

GE_GERICHTE A/3705/2007 vom 26. Februar 2009

GE Cour de justice, 2009-02-26, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3705_2007

FR: GE_GERICHTE A/3705/2007 du 26 février 2009

IT: GE_GERICHTE A/3705/2007 del 26 febbraio 2009

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 26.02.2009
A/3705/2007

A/3705/2007 ATAS/232/2009 du 26.02.2009 (AI) , ADMIS En fait En droit
RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/3705/2007
ATAS/232/2009 ARRET DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES
Chambre 4 du 26 février 2009 En la cause Monsieur T _____, domicilié c/o Madame
U _____, à GENEVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître
Suzette CHEVALIER recourant contre OFFICE CANTONAL DE
L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue de Lyon 97, GENEVE intimé EN FAIT Monsieur
T _____, né en 1950, a effectué sa scolarité obligatoire jusqu'à l'âge de 12 ans en
ex-Yougoslavie. Il a travaillé par la suite dans la construction, puis comme chauffeur et
pompier. En Suisse depuis le 15 mars 1991, l'intéressé a été engagé comme bagagiste à
l'hôtel X _____, puis de 1995 à 1999, comme concierge. Depuis 2002, il exerce
l'activité de concierge dans l'entreprise Y _____ rénovations et parquets, à Châtelaine.
Victime d'un accident de travail le 1 er novembre 2000, avec chute sur le dos qui a entraîné
une contusion lombaire sur un état dégénératif et engendré une incapacité de travail, son
employeur a résilié le contrat de travail avec effet au 8 mai 2001. Le 20 novembre 2001,
l'intéressé a déposé une demande de prestations auprès de l'office cantonal de
l'assurance-invalidité (ci-après OCAI) visant à une orientation professionnelle et une rente.
Après avoir requis des renseignements auprès des Drs L _____, spécialiste FMH en
médecine générale, et M _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie,
l'OCAI a mis l'intéressé au bénéfice d'un stage d'observation professionnelle auprès du
Centre d'Intégration professionnel (CIP). Dans ses conclusions du 19 février 2003, le
COPAI a conclu à une capacité de travail résiduelle de 52 %, soit un rendement de 70 % sur
6 heures de travail par jour, après une période d'adaptation, dans une activité simple et
légère, permettant d'alterner les positions de travail, dans le circuit économique ordinaire.
Par décision du 6 mars 2003, l'OCAI a refusé à l'intéressé l'octroi d'une rente. Il a retenu, en
effet, sur la base des conclusions du COPAI, qu'après une période d'adaptation, le recourant
serait apte à travailler à 75 % (6 heures par jour) avec un rendement de 70 %, de sorte que
son degré d'invalidité s'élevait à 28,8 %. Sur demande écrite et motivée, l'OCAI se déclarait
disposé à le mettre au bénéfice d'une aide au placement. Cette décision n'a pas été contestée
et est entrée en force. Le 19 janvier 2004, l'intéressé a déposé une nouvelle demande de
prestations, visant à l'octroi d'une rente, invoquant des maux de dos et une dépression.
Invité par l'OCAI à produire des documents permettant de rendre évidente l'aggravation de
l'état de santé, le Dr L _____ a adressé un courrier à l'OCAI en date du 10 février 2004,
faisant état d'une nette péjoration des symptômes douloureux au niveau de la colonne
lombaire et du membre inférieur gauche, depuis mars-avril 2002. Selon ce médecin, les
douleurs invalidantes du membre inférieur gauche sont à attribuer à une gonarthrose

