

## **GE\_GERICHTE A/327/2011 vom 24. November 2011**

GE Cour de justice, 2011-11-24, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_327\\_2011](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_327_2011)

FR: GE\_GERICHTE A/327/2011 du 24 novembre 2011

IT: GE\_GERICHTE A/327/2011 del 24 novembre 2011

### **Erwägungen**

#### **E. 9**

ème Chambre En la cause Monsieur S \_\_\_\_\_, domicilié à Genève, représenté par Madame T \_\_\_\_\_ du CSP -CENTRE SOCIAL PROTESTANT recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue de Lyon 97, 1203 Genève intimé EN FAIT Monsieur S \_\_\_\_\_ (ci-après l'assuré), maçon de formation, en Suisse depuis 1983, a travaillé dès mai 2001 en tant que contremaître auprès de l'entreprise X \_\_\_\_\_. Suite à un accident, il a été en arrêt de travail à 100% d'avril à mai 2002, puis en arrêt maladie dès le 4 septembre 2002 à 100% en raison d'une symptomatologie cervicale et lombaire. Le 11 février 2003, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité (ci-après OAI). Par rapport du 1<sup>er</sup> juillet 2003, le Dr B \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, qui suivait l'assuré depuis janvier 2003, a diagnostiqué un épisode dépressif moyen avec symptôme somatique (F32.1) et des troubles somatoformes (F45.0). L'assuré était capable de travailler à plein temps dans une activité évitant les positions prolongées. Le 3 novembre 2005, l'assuré a été examiné par le Dr C \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine physique et rééducation, et la Dresse D \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie, tous deux médecins auprès du Service médical régional AI (ci-après SMR). Par rapport du 20 décembre 2005, les examinateurs ont diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail, des troubles arthrosiques et statiques modérés du rachis cervical et lombaire (M54) et sans répercussion sur la capacité de travail, un syndrome algique chronique de type fibromyalgique (M79.0). Le diagnostic d'épisode dépressif moyen avec symptôme somatique posé par le psychiatre traitant en 2003 était en rémission complète, de sorte que l'assuré ne présentait aucune comorbidité psychiatrique à sa pathologie somatique. Les limitations fonctionnelles étaient : pas de port de charge supérieure à 15kg, pas de position statique prolongée au-delà d'une heure assise et au-delà de 30 minutes debout, la possibilité de varier les positions une fois par heure ainsi que pas de position en antéflexion ou en porte-à-faux du rachis. La capacité de travail de l'assuré était de 70% dans l'activité habituelle de contremaître et de 100% dans une activité adaptée. Par rapport du 2 mai 2006, le Dr B \_\_\_\_\_ a diagnostiqué un état anxieux et dépressif mixte (F41.2) et un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4). L'assuré était sous antidépresseurs, anxiolytiques et analgésiques. L'incapacité de travail était totale dans toute activité. Le 12 octobre 2006, l'assuré a transmis un rapport du 27 septembre 2006 établi par la Dresse J \_\_\_\_\_, médecin traitant, indiquant que l'assuré présentait une hernie discale et une hernie cervicale, une fibromyalgie, une syncope et une perte de connaissance d'étiologie non élucidée. Elle souhaitait une expertise neurologique et rhumatologique afin d'évaluer la capacité de travail de l'assuré. Elle a joint un rapport du Dr E \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, du 1<sup>er</sup> juin 2006, selon lequel l'examen clinique évoquait essentiellement une fibromyalgie, voire un trouble somatoforme douloureux. Malgré l'intensité des plaintes,

il ne constatait pas de syndrome vertébral, pas de limitation de la mobilité articulaire, ni de signe inflammatoire. Les traitements prescrits étaient adéquats. Il était illusoire de penser qu'il pourrait reprendre un travail de maçon. Même s'il était difficile de considérer que la capacité de travail était réduite dans une activité professionnelle légère, le médecin doutait que l'assuré reprenne un travail, quel qu'il soit. Elle a également joint deux rapports radiologiques des 3 et 12 juillet 2006, établis par le Dr F \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, constatant de minimes hernies discales médianes C4-C5 et C6-C7 toutefois sans contrainte radiculaire ou médullaire, et une minime hernie discale médiane L4-L5 avec arthrose à la limite du significatif des articulaires postérieures L4-L5 toutefois sans contrainte radiculaire ou médullaire. Par rapport du 8 novembre 2006 adressé à l'OAI, la Dresse G \_\_\_\_\_, psychiatre traitant, a expliqué suivre l'assuré depuis le 2 août 2006 en raison d'un état dépressif. Le diagnostic était un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique F32.11. Par décision sur opposition du 13 novembre 2006, confirmant sa décision du 27 mars 2006, l'OAI a refusé l'octroi d'une rente, compte tenu d'une capacité de travail de 70% dans l'activité habituelle et 100% dans une activité adaptée, dès juillet 2002, au vu des conclusions du SMR. Cette décision est entrée en force. Du 21 au 26 avril 2007, l'assuré a été hospitalisé en raison d'une intoxication aux psychotropes. Un trouble dépressif majeur a été diagnostiqué (rapport du 1<sup>er</sup> mai 2007 du Dr H \_\_\_\_\_, du Centre d'accueil et d'urgences des Hôpitaux universitaires de Genève, ci-après HUG). Le 21 juin 2007, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI. Par rapport du 26 juillet 2007, le Dr I \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, a indiqué avoir vu l'assuré à deux reprises pour une douleur mal systématisée du membre inférieur gauche. Il n'y avait aucun substrat neurologique et les imageries à résonance magnétique (ci-après IRM) lombaire et cervicale ne révélaient pas d'anomalie significative susceptible d'expliquer les plaintes. Dans l'activité habituelle, l'incapacité de travail était totale, par contre l'assuré pouvait exercer un travail léger non pénible à 50%. Par rapport du 3 août 2007, la Dresse G \_\_\_\_\_ a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques depuis 2002 (F33.2). L'assuré présentait une thymie triste, avec une fatigue et une anxiété importantes, une perte de l'estime de soi, des troubles de la mémoire, des idées noires passagères et une attitude pessimiste et morose. Aucune activité n'était envisageable. L'état de santé de l'assuré allait en s'aggravant. Par rapports des 13 août et 15 novembre 2007, la Dresse J \_\_\_\_\_ a diagnostiqué une hernie discale C6-C7 et L4-L5, une crise de perte de connaissance d'étiologie non élucidée, un syndrome dépressif majeur et une fibromyalgie. L'état de santé de l'assuré allait en s'aggravant, avec notamment une perte de poids de 6-7 kg depuis 5 à 6 mois. Aucune activité n'était exigible. Par avis du 17 janvier 2008, la Dresse K \_\_\_\_\_, médecin auprès du SMR, a estimé qu'il n'y avait pas d'aggravation sur le plan somatique. Sur le plan psychique, le psychiatre traitant n'avait pas précisé à quand remontait l'épisode sévère. Mandatés par l'OAI, le Dr L \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et la Dresse M \_\_\_\_\_, médecin assistante, du centre d'expertise de Cery (Département universitaire de psychiatrie du CHUV), ont diagnostiqué, par rapport du 7 janvier 2009, un trouble somatoforme douloureux persistant (F45.1) et un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger avec syndrome somatique (F33.01) présents depuis 2002 et apparus de façon concomitante. Suite à l'accident, l'assuré avait développé progressivement une symptomatologie dépressive persistante avec fatigue, perte de l'appétit, irritabilité, troubles du sommeil, qui était venue s'intriquer avec la persistance et la généralisation des douleurs. Dans ce contexte, il avait développé un tableau de trouble

