve d'une éventuelle réduction du salaire statistique (cf. not. Arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 43/05 du 30 juin 2006 consid. 5.2), qui ne se justifie pas en l'espèce, au regard notamment de l'âge de l'assuré ou de ses limitations fonctionnelles, lesquelles ont déjà été prises en compte dans le cadre de la diminution de rendement. En l'espèce, attendu que le recourant présente une entière capacité de travail entière dans toute activité lucrative avec une baisse de rendement de 25%, son degré d'invalidité s'élève également à 25%, insuffisant pour ouvrir de droit à une rente. Partant, le recours sera rejeté sur ce point. Reste à se prononcer sur une éventuelle mesure d'ordre professionnel. a) À teneur de l'art. 8 al.1 er LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGa) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent des mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital). Ces mesures sont prévues aux art. 15ss LAI. Contrairement au droit à une rente, la loi ne dit pas à partir de quel degré d'invalidité l'assuré peut prétendre des mesures de réadaptation. Conformément au principe de la proportionnalité, le droit à une mesure déterminée doit toutefois s'apprécier, notamment, en fonction de son coût. Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de l'ordre de 20% (ATF 124 V 108 consid. 2b et les références), mais elle n'a jamais fait mention d'une telle condition s'agissant des autres mesures d'ordre professionnel prévues par la loi (Arrêt du Tribunal fédéral 9C_385/2009 du 13 octobre 2009). En l'occurrence, la décision litigieuse de l'intimé porte principalement sur le refus de rente d'invalidité du recourant, toutefois, dans la motivation de cette décision, il précise que des mesures d'ordre professionnel « ne remplissent pas les conditions prévues par l'art. 17 LAI ». Il sera constaté que, dans le cadre de l'instruction du dossier, le recourant n'a jamais été reçu par le Service de réadaptation de l'intimé. Il est vrai qu'il ressort de l'expertise qu'il s'estimait incapable de travailler en raison de son âge (47 ½ ans) et que des mesures de réadaptation ou une aide au placement paraissaient illusoire à l'expert, cependant, la Dresse O _____ a retenu, au mois d'août 2009, que le recourant souhaitait débiter une activité lucrative. Ainsi, attendu que l'instruction du dossier par l'intimé n'a pas porté sur la question d'une mesure d'ordre professionnel, il y a lieu de lui renvoyer la cause pour qu'il instruisse les conditions objectives et subjectives d'une telle mesure et qu'il rende une nouvelle décision. Le recours étant partiellement admis, l'émolument sera fixé à 200 fr. (art. 69 al. 1bis LAI) et sera mis à la charge de l'intimé.

PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :
Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : L'admet partiellement, en ce sens que la cause est renvoyée à l'OAI pour instruction complémentaire concernant l'aggravation de l'état de santé psychique du recourant postérieurement au 10 mars 2009 ainsi que sur la question des mesures d'ordre professionnel, et nouvelle décision. 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 La secrétaire-juriste : Diane E. KAISER 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.