débutante du genou gauche. D'importantes douleurs sont également apparues au niveau de la colonne cervicale, dès février 2002. L'ensemble de la symptomatologie se répercute sur son important état anxio-dépressif lequel, malgré un traitement régulier et approprié, montre "une forte baisse de l'état psychique". L'incapacité de travail est totale depuis le 22 septembre 2003. Par courrier du 6 décembre (recte : février) 2004, le Dr M_____ a mentionné que l'état anxio-dépressif du patient s'était aggravé brusquement vers la fin 2003 et justifiait l'augmentation de l'incapacité de travail à 100%. Par décision du 25 octobre 2004, l'OCAI a refusé d'entrer en matière sur la demande de prestations au motif que l'intéressé n'avait fait valoir aucun fait nouveau dans sa nouvelle demande. L'intéressé a fait opposition en date du 8 novembre 2004 et a fait parvenir à l'OCAI divers rapports médicaux, notamment un rapport d'hospitalisation à la clinique genevoise de Montana du 11 au 30 novembre 2004. Dans ce rapport, daté du 14 décembre 2004, les médecins posent comme diagnostic principal un trouble anxieux dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec somatisation, et mentionnent comme comorbidités un trouble somatoforme douloureux chronique, une dyslipidémie de type 2a, un status post-cholécystectomie, post-cure d'hernie inguinale droite et post-cure d'hémorroïdes. Dans un avis médical du 11 juillet 2005, le Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR) a proposé une expertise au Centre d'observation médicale de l'AI (ci-après : COMAI) et l'OCAI a mandaté le Centre d'expertise médicale de Genève à cet effet. Dans leur rapport du 21 mars 2006, les médecins relèvent que l'assuré a fait l'objet d'un examen clinique et rhumatologique le 19 septembre 2005 ainsi que d'un examen spécialisé psychiatrique le 31 octobre 2005. Ils établissent son anamnèse familiale, personnelle, systémique, sociale et professionnelle. Figure parmi les constatations cliniques un complément d'anamnèse psychiatrique, où il est indiqué que l'assuré vit actuellement chez son fils, qu'il s'occupe occasionnellement de sa petite-fille, lorsque sa belle-fille fait le ménage où les repas. Il est également fait mention du fait que l'assuré ne conduit plus, qu'il ne sort plus avec ses anciens copains et n'a pratiquement aucun contact en dehors de sa famille. L'assuré est décrit comme découragé et sans projet d'avenir. Un manque de motivation et d'intérêt pour le monde environnant est également observé. La Dresse N_____, expert psychiatre, relève, en outre, la présence de pensées suicidaires chez l'assuré. Dans la discussion du cas, elle indique que la symptomatologie dépressive reste relativement importante en dépit du traitement antidépresseur (troubles du sommeil, manque d'énergie et de motivation, isolement social, perte d'appétit et de poids, apathie, désir de mort et élaboration d'idées suicidaires). Les experts retiennent comme diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique en rémission incomplète ainsi que des cervicalgies et des lombalgies chroniques sur troubles dégénératifs modérés. Comme diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, ils relèvent un trouble somatoforme persistant, une dyslipidémie traitée et des gonalgies droites avec lésion méniscale interne et syndrome fémoro-patellaire. Dans l'appréciation du cas, ils indiquent que, sur le plan clinique, l'examen révèle une raideur lombaire avec d'importants raccourcissements musculaires de la musculature sous-pelvienne, une légère diminution des amplitudes cervicales et des tests méniscaux positifs pour le ménisque interne à droite. Les examens radiologiques montrent des troubles dégénératifs légers à modérés de la colonne lombaire et cervicale ainsi que de l'articulation fémoro-patellaire externe, une lésion de la corne postérieure du ménisque interne du genou droit. Ces éléments sont cohérents avec les plaintes de l'assuré, les douleurs correspondant topographiquement. Il y a cependant une incohérence de la perception des douleurs et finalement de son handicap par rapport à ses possibilités