somatoforme douloureux persistant et de dépression récurrente d'intensité variable, mais pouvant conduire à des gestes auto-agressifs, comme cela avait été le cas en avril 2007. Selon les médecins, force était de constater la chronicité des troubles douloureux et dépressifs, malgré un traitement psychiatrique intégré et des tentatives de reconditionnement professionnel adapté. La rigidité du processus pathologique en cours conduisait à se montrer très réservé quant à une éventuelle réintégration par l'assuré du circuit professionnel lucratif. S'agissant des limitations fonctionnelles, l'expert a noté que le syndrome somatoforme douloureux persistant impliquait une rigidification des processus cognitifs et de nombreuses manœuvres d'évitement des situations génératrices de douleurs ou supposées telles. Ces processus étaient encore renforcés dans le cas d'une dépression associée, ce qui était le cas en l'occurrence. Ces aspects entraînaient également une irritabilité qui générait des conflits relationnels et l'accroissement consécutif de sentiments de culpabilité dans l'après-coup. La rigidité de ces processus était susceptible d'entraîner d'importantes limitations adaptatives sur le plan professionnel. Les experts ont conclu que la chronicité et la rigidité des processus pathologiques chez l'assuré ne permettaient pas d'envisager une reprise d'activité professionnelle, elles limitaient de façon très importante les capacités d'adaptation de l'assuré. Depuis 2002, la situation était restée figée et les mesures de réadaptation ne paraissaient pas réalistes. Du 31 mars au 20 avril 2009, l'assuré a été hospitalisé dans un service psychiatrique. Par courrier du 19 février 2009, le SMR a posé des questions complémentaires aux experts s'agissant des diagnostics posés, dans la mesure où si le syndrome somatoforme douloureux persistant avait été retrouvé lors de l'examen du SMR du 3 novembre 2005 (sous la forme d'un syndrome algique chronique de type fibromyalgique), tel n'avait pas été le cas du trouble dépressif récurrent. Le SMR s'étonnait par conséquent que les experts aient retenu que les deux troubles étaient apparus concomitamment. Par ailleurs, le SMR demandait des précisions quant à l'aspect incapacitant du syndrome somatoforme douloureux persistant. Par rapport du 29 mai 2009, le Dr L \_\_\_\_\_ a indiqué que l'on ne pouvait que s'étonner devant le raisonnement tenu par les Drs D \_\_\_\_\_ et C \_\_\_\_\_ (rapport du 20 décembre 2005), lesquels parvenaient à exclure le diagnostic de dépression au motif qu'il était concomitant à un autre trouble (soit le trouble somatoforme persistant), pour ensuite exclure ce deuxième diagnostic. Par ce procédé curieux, on assistait à la disparition pure et simple de l'évocation des troubles de la lignée dépressive présents chez l'assuré dès 2002, puisque l'évaluation effectuée par le Dr N \_\_\_\_\_ le 22 octobre 2002 mentionnait déjà la présence d'une «composante psychologique également». Après avoir cité les divers rapports médicaux, l'expert a indiqué qu'en résumé, l'assuré présentait une symptomatologie du registre dépressif depuis 2002, pour laquelle il était en traitement notamment pharmacologique constant depuis janvier 2003. On relevait des périodes d'amélioration - notamment lors de l'investigation au SMR en 2005, semblait-il - et des périodes de forte aggravation comme en 2007 avec une tentative de suicide ayant conduit à une hospitalisation en milieu psychiatrique. En l'absence d'éléments permettant de mettre en doute les symptômes objectivés par l'ensemble des médecins traitants depuis plus de six ans, l'expert concluait à un trouble dépressif récurrent, dont l'épisode au moment de l'expertise était léger. Par ailleurs, selon l'expert, il était erroné d'affirmer que le diagnostic de trouble somatoforme persistant et le diagnostic de dépression s'excluent mutuellement de façon systématique. Ces deux lignées de symptômes peuvent recouvrir une entité commune mais également être indépendantes l'une de l'autre. Ainsi, il fallait évaluer non seulement leurs rapports chronologiques, mais également leur intensité réciproque. Dans le cas de l'assuré, on