professionnelles. L'assuré a adopté une attitude passive, se déresponsabilisant sans être réellement revendicateur. Le pronostic est relativement mauvais en raison de la longue évolution des douleurs et la perception de son handicap a plutôt tendance à s'aggraver. Toutefois, le traitement psychopharmacologique pourrait être optimisé et ainsi améliorer la thymie, bien que dans l'avis psychiatrique l'amélioration de l'état psychique ne va probablement pas améliorer la capacité de travail, ce d'autant que l'assuré présente un isolement social, un processus maladif évoluant depuis plus de 5 ans, une identité d'invalidé figée avec en plus un manque de moyens psychiques. La quantification des limitations de la capacité de travail en termes de présence et de rendement a été décidée lors d'une conférence de consensus entre les médecins qui ont participé à cette expertise. Dans l'appréciation du cas, les experts ont indiqué que la capacité de travail du recourant restait nulle en tant que nettoyeur, avec un cahier des charges comme il l'a eu jusqu'à présent. Ils estiment, par ailleurs, que l'activité habituelle semblait ne pas pouvoir être adaptée aux exigences médicales. Ils précisent cependant que, du point de vue somatique, dans une activité adaptée c'est-à-dire légère, évitant les positions assise ou debout prolongées ou les positions en contrainte du rachis, la capacité de travail est entière, avec un rendement légèrement diminué de 30 % en raison de la nécessité de changer de positions pour soulager la région lombaire et le manque d'efficacité dans le cadre du trouble psychique. Dans leurs conclusions, ils indiquent que, sur le plan psychique et mental, l'assuré présente un épisode dépressif justifiant une incapacité de travail de 30 %. Selon eux, l'activité exercée jusqu'ici est encore possible si le cahier des charges est adaptable avec une dispense des travaux mi-lourds à lourds ainsi que les autres limitations. Dans ce cas-là, l'activité en tant que nettoyeur est exigible à raison d'environ 4 heures par jour, sans diminution de rendement. Du point de vue médical, il y a une incapacité de travail d'au-moins 20 % depuis le 1er novembre 2000. En raison de ses troubles psychiques, l'assuré est capable de s'adapter à son environnement professionnel et des mesures de réadaptation professionnelle sont envisageables. En adaptant le traitement psychopharmacologique et le cahier des charges de son poste de nettoyeur en enlevant les sollicitations physiques lourdes, la capacité de travail peut être améliorée. En définitive, les médecins estiment qu'une activité adaptée à l'invalidité peut être exercée 8 heures par jour, avec une diminution de 30 % en raison des troubles dégénératifs qui entraînent une augmentation des douleurs en position assise ou debout prolongée, ce qui nécessite un changement de position de quelques minutes environ toutes les demi-heures. Le 3 mai 2006, le SMR a adressé un courrier au COMAI lui faisant part de sa perplexité devant ce qui lui paraît une incohérence diagnostique au plan psychiatrique. Le Dr O _____ du SMR observe, en effet, que la Dresse N _____ a retenu le diagnostic d'épisode dépressif moyen avec symptôme somatique en rémission incomplète alors que sont listés un nombre important de symptômes allant jusqu'aux pensées suicidaires avec projets de passage à l'acte élaborés, qui permettent, selon lui, de poser le diagnostic d'épisode dépressif moyen voire sévère. Il indique ne pas parvenir à comprendre comment une symptomatologie dépressive aussi marquée ne peut engendrer qu'une diminution de travail de 25 à 30 %, qui est d'ailleurs transformée, dans les dernières lignes de la page 14, en rendement légèrement diminué de 30 % en raison de la nécessité de changements de position pour soulager la région lombaire et le manque d'efficacité dans le cadre du trouble psychique. Il sollicite, par conséquent, du COMAI qu'il revoie son évaluation psychiatrique et qu'il lui fournisse des explications sur le diagnostic posé et sur la capacité de travail exigible. En réponse à ce courrier, les experts du COMAI ont indiqué, dans un complément d'expertise du 10 juillet 2006, que du point de vue diagnostic, ils

étaient d'accord avec lui sur le fait que la seule énumération des éléments de la symptomatologie psychique évoquait, selon la classification CIM-10, une intensité plus marquée de l'épisode dépressif. D'autre part, il se dégage de leur évaluation l'impression clinique qu'ils ont connu une personne tout à fait autonome, laissant apparaître une forte tristesse, mais dont la pensée est bien structurée et dont les plaintes portant sur les difficultés de la concentration et les défaillances de la mémoire ne se sont pas vérifiées dans le status. Plusieurs plaintes exprimées par l'assuré leur ont semblé correspondre pour l'essentiel à un contexte socio-professionnel et ne relèvent pas, à leur avis, de la pathologie dépressive. S'agissant de la capacité de travail, ils n'ont pas mis en évidence de motifs importants pour justifier une réduction accrue de cette dernière. L'assuré est capable de maintenir une structure régulière dans ses activités journalières, il est également appelé et se met à disposition pour garder son petit enfant. Ces signes témoignent ainsi de son aptitude à s'organiser et à rassembler ses forces vers un but à atteindre, capacité qu'il pourrait, à leur avis, mettre également à disposition d'une activité lucrative, ceci d'autant plus qu'un investissement dans une activité professionnelle aurait de surcroît valeur thérapeutique à sa pathologie dépressive. Dans un avis du 1^{er} septembre 2006, le SMR relève que les limitations fonctionnelles sont restées inchangées par rapport à 2003, tout comme la situation médicale au plan somatique. Pour le reste, le trouble somatoforme douloureux n'a pas de retentissement sur la capacité de travail. Elle est jugée ainsi entière dans une activité adaptée avec une diminution de rendement de 30% en raison des douleurs et de la nécessité des changements de positions et les troubles thymiques. Ainsi, il y a lieu d'admettre l'exigibilité médicale donnée par les experts. Dans son rapport du 25 juin 2007, la division de réadaptation professionnelle conclut, après comparaison des gains, que le degré d'invalidité du recourant s'élève à 4,5%. Par décision du 31 août 2007, l'OCAI a rejeté l'opposition formée par l'assuré, au motif que son degré d'invalidité était de 4,5%, insuffisant pour donner droit à une rente d'invalidité ainsi qu'à des mesures d'ordre professionnel. Représenté par Me Suzette CHEVALIER, l'assuré a interjeté recours en date du 3 octobre 2007. Il conclut, principalement, à l'annulation de la décision sur opposition du 31 août 2007 et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 19 janvier 2004. Il conteste les conclusions du rapport d'expertise du 21 mars 2006, s'agissant notamment des troubles psychiques. Il se réfère à l'avis de son médecin traitant, le Dr M_____, selon lequel le diagnostic à retenir du point de vue psychiatrique est celui d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques, dès lors que tous les critères majeurs B et mineurs C sont remplis. Son incapacité de travail est globalement de 100%. Dans sa réponse du 30 octobre 2007, l'OCAI conclut au rejet du recours. Il soutient que l'expertise du 21 mars 2006 revêt une pleine valeur probante, eu égard à la jurisprudence fédérale développée en la matière. Quant à l'avis du psychiatre traitant, il est, selon lui, dénué de fondement, vu le rapport du 10 juillet 2006 complétant l'expertise précitée. Il ajoute, par ailleurs, que, du point de vue physique, les éléments produits par le recourant ne remettent pas en cause sa position. Par réplique du 14 novembre 2007, le recourant persiste intégralement dans ses conclusions. Il considère que le courrier de son médecin traitant ne peut être considéré comme dénué de fondement, dans la mesure où il établit le diagnostic d'épisode dépressif sévère sur la base de critères précis. Il reproche à l'expert de n'avoir pas procédé de la sorte, en dressant un inventaire complet de ses symptômes et en posant les diagnostics correspondant. Dans sa duplique du 3 décembre 2007, l'OCAI conteste le fait que l'expert n'ait pas inventorié les symptômes du recourant de manière exhaustive. Il relève, à cet égard, que le médecin traitant a repris la liste des symptômes inventoriés par l'expert. Le Tribunal a procédé à

l'ouverture des enquêtes et à la comparution personnelle des parties. Auditionné le 9 juillet 2008, le recourant a indiqué qu'il avait tenté une reprise de travail à 50 % mais que cette tentative s'était soldée par un échec. Il a déclaré que la symptomatologie des hanches s'était aggravée début mai 2006 avec un début de coxarthrose et qu'il souffrait également d'un problème aux genoux. Une intervention des hanches est envisagée mais pas à court terme. Elle dépendra, en effet, de l'évolution. L'OCAI a indiqué que le SMR avait pris connaissance des documents produits par le recourant à ce propos et qu'il estimait que les lésions du genou gauche et du bassin étaient débutantes et considérées comme discrètes. S'agissant du genou droit, il a précisé que les examens radiologiques dataient de 2004 et qu'ils étaient dès lors connus lors de l'examen du COMAI. Le recourant a indiqué persister dans ses conclusions. Il conteste, en effet, l'estimation de sa capacité de travail résiduelle telle que déterminée par le COMAI. Le même jour, le Tribunal de céans a procédé à l'audition du médecin-chef de l'expertise, le Dr P_____. Ce dernier a expliqué, s'agissant des critères de sévérité d'une dépression, qu'il y avait des critères primaires et des critères secondaires; le résultat permettant de qualifier la dépression de légère, sévère ou moyenne. Il a précisé qu'en se fondant sur la seule énumération de la symptomatologie psychique selon la CIM-10, l'épisode dépressif aurait pu être qualifié de limite sévère. Il a indiqué qu'il avait été tenu compte de l'appréciation clinique et que, selon eux, les éléments de la symptomatologie psychique n'avaient pas autant de répercussion sur la capacité de fonctionner du recourant et, par conséquent, sur sa capacité de travail. Ils ont précisé qu'ils disposaient d'une marge d'appréciation clinique pour poser le diagnostic. S'agissant de la répercussion de l'atteinte psychique sur la capacité de travail, il a indiqué qu'elle limitait sa capacité à hauteur de 30 %. Il a précisé que les conséquences d'une dépression sur la capacité de travail différaient selon le type de travail effectué par l'assuré; qu'elle était plus importante chez un manager que chez un assuré qui effectuait des travaux manuels, répétitifs. Dans le cas précis, le recourant présente un ralentissement du point de vue psychique. Il précise que, du point de vue somatique, les limitations fonctionnelles du recourant sont assez légères par rapport à son activité de nettoyeur. Dans ce type d'activité, la capacité de travail est d'environ 4 heures par jour, en tenant compte des limitations fonctionnelles somatiques et psychiques. Dans une activité adaptée, elle est entière avec une diminution de rendement de 30 % globalement. Revenant sur la réponse figurant au point C 3.3 de l'expertise, il a indiqué que la diminution de rendement de 30 % devait être attribuée aux troubles psychiques uniquement. Selon lui, il n'existe aucune diminution de rendement en raison de troubles somatiques ou alors seulement minime. Il a expliqué qu'ils avaient constaté, selon le dossier, que les douleurs ne s'étaient pas améliorées dans les périodes où il était mieux dans l'état psychique. C'est dans ce sens qu'ils ont mentionné qu'une amélioration de l'état psychique n'améliorerait probablement pas la capacité de travail. S'agissant des ressources psychiques du recourant, il a déclaré qu'ils avaient considéré que compte tenu du fait que le recourant avait la capacité de maintenir une structure régulière dans ses activités journalières, notamment de se mettre à disposition pour une activité familiale, il devait être capable de mettre cette capacité à profit dans une activité professionnelle. La Dresse N_____, expert psychiatre, auditionnée par le Tribunal de céans le 17 septembre 2008, a confirmé le diagnostic posé dans l'expertise, à savoir celui d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique en rémission incomplète ainsi qu'un trouble somatoforme persistant. Elle a indiqué que son diagnostic se fondait sur les critères diagnostiques de la CIM-10. Les critères dont parle la Dresse M_____, à savoir les critères majeurs et mineurs, étaient ceux de la DSM 3 ou 4. Il s'agit toutefois d'une