observait l'apparition concomitante de la symptomatologie dépressive et douloureuse dans les suites de l'accident. Toutefois, l'intensité de la symptomatologie dépressive était, sur l'ensemble de ces dernières années, au premier plan non seulement des plaintes mais également des ressources en soins mises en œuvre. Selon l'expert, ces aspects justifiaient le maintien des deux diagnostics. Les troubles dépressifs récurrents doivent donc être considérés chez l'assuré, pour des raisons médicales, comme une comorbidité au trouble somatoforme persistant et ce, indépendamment de toute considération jurisprudentielle. Il était en effet notamment pour le moins inhabituel qu'une simple symptomatologie dépressive d'accompagnement d'un syndrome douloureux persistant conduise à une tentative de suicide avec hospitalisation en milieu psychiatrique consécutive. Le traitement antidépresseur prescrit et suivi était adéquat, mais n'avait pas permis d'empêcher une chronification des troubles avec des fluctuations d'intensité suivant les périodes. Quant à la perte d'intégration sociale, elle était manifeste au quotidien pour l'assuré, dont les manifestations d'irritabilité notamment avaient pu entraîner des conséquences relationnelles non négligeables avec son entourage ou en terme de réinsertion professionnelle. Par avis du 10 juin 2009, le Dr O \_\_\_\_\_, médecin auprès du SMR, a expliqué qu'il suivait le diagnostic retenu par les experts, mais qu'il s'écartait de leur conclusion concernant la capacité de travail vu la jurisprudence, puisqu'il n'y avait pas de comorbidité psychiatrique manifeste dans son intensité et dans sa durée à partir de juillet 2008. L'expert avait donné peu d'indications précises sur la capacité de travail, il n'avait pas indiqué l'évolution du degré d'incapacité de travail. L'examen clinique était décrit de manière très succincte, le rapport ne décrivait pas d'observation objective d'expression de souffrance physique ou de manifestation douloureuse durant l'examen. Au vu des différents rapports au dossier, il convenait de retenir une incapacité de travail totale de février 2007 à juin 2008 dans toute activité en raison d'un épisode dépressif moyen à grave. Selon les constatations diagnostiques de l'expertise, l'assuré avait récupéré depuis juillet 2008 sa capacité antérieure de travail déterminée lors de l'examen par le SMR du 3 novembre 2005, à savoir 70% dans l'activité habituelle et 100% dans une activité adaptée aux limitations retenues par le SMR. Par projet de décision du 23 juin 2009, l'OAI a informé l'assuré de son intention de lui octroyer une rente d'invalidité entière limitée du 1<sup>er</sup> février 2008 au 30 septembre 2008. Il y avait lieu de considérer que l'assuré avait recouvré une capacité de travail entière dans une activité adaptée ou de 70% dans son activité habituelle dès le 1<sup>er</sup> juillet 2008. Lors d'un entretien téléphonique le 24 juin 2009, l'assuré a signalé à l'OAI son incompréhension quant à la limitation du droit à la rente à fin septembre 2008. Il a expliqué que son état de santé psychique s'était aggravé depuis juin 2008, avec des hospitalisations et un changement de médicaments. Par pli du 2 juillet 2009, la Dresse G \_\_\_\_\_ a expliqué partager les conclusions du Dr L \_\_\_\_\_, selon lesquelles la chronicité et la rigidité pathologique chez l'assuré ne permettaient pas d'envisager une reprise d'activité professionnelle et limitaient de façon très importante ses capacités d'adaptation. Elle avait par conséquent des difficultés à comprendre que l'OAI retienne que l'assuré avait, dès juillet 2008, récupéré 70% de sa capacité de travail dans son activité habituelle et 100% dans un travail adapté. La Dresse G \_\_\_\_\_ a ajouté que l'état dépressif de l'assuré s'était aggravé depuis octobre 2008 suite aux problèmes de couple. En janvier 2009, l'épouse avait quitté le domicile avec leur enfant et l'assuré s'était alors effondré. Au cours des deux mois suivants, il avait perdu 8kg et s'était isolé. Suite à l'apparition des idées suicidaires avec projet, l'assuré avait été hospitalisé du 31 mars au 20 avril 2009. Les symptômes d'un état dépressif étaient toujours présents ainsi que les douleurs