dénomination différente de mêmes critères. Pour sa part, elle a indiqué avoir posé son diagnostic au regard de l'intensité et de la durée des symptômes, en précisant qu'il ne s'agissait pas d'une mesure exacte, mais d'une appréciation. Elle a expliqué que les critères pour une dépression légère ou grave étaient les mêmes mais que c'était l'intensité des symptômes qui permettait de poser les diagnostics. Elle a précisé s'être basée en l'occurrence sur l'examen clinique, la durée de la dépression ainsi que le rapport du médecin psychiatre traitant. Selon elle, tous les symptômes de la dépression étaient présents, mais d'une intensité moyenne. Elle a ajouté qu'elle avait posé le diagnostic de dépression mais qu'elle ne l'avait pas qualifiée de fixe, en ce sens qu'une évolution était possible peut-être avec un traitement médicamenteux plus important. Elle a relevé à cet égard que lorsque l'assuré lui a été adressé pour expertise, le diagnostic posé par le psychiatre traitant était celui d'état dépressif moyen. Elle a cependant précisé que lorsqu'elle l'a examiné, il avait des symptômes résiduels, ce qui laissait supposer que sous traitement, il y a eu une évolution favorable mais qui n'a pas entraîné une disparition de la dépression. Elle a, par ailleurs, indiqué que même si une évolution psychique était encore possible avec un traitement adapté, le recourant était incapable de travailler à 30 % au moment de l'expertise, ce de façon définitive. S'agissant de la diminution de rendement, elle a indiqué qu'elle était due aux troubles dégénératifs. Selon elle, au vu de la structure physique, on ne peut pas exiger du recourant qu'il surmonte ses douleurs pour mettre à profit une capacité de travail supérieure à celle qu'elle a indiquée. Concernant le complément d'expertise, elle a relevé que l'assuré mentionné à la page 2 du rapport du Dr P_____ ne correspondait pas au recourant, tout en confirmant ses déclarations en ce qui concerne la capacité de travail du recourant et l'impossibilité pour lui de surmonter ses douleurs en raison de sa maladie psychique. Le même jour, le Tribunal a procédé à l'audition de la belle-fille du recourant, Madame T_____. Cette dernière a indiqué que le recourant parlait peu, qu'il ne s'intéressait pas à beaucoup de choses, qu'il mangeait peu et qu'il n'avait pas d'initiatives. Elle a expliqué qu'il sortait de temps en temps pour prendre l'air mais pas souvent et qu'il voyait rarement ses amis. Elle a précisé qu'à la maison, il ne faisait rien, ne lisait pas et ne s'occupait pas des enfants. Elle a affirmé ne jamais le laisser seul avec eux, car il n'était pas bien pour rester seul avec eux. S'agissant du sommeil, elle a indiqué qu'il disait parfois ne pas dormir. Suite à ces instructions, l'OCAI a soumis le dossier au SMR qui, par avis médical du 29 septembre 2008, a indiqué qu'il n'y avait aucun élément nouveau et que l'avis médical du Dr O_____ du 15 octobre 2007 restait entièrement valable. Dans ses conclusions après enquêtes du 15 octobre 2008, le recourant a sollicité, à titre préalable, une expertise psychiatrique neutre. Il considère, en effet, que l'explication de la Dresse N_____ quant à la qualification de son état dépressif n'est pas convaincante. Il relève, en effet, que les critères ayant servi de base à l'évaluation mettent en évidence la gravité de son état psychique et n'expliquent dès lors pas que son état dépressif soit considéré comme moyen. Pour le surplus, il persiste intégralement dans ses conclusions. Après transmission de ces écritures à l'intimé, la cause a été gardée à juger. EN DROIT Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. La LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, est applicable au cas d'espèce. Le présent recours, interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, est recevable (art. 56 à 60 LPGA). La question à

trancher préalablement est celle de savoir si une contre-expertise se justifie en l'espèce. 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. Celle-ci se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office de l'assurance-invalidité, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'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; 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 et les références). Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c et les références; ATF non publié du 23 juin 2008, 9C_773/2007 , consid. 2.1). b) 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 351 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. Etant 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 351 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee). d) Le juge ne s'écarter en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances

spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa). e) En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc). Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 43 LPG), il appartient en premier chef à l'administration de déterminer, en fonction de l'état de fait à élucider, quelles sont les mesures d'instruction qu'il convient de mettre en oeuvre dans un cas d'espèce. Elle dispose à cet égard d'une grande liberté d'appréciation. Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en oeuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (ATFA non publié du 6 juillet 2007, U 316/2006, consid. 3.1.1). En particulier, elle doit mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; ATFA non publié du 19 mars 2004, I 751/03 consid. 3.3, RAMA 1985 K 646 p. 240 consid. 4). L'assuré n'est pas habilité à requérir une décision formelle afin de faire examiner l'opportunité d'une mesure d'instruction (ATF 132 V 93 consid. 6.5). a) En l'espèce, les experts du COMAI ont posé comme diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail un état dépressif moyen avec syndrome somatique en rémission incomplète ainsi que des cervicalgies et des lombalgies sur troubles dégénératifs modérés. Ils ont évalué la capacité de travail du recourant entière avec une diminution de rendement de 30 %. Se fondant sur l'avis de son psychiatre traitant, le Dr M _____, et celui du médecin-conseil du SMR, le Dr O _____, le recourant conteste ce diagnostic de même que son implication sur sa capacité de travail. Pour ce qui est du diagnostic, on relèvera que, selon la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, dixième révision, de l'Organisation Mondiale de la Santé (ci-après: CIM-10), le diagnostic d'état dépressif sévère est posé lorsque le patient répond aux critères généraux d'un épisode dépressif (F32) et qu'il présente l'ensemble des symptômes du critère B ainsi que plusieurs symptômes du critère C pour atteindre un total d'au moins huit symptômes. En l'occurrence, l'appréciation et la discussion du cas mettent en évidence la présence des trois symptômes du critère B (humeur dépressive à un degré nettement anormal pour le sujet, diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour des activités habituellement agréables et réduction de l'énergie) et d'au moins cinq symptômes du critère C (perte de confiance en soi, idées suicidaires, diminution de l'aptitude à penser ou se concentrer, modification de l'activité psychomotrice, perturbation du sommeil). Par conséquent, le nombre minimal de critères était atteint pour que l'épisode dépressif du recourant soit qualifié de sévère. Ce diagnostic a pourtant été écarté, sans qu'aucune d'explication ne soit fournie à l'appui. Par avis médical du 3 mai 2006, le SMR a fait part de sa perplexité devant ce qui lui paraît une incohérence diagnostique. Il considère, en effet, que le diagnostic posé est incompatible avec le nombre important de symptômes listés, allant jusqu'aux pensées