somatoformes invalidantes. L'assuré montrait des difficultés à faire face à la vie quotidienne. Depuis la reprise du suivi par le psychiatre traitant, l'incapacité de travail de l'assuré était totale et perdurait. Les diagnostics étaient un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F33.1) et un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4). La Dresse G\_\_\_\_\_ a joint un résumé du séjour établi le 5 mai 2009 par le Dr P\_\_\_\_\_, médecin chef de clinique du Département de psychiatrie des HUG, qui a diagnostiqué, suite à l'hospitalisation de l'assuré du 31 mars au 20 avril 2009, à titre principal un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F33.11). Les autres diagnostics étaient un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4), des lombalgies et des cervicalgies chroniques. Il s'agissait de la 2<sup>ème</sup> hospitalisation en raison de la recrudescence de la symptomatologie dépressive. Depuis le départ de son épouse et de son fils du domicile, l'assuré décrivait une nouvelle péjoration dépressive avec clinophilie, perte d'intérêt et inappétence avec perte pondérale d'environ 8kg. A son arrivée, il présentait une symptomatologie dépressive manifeste avec tristesse et perte de l'élan vital dans le contexte d'une séparation récente. Un changement du traitement antidépresseur avait été mis en place et une nette amélioration avait pu être observée. Sur le plan somatique, il était dans l'attente d'une intervention au niveau sous-maxillaire droit dans le contexte d'une cystalolithiase sous-mandibulaire. Par avis du 2 octobre 2009, le Dr O\_\_\_\_\_ a indiqué que la nécessité de l'hospitalisation psychiatrique en mars-avril 2009 confirmait l'aggravation de l'état psychique. Il était par conséquent nécessaire de reprendre l'instruction du dossier. Lors d'un entretien le 27 octobre 2009 avec l'OAI, la Dresse G\_\_\_\_\_ a indiqué que sur le plan somatique, il y avait également une aggravation de l'état de santé, notamment sur le plan neurologique. Le 27 octobre 2009, l'OAI a demandé à la Dresse G\_\_\_\_\_ les constatations faites lors de l'aggravation de l'état de santé de l'assuré survenue dès octobre 2008 et l'évolution de l'état de santé psychique suite à l'hospitalisation en mars-avril 2009. Par rapport du 9 novembre 2009, la Dresse J\_\_\_\_\_ a notamment indiqué que l'état de santé s'était aggravé depuis un an et l'incapacité de travail était totale dans toute activité. A la demande de l'OAI, la Dresse G\_\_\_\_\_ a, par rapports des 18 et 19 novembre 2009, expliqué la péjoration de l'état psychique de l'assuré qu'elle avait pu observer dès octobre 2008 : il était sans moral, très fatigué, angoissé, irritable et il explosait pour « de petites choses ». Ses douleurs somatiques s'étaient aggravées. Il était sans appétit et malgré les somnifères, il n'arrivait pas à dormir. Son épouse avait décidé de se séparer et il avait de la difficulté à accepter cette situation étant donné qu'il était très attaché à son fils. Dès le 20 février 2009, suite au départ de son épouse, l'assuré s'est retrouvé perdu, il ne mangeait plus et il s'était isolé à la maison. Suite à l'apparition des idées suicidaires, l'assuré avait été hospitalisé le 31 mars 2009 à Belle-Idée. Dès sa sortie de l'hôpital en avril 2009, grâce au suivi psychothérapeutique hebdomadaire et au traitement médicamenteux, elle avait aperçu une légère amélioration de son état dépressif, mais les douleurs somatiques avaient été très présentes. Depuis septembre 2009, il y avait à nouveau une péjoration de l'état dépressif avec apparition des idées suicidaires passagères, ce qui avait nécessité de nouveau un suivi psychothérapeutique hebdomadaire. Il y avait lieu d'envisager éventuellement une nouvelle hospitalisation à Belle-Idée. Du 30 novembre au 13 décembre 2009, l'assuré a séjourné à la Clinique genevoise de Montana pour une prise en charge de ses douleurs et un soutien psychologique. Par rapport du 29 décembre 2009, le Dr Q\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne, physique et réadaptation, a diagnostiqué un trouble somatoforme douloureux (F45.4). Il est noté que la symptomatologie dépressive s'était progressivement

améliorée grâce au cadre structurant de la clinique et à l'espace d'expression de ses souffrances que l'assuré a reçu. Les pensées hétéro-agressives avec velléité de meurtre sur l'ex-épouse avaient rapidement disparu. Par avis du 4 février 2010, le Dr R\_\_\_\_\_ a estimé qu'une nouvelle expertise auprès du Dr L\_\_\_\_\_ était nécessaire. Par rapport du 22 juillet 2010, le Dr L\_\_\_\_\_ a diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail de l'assuré, un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger avec syndrome somatique (F33.01) présent depuis 2002 et un trouble douloureux somatoforme persistant (F45.4) présent depuis 2002. Le trouble dépressif était, au moment de l'expertise, à nouveau léger, mais la symptomatologie était susceptible de se modifier dans le futur, en allant vers de nouveaux épisodes d'aggravation : l'irritabilité que l'assuré ne parvenait que difficilement à contenir et qui pouvait être partiellement mise sur le compte du trouble somatoforme douloureux persistant, agissait comme un facteur de maintien ou d'aggravation de la symptomatologie dépressive au travers des difficultés supplémentaires qu'elle entraînait (conflit avec les proches, isolement social, important sentiment de dévalorisation et de culpabilité ultérieure, notamment). On voyait donc que les deux pathologies agissaient de manière synergiquement négative du point de vue de l'évolution, la dépression ayant par ailleurs pour effet de renforcer le rétrécissement de la pensée sur le vécu douloureux. Si l'on prenait en compte les faibles capacités d'élaboration psychique de l'assuré et une réponse peu satisfaisante au traitement psychiatrique conduit *lege artis*, le pronostic d'une récupération fonctionnelle, que ce soit sur le plan social ou sur celui de la capacité de travail, restait très réservé. Par conséquent, les conclusions contenues dans l'expertise précédente, concernant les influences des diagnostics sur la capacité de travail et sur la réadaptation professionnelle, s'appliquaient encore. S'agissant des limitations fonctionnelles, l'expert a indiqué que le syndrome somatoforme douloureux persistant impliquait une rigidification des processus cognitifs et de nombreuses manœuvres d'évitement des situations génératrices de douleur ou supposées telles. Ces processus étaient encore renforcés dans le cas d'une dépression associée, ce qui était le cas en l'occurrence. Ces aspects entraînaient également une irritabilité qui générait des conflits relationnels et l'accroissement consécutif de sentiments de culpabilité dans l'après-coup, lesquels alimentaient en retour le lit de la dépression. La rigidité de ces processus était susceptible d'entraîner d'importantes limitations adaptatives sur le plan professionnel. Ainsi, l'assuré s'était montré incapable de satisfaire à des exigences minimales en milieu protégé. Par avis du 30 août 2010, le Dr O\_\_\_\_\_ a indiqué que les conclusions de l'expert ne parlaient pas en faveur d'une aggravation durable depuis l'avis du SMR du 10 juin 2009. Ainsi, le diagnostic d'épisode léger du trouble dépressif n'était pas une comorbidité psychiatrique incapacitante ; le processus rigidifié et la réponse peu satisfaisante au traitement étaient infirmés par l'observation d'une amélioration rapide lors des hospitalisations en avril et en décembre 2009. La tentative d'engagement par l'assuré comme chauffeur bénévole, décrite par l'expert, parlait en défaveur d'un isolement social. Il y avait donc lieu de retenir une capacité de travail de 70% dans l'activité de contremaître dès 2002 et de 100% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles énumérées dans le rapport d'examen du SMR du 3 novembre 2005. Les périodes d'incapacité de travail totales dans toutes activités étaient de février 2007 à juin 2008, du 1<sup>er</sup> janvier au 21 avril 2009 et du 30 novembre au 13 décembre 2009. Par décision du 15 décembre 2010, reçue le 17 décembre 2010 par l'assuré, l'OAI a octroyé une rente entière du 1<sup>er</sup> février au 30 septembre 2008, puis du 1<sup>er</sup> janvier au 31 juillet 2009. Suite aux nouveaux éléments, une nouvelle incapacité de travail totale était admise pour la période du 1<sup>er</sup> janvier au 21 avril