suicidaires avec projets de passage à l'acte élaborés. Son avis rejoint celui du Dr M_____, psychiatre traitant du recourant. À l'initiative du SMR, les experts ont été amenés à justifier leur diagnostic. Étrangement, c'est le Dr P_____, médecin interniste, qui a rédigé le complément d'expertise du 10 juillet 2006 pour le compte de "l'équipe pluridisciplinaire". La Dresse N_____, expert psychiatre, ne prendra connaissance de ce document qu'au jour de son audition par-devant le Tribunal de céans. Elle précisera alors ignorer comment ce médecin a exprimé ses explications et défini la structure psychique et les capacités psychiques du recourant. Sur le plan du contenu, ce complément d'expertise est lacunaire et peu convaincant. D'une part, l'expert admet le fait que la seule énumération des éléments de la symptomatologie psychique évoque, selon la classification de la CIM-10, une intensité plus marquée de l'épisode dépressif. D'autre part, il explique qu'il se dégage de leurs évaluations l'impression clinique d'une personne tout à fait autonome, laissant apparaître une forte tristesse, mais dont la pensée est bien structurée et dont les plaintes portant sur des difficultés de la concentration et de défaillances de la mémoire ne sont pas vérifiées dans le status. Le Tribunal constate cependant qu'il n'est pas précisé sur quel élément se fondent ces conclusions. Il relève, par ailleurs, que l'instruction menée dans le cadre de la présente procédure a mis en évidence une absence totale d'organisation et de structure dans la vie du recourant. En outre, s'agissant des difficultés de concentration et de défaillances de mémoire, il observe qu'elles ressortent de l'examen clinique auquel a procédé l'expert psychiatre et du dossier médical du recourant. L'expert psychiatre a, entre autres, indiqué que le recourant parvenait à répondre aux questions au prix de plusieurs corrections et de plusieurs essais. Quant au psychiatre traitant, il a fait expressément référence à des problèmes de concentration et d'inattention, dans son courrier du 6 décembre 2004. Le complément d'expertise ne suffisant pas à justifier le diagnostic retenu, le Tribunal de céans a sollicité des précisions auprès de l'expert psychiatre. Lors de son audition, cette dernière a indiqué que l'ensemble des symptômes des critères B et C liés à la reconnaissance d'un épisode dépressif grave était présent chez le recourant, en précisant cependant que l'intensité et la durée de ces symptômes justifiait en l'occurrence de qualifier l'épisode dépressif de moyen. Elle a précisé, par ailleurs, s'être fondée sur les critères des échelles d'HAMILTON et de MADRS pour évaluer l'intensité de l'épisode dépressif. On relève que ces échelles prennent en considération une série de critères, parmi lesquels le sentiment de culpabilité du patient, son état d'agitation, la prise de conscience de sa maladie, la variation de ses symptômes dans la journée, sa dépersonnalisation de même que la présence de symptômes délirants ou obsessionnels convulsifs. Ces éléments ne ressortent toutefois ni de l'examen clinique effectué par l'expert psychiatre, ni des rapports du psychiatre traitant ni même du complément d'expertise. On ignore, par conséquent, s'ils ont effectivement été pris en considération lors de l'évaluation. L'expert psychiatre précise, en outre, s'être fondée sur la durée des symptômes. Il est toutefois difficilement concevable que ce critère justifie une dépréciation de la gravité du trouble dépressif, attendu que les symptômes sont apparus en septembre 2001 soit près de 5 ans avant l'expertise et que, selon l'expert psychiatre, ils ne sont pas voués à disparaître dans un futur proche. On soulignera finalement que, contrairement à ce qu'elle soutient, son avis ne rejoint pas celui du psychiatre traitant. L'expert psychiatre s'est fondée, en effet, sur un rapport médical datant de 2001, sans prendre en considération les courriers subséquents. Or, ces derniers font état d'une aggravation toujours plus marquée de l'état dépressif du recourant, conduisant finalement à une hospitalisation. Le 28 septembre 2007, le psychiatre traitant posera le diagnostic d'épisode dépressif sévère. Vu l'absence d'éléments objectifs justifiant le

diagnostic posé, il y a lieu d'admettre qu'il subsiste un doute quant à la gravité de l'épisode dépressif diagnostiqué chez le recourant. b) Se pose, à présent, la question, également contestée, de l'implication de ces troubles sur la capacité de travail du recourant. On rappellera à ce propos que les experts ont retenu trois diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail, à savoir l'épisode dépressif moyen, les cervicalgies et les lombalgies chroniques sur troubles dégénératifs modérés. Ils ont cependant considéré que, dans une activité adaptée, la capacité de travail était entière avec une diminution de rendement de 30 %. Cette évaluation est contestée par le SMR, de même que par le psychiatre traitant du recourant. Dans le courrier précité du 28 septembre 2007, ce dernier indique que les estimations de la capacité de travail, de calculs de la rente et du revenu avec invalidité très hypothétiques sont en désaccord avec la réalité objective et subjective du patient à cause de la gravité, persistance et comorbidité des troubles psychiques (état dépressif chronique, actuellement sévère, et trouble douloureux somatoforme persistant). Par ailleurs, l'évaluation des experts ne coïncide pas avec les pièces figurant au dossier médical du recourant. Les divers rapports médicaux qui s'y trouvent font, en effet, état d'une diminution de la capacité de travail, évoluant de 50 à 100 %, sur le plan psychique, et se situant à hauteur de 50 %, sur le plan physique. S'agissant de l'expertise, le Tribunal de céans constate qu'elle comporte diverses contradictions sur la question de l'évaluation de la capacité de travail du recourant. Il apparaît, en premier lieu, que l'évaluation de la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée (point C 3.2) est erronée. On ne voit pas, en effet, comment la capacité de travail du recourant pourrait être entière dans une telle hypothèse, alors même que l'expertise indique à deux reprises que le trouble psychique justifie à lui seul d'une incapacité de travail de 30 %. Auditionné par le Tribunal sur ce point, le Dr P _____ a indiqué que les 30 % de diminution de rendement devaient en fait être attribués aux troubles psychiques et non aux troubles physiques. Une telle affirmation ne fait toutefois que créer de nouvelles confusions, car elle revient, d'une part, à convertir l'incapacité de travail due au trouble psychique en une simple diminution de rendement, et, d'autre part, à nier le caractère invalidant des troubles physiques, pourtant reconnus par les experts. Que l'on se fie à l'audition du Dr P _____ ou au texte de l'expertise, le point C 3.2. se trouve en contradiction avec les autres points de l'expertise. Cette même confusion ressort de l'appréciation du cas. En effet, il est indiqué que, dans une activité adaptée, le recourant présente une capacité de travail entière avec une diminution de rendement de 30 %, "en raison de la nécessité du changement de positions pour soulager la région lombaire et du manque d'efficacité dans le cadre du trouble psychique". Or, de deux choses l'une, soit les experts ont omis de prendre en considération la diminution de la capacité de travail due aux troubles psychiques dans le cadre de cette évaluation, comme cela semble avoir été le cas au point C 3.2. des conclusions, soit ils ont confondu les notions de diminution de la capacité de travail et de diminution de rendement, attribuant cette dernière au trouble psychique uniquement, ce qui revient à considérer les troubles physiques comme non invalidants. En toute hypothèse, quelle que soit l'interprétation que l'on en fait, cette phrase ne coïncide pas avec les autres points discutés dans l'expertise. Par ailleurs, on relève que les experts ont considéré, dans l'appréciation du cas, qu'en raison de ses troubles physiques, le recourant présentait une incapacité totale de travail dans l'activité exercée habituellement. Cet élément, pourtant déterminant du point de vue du calcul de l'invalidité, ne ressort pas des conclusions de l'expertise. En effet, sous le point B des conclusions, expressément réservé à cette question, les experts évaluent la capacité de travail que présenterait le recourant si son activité habituelle était adaptée aux limitations

énoncées, ce qui est une toute autre question. On soulignera, à ce propos, que, dans l'appréciation du cas, les experts avaient précisément exclu l'hypothèse d'une adaptation de l'activité habituelle aux limitations du recourant. D'autre part, à supposer qu'une telle adaptation soit possible, on peine à comprendre pourquoi l'évaluation de la capacité de travail du recourant dans cette activité ne coïnciderait pas avec celle reconnue dans une activité adaptée, ce qui est précisément le cas en l'occurrence. On observe, en effet, que les experts ont retenu une capacité de travail de 50 % sans diminution de rendement dans la première hypothèse (point B 2.3) et une capacité de travail de 100 % avec une diminution de rendement de 30 % dans la seconde (point C 3.2). Cette divergence vient renforcer l'hypothèse d'une erreur d'évaluation au point C 3.2. de l'expertise. c) Au vu des contradictions relevées ci-dessus, il est impossible de déterminer avec certitude quelle est l'implication des troubles psychiques et physiques du recourant sur sa capacité de travail et de rendement. A cela s'ajoute le fait que la page 2 du complément d'expertise ne concerne pas le recourant, ce qui suffit en soi déjà à lui dénier toute valeur probante. Dans de telles circonstances, le Tribunal de céans ne peut se forger une opinion, pas plus qu'il n'est envisageable pour lui de fixer la capacité de travail du recourant sur la base des autres documents, dès lors qu'il n'appartient pas au juge de substituer sa propre appréciation à celle des médecins. Il convient, par conséquent, d'annuler la décision de l'intimé et de lui renvoyer la cause afin qu'il mette en œuvre une nouvelle expertise pluridisciplinaire, aux fins de déterminer, d'une part, quelles sont les atteintes dont souffre (et/ou a souffert) le recourant et déterminer sa capacité de travail résiduelle, de même que les limitations que les affections psychiques présentées induisent dans l'exercice d'une activité professionnelle. Ceci fait, il statuera à nouveau. Le recourant, représenté par une avocate, a droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens que le Tribunal fixe en l'espèce à 4'000 fr. (art. 61 let. g LPGA). Au vu de l'issue du litige, un émolument de 1'000 fr. est mis à la charge de l'intimé (art 69 al. 1 bis LAI). **PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES** : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : L'admet et annule les décisions de l'OCAI des 25 octobre 2004 et 31 août 2007. Renvoie la cause à l'OCAI pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision. Condamne l'OCAI à verser au recourant la somme de 4'000 fr. à titre de participation à ses frais et dépens. Met un émolument de 1'000 fr. à la charge de l'OCAI . 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); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. La greffière Isabelle CASTILLO La présidente Juliana BALDE Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le