2009. Dès le 22 avril 2009, la capacité de travail résiduelle était totale, de sorte que l'invalidité s'élevait à 25%. Par acte du 1<sup>er</sup> février 2011, l'assuré a interjeté recours contre la décision, concluant à son annulation pour les périodes où elle ne lui octroie pas un droit à une rente entière. Il fait valoir que l'OAI s'est écarté des conclusions des experts, alors que ceux-ci ont précisé que le trouble dépressif est une comorbidité psychiatrique à séparer du trouble somatoforme douloureux. Le recourant fait valoir que les autres conditions jurisprudentielles pour admettre le caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux sont remplies. Par réponse du 2 mars 2011, l'intimé a conclu au rejet du recours pour les motifs indiqués dans la décision. Il ajoute que le recourant souffre d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger avec syndrome somatique qui ne correspond pas à la notion de comorbidité psychiatrique importante. L'intimé relève qu'une amélioration avait eu lieu lors de l'hospitalisation du 31 mars au 20 avril 2009 et lors du séjour à la Clinique genevoise de Montana du 30 novembre au 13 décembre 2009. Par ailleurs, les critères cumulatifs posés par la jurisprudence n'étaient pas remplis. Par réplique du 29 mars 2011, le recourant a expliqué être dans l'attente d'un avis de son psychiatre traitant. Cet avis était primordial dans la mesure où il attestait que le recourant avait été hospitalisé à Belle-Idée durant 8 jours en décembre 2010, ce que l'intimé n'avait pas pris en compte. Le recourant reprend par ailleurs les arguments mentionnés dans son recours. Par pli du 9 mai 2011, le recourant a transmis un rapport établi par la Dresse G \_\_\_\_\_ le 20 avril 2011 ainsi qu'un résumé du séjour à Belle-Idée qui a eu lieu du 10 au 17 décembre 2010 en raison d'idées suicidaires (rapport du 23 décembre 2010 du Dr S \_\_\_\_\_, chef de clinique du service de psychiatrie des HUG). La Dresse U \_\_\_\_\_ a notamment indiqué partager les conclusions de l'expert psychiatre, selon lesquelles il n'y a pas de possibilité d'une reprise de travail. Le trouble somatoforme douloureux persistant aggravait souvent la symptomatologie dépressive et ces deux pathologies psychiatriques, présentes depuis plusieurs années chez le recourant, agissaient de manière négative sur l'évolution de sa santé. Par duplique du 30 mai 2011, l'intimé a persisté dans ses conclusions. La Cour de céans a informé les parties par courrier du 1<sup>er</sup> novembre 2011, de son intention de mettre en œuvre une expertise rhumatologique et psychiatrique confiée aux Drs T \_\_\_\_\_ et U \_\_\_\_\_, et leur a communiqué les questions qu'elle avait l'intention de leur poser, tout en leur impartissant un délai au 15 novembre 2011 pour compléter celles-ci. 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 1<sup>er</sup> janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. La LPGA, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003, est applicable en l'espèce. Il n'est pas contesté que le recourant a droit à une rente entière de l'assurance-invalidité du 1<sup>er</sup> février au 30 septembre 2008 et du 1<sup>er</sup> janvier au 31 juillet 2009. Le litige porte sur le point de savoir s'il a droit à une rente du 1<sup>er</sup> octobre au 31 décembre 2008 et à compter du 1<sup>er</sup> août 2009. Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit la réduction ou l'augmentation de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 125 V 417 ss. consid. 2d et les références; VSI 2001 p. 157 consid. 2). Selon cette disposition, tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. La rente peut être révisée

non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 349 consid. 3.5, 113 V 275 consid. 1a; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b, ATF non publié I 520/05 du 28 décembre 2006 consid. 3.2). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (ATF non publié I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les arrêts cités). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (ATF non publié I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1). 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). 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 (art. 7 LPGA). C'est le lieu de rappeler l'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage, principe général du droit des assurances sociales (ATF 129 V 463 consid. 4.2, 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b et les références citées). Il en résulte que le juge ne peut pas se fonder simplement sur le travail que l'assuré a fourni ou s'estime lui-même capable de fournir depuis le début de son incapacité de travail, ceci pour éviter que le recourant soit tenté d'influencer à son profit, le degré de son invalidité (ATF 106 V 86 consid. 2). La notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a ; 105 V 207 consid. 2). Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un diagnostic médical pertinent soit posé par un spécialiste et que soit mise en évidence une diminution importante de la capacité de travail (ATF 127 V 299 ). D'après la jurisprudence (ATF 131 V 49 consid. 1.2), la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, soit aussi de troubles somatoformes douloureux persistants, suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 398 ss consid. 5.3 et consid. 6). Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques, d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique

crystallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (MEYER-BLASER, *Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung*, in: *Schmerz und Arbeitsunfähigkeit*, St. Gall 2003, p. 77). Ces critères constituent un instrument, pour l'expert et l'administration (le cas échéant pour le juge), servant à qualifier la souffrance vécue par un assuré, afin de déterminer si celui-ci dispose ou non des ressources psychiques permettant de surmonter cet état; ces critères ne constituent pas une liste de vérification mais doivent être considérés comme une aide à l'appréciation globale de la situation douloureuse dans un cas concret. Si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (voir KOPP/WILLI/KLIPSTEIN, *Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten*, in: *Schweizerische Medizinische Wochenschrift* 1997, p. 1434, avec référence à une étude approfondie de Winckler et Foerster). Dans ce contexte, on rappellera encore que la reconnaissance du caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux chez de jeunes assurés doit rester exceptionnelle en l'absence de comorbidité psychiatrique (ATF non publié I 488/04 du 31 janvier 2006 et les références citées). a) Au sujet du critère de la comorbidité psychiatrique (qui se place au premier plan pour déterminer si l'assuré dispose ou non des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs), un diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1), ne suffit pas à établir l'existence d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importante. En effet, les états dépressifs constituent généralement des manifestations (réactives) d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux, de sorte qu'ils ne sauraient faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATF 130 V 358 consid. 3.3.1 in fine), sauf à présenter les caractères de sévérité susceptibles de les distinguer sans conteste d'un tel trouble (ATF non publié I 805/04 du 20 avril 2006 consid. 5.2.1). Le TF a également considéré qu'une personnalité à traits histrioniques ne constituait pas non plus, à côté du trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1) une comorbidité psychiatrique autonome du trouble fibromyalgique (ATF non publié I 297/05 du 17 juillet 2006). b) S'agissant des affections corporelles chroniques, il doit exister une limitation fonctionnelle sur le plan somatique (notamment ATF non publié I 317/05 du 12 juin 2006). c) Concernant l'état physique cristallisé, des éléments biographiques difficiles (relations conflictuelles au travail, divorce, possible traumatisme sexuel sans contact physique durant l'enfance) sont des indices plaidant en faveur d'un tel état, si tant est que l'assuré ne démontre pas en même temps une attitude théâtrale et revendicative et émette des déclarations discordantes au sujet de ses douleurs donnant à penser qu'il cherche une compensation de ses souffrances par l'AI. Le fait

d'affirmer ne plus être en mesure d'exercer une quelconque activité tout en étant capable de s'occuper du ménage et d'un enfant sont des indices faisant plutôt apparaître un profit secondaire tiré de la maladie (ATF non publié I 644/04 du 20 mars 2006). Un tel état ne saurait être admis lorsque l'assuré n'a pas suivi de traitement psychiatrique durable et que, par ailleurs, il fait preuve d'une mauvaise compliance médicamenteuse (ATF non publié I 506/04 du 22 février 2006, voir aussi ATF non publié I 483/05 du 21 avril 2006), lorsqu'il a uniquement pris un traitement d'anxiolytiques et non pas d'antidépresseurs (ATF non publié I 580/04 du 4 février 2006), lorsque la poursuite du traitement est susceptible d'améliorer la symptomatologie d'anxiété (ATF non publié I 380/03 du 8 juillet 2004), lorsque l'épisode dépressif moyen est en rémission complète (ATF non publié I 297/05 du 17 juillet 2006), lorsqu'aucun élément psychotique, aucune souffrance ou dysfonctionnement personnel, professionnel et social, ni encore des traits d'une personnalité dissociée ne peuvent être retenus (ATF non publié I 450/03 du 25 novembre 2004), en l'absence d'une source de conflit intrapsychique ou situation conflictuelle externe (ATF non publié I 272/03 du 23 juin 2004) lorsque l'état de l'assuré est susceptible de s'améliorer grâce à la stabilisation de la vie familiale et à l'instauration d'un traitement antidépresseur (ATF non publié I 638/04 du 10 novembre 2005), lorsque l'état psychique est stabilisé grâce à une médication adéquate et qu'un suivi psychothérapeutique constituerait un traitement adéquat des troubles en cause (ATF non publié I 497/04 du 12 septembre 2005), lorsque l'assuré fait état d'une envie de travailler et d'une certaine ambition sociale (ATF non publié I 626/04 du 13 juillet 2005).

d) S'agissant de la perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, elle n'est pas réalisée dès lors que l'assuré effectue des promenades avec des amis qu'il voit fréquemment et maintient des contacts sociaux avec sa famille en Espagne (ATF non publié I 506/04 du 22 février 2006), qu'il bénéficie d'une vie familiale épanouie, reçoit des amis et se rend chez eux (ATF non publié I 580/04 du 4 février 2006), qu'il a une vie retirée, passant beaucoup de temps à la maison mais a gardé un certain réseau d'amis qui viennent le voir ou auxquels il rend visite (ATF non publié I 665/04 du 29 novembre 2005), qu'il se dit bien entouré sur le plan familial (ATF non publié I 539/04 du 16 août 2005), qu'il vit dans une situation de retrait mais qu'il a des contacts réguliers avec ses proches et qu'il retourne régulièrement dans son pays d'origine avec sa famille ou des amis (ATF non publié I 690/04 du 2 mars 2005), qu'il est à même d'entretenir des contacts sociaux, d'exercer des activités sportives (natation) et de loisir (promenade) (ATF non publié I 361/04 du 8 juin 2005).

a) La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. La jurisprudence a donc précisé les tâches du médecin, par exemple lors de l'évaluation de l'invalidité ou de l'atteinte à l'intégrité, ou lors de l'examen du lien de causalité naturelle entre l'événement accidentel et la survenance du dommage (ATF 122 V 158 consid. 1b et les références; SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, in : Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHÜPBACH - Bâle, 2000, p. 268). Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office AI, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'AI (ATF 123 V 175 ), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318

consid. 3b; Stéphane BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). Lors de l'évaluation de l'invalidité, la tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1 in fine). b) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 352 ss consid. 3). 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. Lorsque, 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 353 consid. 3b/bb). c) Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATF non publié I 592/99 du 13 mars 2000, consid. b/ee). Dans un arrêt du 31 août 2007 (I 65/07), le Tribunal fédéral a considéré qu'un rapport SMR signé par le docteur D\_\_\_\_\_ avec l'indication « Psychiatre FMH » ne pouvait se voir attribuer pleine valeur probante en raison d'une irrégularité d'ordre formel liée à l'utilisation d'un titre auquel ce médecin ne pouvait prétendre. Au moment de son expertise, elle ne disposait pas d'une autorisation d'exercer une activité à titre de médecin dépendant puisque cette autorisation lui avait été délivrée le 24 novembre 2006 par le Département vaudois de la santé et de l'action sociale. Le Tribunal fédéral a estimé qu'indépendamment des compétences professionnelles propres du docteur D\_\_\_\_\_, les irrégularités d'ordre formel liées à sa personne et à l'exercice de

son activité au sein du SMR entachaient la fiabilité du rapport médical établi sur mandat de l'administration. Aussi, la juridiction cantonale n'était-elle pas en droit de fonder son appréciation sur ce seul avis médical, d'une valeur probante affaiblie. 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 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). Enfin, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, ils doivent mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; ATF non publié I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3, RAMA 1985 p. 240 consid. 4). En l'occurrence, le recourant est d'avis qu'il subit une incapacité de travail totale en raison de ses troubles. Il se fonde pour cela sur les deux expertises du Dr L.\_\_\_\_\_ et sur les rapports de la Dresse G.\_\_\_\_\_. L'intimé estime, quant à lui, qu'entre le 1<sup>er</sup> juillet et le 31 décembre 2008, et à compter du 22 avril 2009, la capacité de travail est entière dans toute activité adaptée, en se référant à l'avis des Drs C.\_\_\_\_\_ et D.\_\_\_\_\_. Sur le plan psychique, il n'est pas contesté que le recourant présente un trouble dépressif récurrent avec syndrome somatique (F33.1) et un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4). S'agissant des répercussions qu'ont ces diagnostics sur la capacité de travail du recourant, le Dr L.\_\_\_\_\_, expert mandaté par l'intimé, a retenu, dans ses rapports des 7 janvier 2009 et 22 juillet 2010, que ces deux troubles, indépendants l'un de l'autre, justifient chez le recourant une incapacité de travail totale dans toute activité. La Cour de céans est d'avis cependant que les conclusions auxquelles est parvenu cet expert ne sont pas pleinement convaincantes. En effet, on relèvera tout d'abord que l'examen clinique effectué par l'expert est extrêmement succinct (sept lignes uniquement alors que le rapport du 7 janvier 2009 compte dix pages). Par ailleurs, l'on constate, à la lecture des deux expertises, l'absence de description du vécu quotidien du recourant, renseignement qui permet pourtant d'apprécier notamment la vraisemblance et l'intensité de l'état douloureux. Dans le même ordre d'idées, la Cour de céans n'est pas en mesure de savoir si le recourant présente une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie. De surcroît, l'expert estime que le recourant est en incapacité de travail totale, sans toutefois indiquer à quand remonte cette incapacité, ni quelle a été son évolution. Qui plus est, les rapports d'expertise ne permettent pas de comprendre pour quelle raison le taux de la capacité de travail reste nul, même en cas d'épisode léger du trouble dépressif. Par ailleurs, on ne saurait non plus se fonder, comme le fait l'intimé, sur l'appréciation de la Dresse D.\_\_\_\_\_, qui non seulement remonte à novembre 2005 - soit plus de cinq ans avant la notification de la décision litigieuse - mais qui de surcroît ne peut se voir accorder pleine valeur probante pour les motifs qui suivent : la Dresse D.\_\_\_\_\_ a rendu son rapport le 20 décembre 2005 signé « psychiatre FMH » alors qu'elle n'en avait pas le titre et qu'elle n'était pas autorisée à travailler en tant que médecin dépendant. Il convient d'en conclure, au vu de la jurisprudence précitée, que la valeur probante de l'appréciation faite

par la Dresse D\_\_\_\_\_ est affaiblie. Quoi qu'il en soit, on ne saurait, comme l'a fait l'intimé, appliquer simplement le taux d'incapacité de travail estimé par les examinateurs du SMR en décembre 2005, aux diagnostics constatés par le Dr L\_\_\_\_\_ en 2009 et 2010, pour en déduire le degré d'invalidité du recourant. Enfin, on ne saurait non plus se fonder sur le seul avis de la Dresse G\_\_\_\_\_, dont l'appréciation, émise en qualité de psychiatre traitant, doit être abordée avec précaution. Sur le plan somatique, la Cour de céans constate qu'aucune évaluation probante n'a été effectuée depuis le rapport du 20 décembre 2005 du Dr C\_\_\_\_\_, alors que la décision litigieuse a été rendue le 15 décembre 2010 et qu'en 2009 et 2010, le recourant se plaignait de raideurs, de crampes musculaires dans les bras et les mains, de froideur des extrémités, d'importantes douleurs aux membres et aux articulations, de l'impossibilité de rester assis longtemps ainsi que dans la position debout (Dr L\_\_\_\_\_, rapport du 7 janvier 2009, page 5 et rapport du 22 juillet 2010, page 6). Force est dès lors de constater que tant sur le plan psychique que somatique, le dossier ne contient pas d'informations fiables et suffisantes permettant une appréciation adéquate de la situation médicale du recourant, de sorte qu'il convient de mettre en œuvre une expertise psychiatrique et rhumatologique, qui sera confiée au Dr U\_\_\_\_\_ et au Dr T\_\_\_\_\_.

**\*\*\* PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Préparatoirement : Ordonne une expertise psychiatrique et rhumatologique. La confie au Dr U\_\_\_\_\_ et au Dr V\_\_\_\_\_.

Dit que la mission d'expertise sera la suivante : Prendre connaissance du dossier de la cause. Si nécessaire, prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité l'assuré. Examiner l'assuré. Etablir un rapport détaillé et répondre aux questions suivantes : D'un point de vue psychiatrique Anamnèse Données subjectives de l'assuré Constatations objectives Diagnostics Quel est le degré de gravité de chacun de ces troubles (faible, moyen, grave) ? Depuis quelle date sont-ils présents chez l'assuré ? Comment ont-ils évolué depuis le 14 novembre 2006 ? L'assuré suit-il un traitement adéquat ? S'y conforme-t-il ? Y-a-t-il une amélioration possible à court/moyen terme ? Existe-t-il un diagnostic de syndrome douloureux somatoforme ? Si oui : Existe-t-il une comorbidité psychiatrique ? Si oui, de quelle importance ? Ce trouble psychique a-t-il valeur de maladie en tant que telle ou doit-il être considéré uniquement comme une manifestation réactive au trouble somatoforme douloureux, non constitutif d'une comorbidité psychiatrique autonome ? Existe-t-il des affections corporelles chroniques ? Existe-t-il un processus maladif s'étendant sur plusieurs années, sans rémission durable ? L'assuré subit-il une perte d'intégration sociale et, cas échéant, dans quelle mesure et de quelle manière ? Existe-t-il chez l'assuré un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, marquant simultanément l'échec et la libération du processus de résolution du conflit psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie) ? Constatez-vous l'échec des traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art ? Des mesures de réhabilitation seraient-elles utiles ? Dans quelle mesure peut-on exiger de l'assuré qu'il mette en œuvre toute sa volonté pour surmonter ses douleurs et réintégrer le monde du travail ? En d'autres termes, l'assuré dispose-t-il et si oui, dans quelle mesure, de ressources psychiques lui permettant de surmonter ses douleurs aux fins d'exercer une activité lucrative ? Quelles sont les limitations fonctionnelles engendrées par les diagnostics constatés ? Quelles sont les conséquences de chaque diagnostic posé sur la capacité de travail de l'assuré depuis le 14 novembre 2006 (en pour-cent) ? Dans quelle mesure une activité lucrative adaptée est-elle raisonnablement exigible de l'assuré, et dans ce cas dans quel domaine ? La capacité de travail peut-elle être améliorée par des mesures médicales ?

Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ? Êtes-vous d'accord avec les conclusions de la Dresse D\_\_\_\_\_ (rapport du 20 décembre 2005) ? Si non, pourquoi ? Êtes-vous d'accord avec les conclusions du Dr L\_\_\_\_\_ (rapports des 7 janvier 2009 et 22 juillet 2010) ? Si non, pourquoi ? Êtes-vous d'accord avec les conclusions du Dr O\_\_\_\_\_ (rapports des 10 juin 2009 et 30 août 2010) ? Si non, pourquoi ? Au vu du dossier, vos réponses aux questions susmentionnées sont-elles identiques à celles que vous auriez fournies à la date de la décision rendue par l'intimé le 15 décembre 2010 ? Si non, pourquoi et quelles sont les réponses qui varient ? Faire toutes autres observations ou suggestions utiles. D'un point de vue rhumatologique Anamnèse Données subjectives de l'assuré Constatations objectives Diagnostics Depuis quelle date sont-ils présents chez l'assuré ? Comment ont-ils évolué depuis le 14 novembre 2006 ? L'assuré suit-il un traitement adéquat ? Y-a-t-il une amélioration possible à court/moyen terme ? Quelles sont les limitations fonctionnelles engendrées par les diagnostics constatés ? Quelles sont les conséquences de chaque diagnostic posé sur la capacité de travail de l'assuré depuis le 14 novembre 2006 (en pour-cent) ? Dans quelle mesure une activité lucrative adaptée est-elle raisonnablement exigible de l'assuré, et dans ce cas dans quel domaine ? La capacité de travail peut-elle être améliorée par des mesures médicales ? Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ? Êtes-vous d'accord avec les conclusions du Dr C\_\_\_\_\_ (rapport du 20 décembre 2005) ? Si non, pourquoi ? Comment les diagnostics posés ont-ils évolué depuis lors ? Êtes-vous d'accord avec les conclusions du Dr O\_\_\_\_\_ (rapports des 10 juin 2009 et 30 août 2010) ? Si non, pourquoi ? Au vu du dossier, vos réponses aux questions susmentionnées sont-elles identiques à celles que vous auriez fournies à la date de la décision rendue par l'intimé le 15 décembre 2010 ? Si non, pourquoi et quelles sont les réponses qui varient ? Faire toutes autres observations ou suggestions utiles. \*\*\* En consilium Compte tenu des diagnostics somatiques et psychiques constatés, l'activité habituelle est-elle raisonnablement exigible de la part de l'assuré ? Si non, pourquoi et depuis quand (mois et année) ? Si oui, à quel taux et depuis quand (mois et année) ? Le taux a-t-il évolué ? Si oui, comment et quand (mois et année) ? Compte tenu des diagnostics somatiques et psychiques constatés, une activité lucrative adaptée est-elle raisonnablement exigible de la part de l'assuré ? Si non, pourquoi et depuis quand (mois et année) ? Si oui, à quel taux et depuis quand (mois et année) ? Le taux a-t-il évolué ? Si oui, comment et quand (mois et année) ? Y-a-t-il une diminution de rendement ? Donner une description des activités adaptées, en exposant les motifs qui conduisent à retenir les limitations. Des mesures de réadaptation professionnelles sont-elles envisageables ? Si non, pourquoi ? Quel est votre pronostic quant à l'exigibilité de la reprise professionnelle ? Êtes-vous d'accord avec les conclusions du Dr O\_\_\_\_\_ (avis du 30 août 2010) ? Si non, pourquoi ? Invite les experts à déposer à leur meilleure convenance un rapport en trois exemplaires à la Cour de céans ; Réserve le fond. La greffière Maryse BRIAND La Présidente Florence KRAUSKOPF Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties le