

## **GE\_GERICHTE A/463/2008 vom 28. April 2009**

GE Cour de justice, 2009-04-28, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_463\\_2008](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_463_2008)

FR: GE\_GERICHTE A/463/2008 du 28 avril 2009

IT: GE\_GERICHTE A/463/2008 del 28 aprile 2009

### **Erwägungen**

#### **E. 1**

Le SMR conteste le diagnostic retenu de troubles dépressifs récurrents avec épisodes actuels moyens. Si ce diagnostic est maintenu, dire pourquoi.

#### **E. 2**

Répondre aux questions de l'expertise 3 à 3.4 [cf. supra 11 in fine ], sans tenir compte de la préretraite à janvier 2005.

#### **E. 3**

Dire quelle a été, selon vous, l'évolution du cas depuis l'expertise de décembre 2005.

#### **E. 4**

Confirmez-vous qu'une prise en charge psychothérapeutique spécialisée, dont le recourant n'a pas bénéficié, aurait permis une reprise d'activité à 50% ?

#### **E. 5**

Cette prise en charge est-elle exigible du recourant, si oui quelle en serait la durée ? Dans son rapport d'expertise complémentaire établi le 2 décembre et adressé au Tribunal le 22 décembre 2008, le docteur O \_\_\_\_\_ a répondu comme suit à la première question. Il ressortait de l'entretien conduit le 22 octobre 2008 et de l'examen du dossier que l'expertisé présentait un trouble de l'humeur avec, au premier plan, un abaissement de l'humeur, une diminution du plaisir dans ses activités et une augmentation de sa fatigabilité, auxquels s'associaient des idées de dévalorisation, des difficultés à se concentrer, une attitude pessimiste face à l'avenir, des idées de mort (le recourant relevant que « lorsque je passe sur un pont, j'ai parfois une envie irrésistible de sauter ») et une symptomatologie anxieuse avec tension psychique, irritabilité et nervosité pour laquelle il était au bénéfice d'un traitement de Solatran. Au vu des éléments anamnestiques recueillis, qui confirmaient la survenue répétée d'épisodes dépressifs correspondant à la description d'un épisode dépressif moyen (F32.1), en l'absence de tout antécédent d'épisodes indépendants d'exaltation de l'humeur et d'augmentation de l'activité répondant aux critères d'une manie, le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1), pouvait être retenu. Il était en outre important de relever que, l'altération des activités sociales dépendant également de facteurs individuels, sociaux et culturels, on ne pouvait pas établir une relation directe entre le degré d'altération du fonctionnement social et le degré de sévérité de la dépression ; le fait que le recourant ne présentât pas un fonctionnement adaptatif altéré dans ses relations interpersonnelles ne pouvait donc pas être considéré comme un critère diagnostic. En réponse à la question 2 (questions 3 à 3.3 de l'expertise du 2 décembre 2005), l'expert précisait qu'il était d'autre part vraisemblable de penser que le recourant aurait pu exercer son activité professionnelle au sein d'une autre entreprise que la

TSR, avec cependant des responsabilités moindres. Il aurait dû bénéficier, dans un premier temps, d'une intégration dans un milieu de travail structuré et cadrant, ce qui aurait permis, dans un deuxième temps, d'envisager un poste dans l'économie ordinaire. L'âge de l'expertisé aurait cependant rendu une réorientation professionnelle difficile. Sans ces réserves, celui-ci aurait pu exercer à mi-temps une activité adaptée à l'invalidité, son rendement étant diminué de 50%. À la troisième question (et à la question 3.4 de l'expertise de décembre 2005), le docteur O \_\_\_\_\_ a répondu que, depuis lors, l'évolution clinique de l'expertisé demeurait difficile. Tant les troubles somatiques que l'altération de son fonctionnement social et professionnel étaient à considérer comme des facteurs stressants qui participaient à l'entretien de la symptomatologie dépressive qui, dans ce contexte, pouvait évoluer vers une dépression persistante. Sur le plan social, il expliquait être seul depuis 2005 ; il continuait à voir ses enfants assez régulièrement et vivait chez une cousine ; il avait deux amis qu'il rencontrait occasionnellement ; il était en outre à noter qu'il s'était beaucoup occupé de sa mère, décédée en décembre 2006, qu'il avait toujours vue « triste à mourir ». Sur le plan de ses activités, les douleurs dorsolombaires dont il souffrait, qui s'étaient péjorées pour devenir intenses au cours des derniers mois, les limitaient à des séances de physiothérapies. Sur le plan psychiatrique, l'expertisé décrivait une symptomatologie dépressive avec humeur dépressive, troubles du sommeil importants, ruminations, sentiment de dévalorisation, difficultés de concentration et idées de mort ; il relevait également des symptômes anxieux avec tension psychique, irritabilité et nervosité, et bénéficiait à cet égard d'un traitement de Solatran 15 mg par jour. Sur le plan médical enfin, il avait, suite à une intervention chirurgicale en 2006, présenté un état septique qui avait nécessité une antibiothérapie ; en 2007, il avait souffert d'une paralysie faciale, avec récupération complète, et présenté des calculs rénaux, récidivés en 2008 ; il souffrait en outre d'une hyperplasie de la prostate, pour le traitement de laquelle il consultait le docteur S \_\_\_\_\_. Enfin, aux quatrième et cinquième questions, l'expert a répondu qu'une prise en charge spécialisée dans le cadre d'un programme dépression, tel celui mis en place au sein des HUG – Psychiatrie adulte aurait pu et pouvait être bénéfique au recourant. Une telle prise en charge, qui pouvait durer un à deux ans selon son évolution clinique, était exigible de lui. Invité à faire part de sa détermination, le SMR a, par avis médical du 27 janvier 2009, notamment exposé qu'en l'absence d'un status et d'une anamnèse psychiatrique détaillée, quelques éléments du rapport complémentaire pouvaient cependant rendre acceptable le diagnostic d'épisode dépressif moyen. Cela étant, il apparaissait que le docteur O \_\_\_\_\_ avait, à tort, tenu compte de l'âge du recourant au nombre des facteurs permettant de déterminer la capacité résiduelle de travail de celui-ci, n'expliquait pas pour quelles raisons il retenait un taux d'activité exigible de 50% et ne précisait pas si la diminution du rendement estimée à 50% également devait ou non s'ajouter à ce taux. D'autre part, l'expert mentionnait que l'évolution de l'état de santé du recourant demeurait difficile et qu'elle altérait son fonctionnement social et professionnel, mais il constatait dans le même temps que l'expertisé voyait régulièrement ses enfants, vivait chez une cousine, avait deux amis qu'il rencontrait occasionnellement et qu'il s'était occupé de sa mère, ce qui tendait plutôt à illustrer une intégration sociale préservée. En conclusion, le rapport d'expertise complémentaire ne répondait pas aux interrogations et n'atténuait pas les divergences qu'il devait permettre de trancher. Par lettre adressée au Tribunal dans le délai imparti pour faire part de ses observations, soit le 23 février 2009, le recourant a, à titre liminaire, relevé qu'il avait été abusivement mis au bénéfice d'une préretraite dès le 1<sup>er</sup> janvier 2005, à l'âge de soixante ans, alors qu'il était en arrêt maladie depuis plus de deux

ans, qu'il parvenait au terme de son droit aux indemnités perte de gain et qu'il était sans nouvelles de l'OCAI suite à la demande de prestations formulée en juillet 2003. C'était en raison de la précarité de sa situation financière qu'il avait accepté la proposition de la TSR de le faire bénéficier d'une préretraite plutôt que d'attendre les résultats des examens médicaux qui auraient dû conclure, à l'époque, à la réalité de son invalidité, et à la possibilité d'une prise en charge spécialisée, dans un cadre de travail structuré, avant d'envisager son retour dans l'économie ordinaire. L'examen de son dossier par l'OCAI avait tellement tardé que ce traitement, s'il était entrepris immédiatement, ne pourrait de toute façon plus lui permettre, à l'âge de soixante-quatre ans, de reprendre une activité professionnelle. Pour le reste, l'avis du docteur O\_\_\_\_\_, qui concluait à une invalidité de 100% dès le 18 novembre 2002 et à une aggravation de son état de santé sur le plan somatique, était clair. S'agissant de l'avis du SMR, il était surprenant de constater que, pour celui-ci, le fait qu'il voie ses deux enfants et fréquente occasionnellement deux amis permette de considérer que son fonctionnement psychosocial n'était pas altéré. Il y avait au contraire lieu de considérer que, n'ayant aucune activité ni aucun loisir, rencontrant occasionnellement deux amis et ne voyant que trois membres de sa famille, il s'était coupé de la société. En conséquence, il convenait que le Tribunal de céans annule la décision du 30 janvier 2008, lui reconnaisse un taux d'invalidité de 100% dès le mois de novembre 2002 et lui octroie une rente entière d'invalidité, à compter du mois de juillet 2003 jusqu'à l'âge de la retraite, en avril 2010. Annexé à ces écritures, le recourant a produit un certificat médical établi le 16 janvier 2009 par le docteur S\_\_\_\_\_, urologue, duquel il ressort notamment qu'il souffre d'une sévère hypertrophie prostatique, compliquée de plusieurs épisodes rétensifs et de macro-hématuries répétées, une intervention endoscopique étant envisagée. Sur quoi la cause a été gardée à juger, ce dont les parties ont été informées par lettres du 5 mars 2009. EN DROIT Conformément à l'art. 56V al. 1 er let. a ch. 2 de la loi genevoise du 22 novembre 1941 sur l'organisation judiciaire, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. La LPGA, entrée en vigueur le 1 er janvier 2003, s'applique à la présente procédure. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1, 129 V 4 consid. 1.2, 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références citées). En particulier, les dispositions de la nouvelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4 e révision) et celles de la nouvelle du 6 octobre 2006 (5 e révision), entrées respectivement en vigueur les 1 er janvier 2004 (RO 2003 3852) et 1 er janvier 2008 (RO 2007 5147), sont régies par ce principe. Selon l'art. 60 al. 1 er LPGA, le délai de recours est de trente jours. La décision du 30 janvier a été reçue par le recourant le 31 janvier 2008 au plus tôt. Le délai de recours a commencé à courir le lendemain de la réception de sorte que, compte tenu du fait qu'il devait venir à échéance un samedi, son terme a été reporté au lundi 3 mars 2008 au plus tôt (art. 38 al. 1 et 3 LPGA). Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi (art. 56 ss LPGA), le recours déposé à l'office postal le 15 février 2008 est recevable. Le litige porte sur le droit du recourant au versement d'une rente entière d'invalidité dès le 1 er juillet 2003. Dès lors que, dans la présente cause, les faits déterminants se sont réalisés avant et après l'entrée en vigueur de la 4 e révision et avant et après celle de la 5 e (cf. considérant 2 ci-dessus), le droit à la rente d'invalidité

devra, cas échéant, être examiné au regard de la législation applicable du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 2003, du 1<sup>er</sup> janvier 2004 au 31 décembre 2007 et dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008 respectivement. Selon l'art. 28 al. 1<sup>er</sup> LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins ; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1<sup>bis</sup> aLAI, prétendre à une demi-rente s'il est invalide à 40% au moins. 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<sup>er</sup> LPGA et 4 al. 1<sup>er</sup> aLAI). 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, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007). La notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est donc une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (voir ATF 110 V 275 consid. 4a, 105 V 207 consid. 2). L'art. 29 al. 1<sup>er</sup> aLAI prévoit en outre que le droit à la rente au sens de l'art. 28 prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40% au moins (let. a), ou l'assuré a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (let. b). Conformément à l'al. 2 de cette disposition, la rente est allouée dès le début du mois au cours duquel le droit à la rente a pris naissance, mais au plus tôt dès le mois qui suit le dix-huitième anniversaire de l'assuré. Le droit ne prend pas naissance tant que l'assuré peut prétendre une indemnité journalière au sens de l'art. 22. L'assuré cesse notamment d'avoir droit à la rente d'invalidité dès qu'il peut prétendre à la rente de vieillesse de l'assurance-vieillesse et survivants (art. 30 LAI, in initio). Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1<sup>er</sup> LAI. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références ; cf. aussi ATF 127 V 294 consid. 4c in fine). La reconnaissance de l'existence de troubles somatomorphes (ou somatoformes) douloureux persistants suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant légitimement sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 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 malade 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 cristallisé, 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 l'intéressé (ATF 130 V 352 ). 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). Par ailleurs, s'agissant des troubles dépressifs, il y a lieu d'observer que selon la doctrine médicale (cf. notamment DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 4 e édition, p. 191) sur laquelle s'appuie le Tribunal fédéral, les états dépressifs ne constituent en principe pas une comorbidité psychiatrique grave et durable à un trouble somatoforme douloureux, dans la mesure où ils ne sont en règle générale qu'une manifestation réactive qui ne doit pas faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATF 130 V 352 consid. 3.3.1 in fine ; MEYER/BLASER, op. cit. , p. 81, note 135). Pour procéder à l'évaluation du taux d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste alors 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 256 consid. 4, 115 V 134 consid. 2). 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. À cet égard, il convient que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, le juge ne s'écarte 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 sur-expertise 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). 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 précité, consid. 3b/bb). 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 lui (ATF précité, consid. 3b/bb et cc). En l'espèce, les avis médicaux des docteurs M\_\_\_\_\_ et N\_\_\_\_\_, rhumatologues, des docteurs O\_\_\_\_\_ et P\_\_\_\_\_ du SMR, psychiatres, et du docteur L\_\_\_\_\_, généraliste et médecin traitant du recourant, diffèrent quant aux conclusions auxquels ils aboutissent, de sorte qu'il convient d'en examiner brièvement les mérites respectifs avant d'en tirer les conséquences diagnostiques au regard du principe de la vraisemblance prépondérante applicable en matière d'assurances sociales. Sur le plan somatique, l'expertise conduite par le docteur N\_\_\_\_\_ se fonde sur des examens cliniques étendus, sur une anamnèse complète, les plaintes exprimées par l'assuré lors de la consultation étant prises en considération, et sur une description précise des interférences médicales, de sorte que le diagnostic posé, qui comprend des lombalgies mécaniques retentissant sur la capacité de travail du recourant est cohérent et digne de foi. Tel n'est en revanche pas le cas des rapports médicaux établis par les docteurs M\_\_\_\_\_ et L\_\_\_\_\_ les 18 et 29 septembre 2003. En particulier, ces praticiens n'ont pas précisé en quoi les constatations objectives et subjectives recueillies devaient avoir pour conséquence, pour le recourant, une incapacité totale d'exercer quelque activité que ce soit. Au demeurant, le docteur M\_\_\_\_\_ s'est borné à affirmer qu'au vu de la lombosciatalgie persistante diagnostiquée, il « n'imagin[ait] pas d'autre activité professionnelle » que le recourant pût garder. Force est donc de constater que l'incapacité totale de gain à laquelle conclut ce praticien n'est pas, au vu de l'état de santé du recourant, qualifié de « bon » dans le même rapport, motivée à satisfaction de droit. D'autre part, il n'apparaît pas que le docteur L\_\_\_\_\_ ait procédé à l'étude fouillée, sur la base d'examens complets, requise par la jurisprudence rappelée plus haut, pour fonder un avis revêtu d'une force probante suffisante. En outre, il y a lieu de tenir compte du fait qu'en sa qualité de médecin traitant du recourant depuis 1991, ce praticien a tissé une relation de confiance étroite avec celui-ci, susceptible d'influencer sensiblement le contenu de ses propos. Cela étant, ce praticien a fait état, au cours des enquêtes, d'une légère amélioration de l'état de santé de son patient sur le plan physique, qu'une reprise de l'activité professionnelle n'aurait vraisemblablement pas permise. Partant, il convient de faire prévaloir l'avis médical exprimé par le docteur N\_\_\_\_\_ au terme de son expertise rhumatologique, selon lequel, sur ce plan, la capacité de travail du recourant dans une activité comparable à celle qu'il exerçait auparavant, laquelle ne nécessitait pas de port de charges et autorisait les changements de position, était entière. Sur le plan psychique, les rapports d'expertise établis les 2 décembre 2005 et 2 décembre 2008 par le docteur O\_\_\_\_\_ montrent que ce praticien a procédé à un examen objectif de la situation personnelle et médicale du recourant, qu'il a rapporté les constatations qu'il avait faites de

façon neutre et circonstanciée, et les conclusions auxquelles il aboutit s'appuient sur des considérations médicales pertinentes. Selon ce praticien, il ressort de l'anamnèse, de l'examen clinique, de l'étude du dossier et des rapports médicaux que le recourant présente un trouble de l'humeur avec au premier plan troubles du sommeil, perte de plaisir sentiment de dévalorisation et difficultés à se concentrer. Ces symptômes présents depuis plusieurs années et d'intensité variable au cours du temps permettent de retenir le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen. Ce trouble a induit et induit encore une altération du fonctionnement social et professionnel de l'expertisé. Cette altération est de plus aggravée par un syndrome douloureux somatoforme persistant survenu dans un contexte de conflit émotionnel (divorce avec trouble de l'humeur secondaire) et de problèmes psychosociaux (difficultés relationnelles importantes avec certains de ses collègues de travail en lien avec leur consommation d'alcool). Il en a découlé une altération de son fonctionnement adaptatif dans des secteurs tels que ses aptitudes sociales et professionnelles, avec comme conséquence une incapacité de travail définitive à 100% depuis novembre 2002, son activité professionnelle ayant en outre été marquée par des arrêts de travail à 100% de longue durée dès le mois de janvier 1997. Il apparaît que le recourant, face à ce syndrome douloureux et ce syndrome dépressif, aurait dû bénéficier d'une prise en charge psychiatrique spécialisée et psychothérapeutique individuelle à long terme, mesures qui auraient pu permettre une amélioration de son fonctionnement social et professionnel avec réinsertion professionnelle à moyen terme, bien que les chances de succès de ce type de prise en charge demeurent réduites dans le cadre de ces syndromes. Il y a donc lieu de retenir que, sur le plan psychique, le recourant souffrait et souffre encore, à tout le moins, d'épisodes moyens d'un trouble dépressif récurrent qui ont entraîné, depuis le 18 novembre 2002 notamment, une totale incapacité de gain qui, faute d'une prise en charge psychiatrique spécialisée à long terme et d'une aide à la réinsertion professionnelle, a perduré depuis lors. Selon l'avis de l'expert, c'est le trouble dépressif récurrent qui est à l'origine de l'incapacité de travail. Il a précédé le trouble somatoforme douloureux (TSD) également diagnostiqué, ce dernier ayant en outre contribué à l'altération du fonctionnement social et professionnel du recourant. Vu ce qui précède, l'examen du caractère invalidant du TSD au sens de la jurisprudence fédérale est inutile. Il y a en outre lieu de noter que le SMR ne conteste plus le diagnostic de trouble dépressif récurrent retenu, et que l'expert a précisé pour quel motif il en retenait l'intensité moyenne. Rien ne permet non plus de contester la totale incapacité de travail retenue par l'expert, qui n'est d'ailleurs pas vraiment contestée. Certes, une prise en charge médicale compétente et spécialisée, suivie de mesures de réadaptation professionnelle, étaient de nature à réduire l'incapacité de travail constatée. Mais ces mesures n'ont pas été prises, ce que l'on ne saurait reprocher au recourant, et la situation médicale n'a donc pas évolué. En conséquence, au degré de vraisemblance prépondérante requis, il s'impose de considérer que la capacité de gain du recourant était, du fait du trouble dépressif récurrent dont il souffre depuis 1997 et compte tenu des circonstances, nulle dans l'activité qu'il exerçait ou dans une activité comparable qui tînt compte des limitations fonctionnelles engendrées par les troubles diagnostiqués depuis novembre 2002. Partant, c'est à tort que l'OCAI a refusé le versement d'une rente entière d'invalidité à compter du mois de novembre 2003. Ce droit à la rente n'a par ailleurs pas pris fin en janvier 2005, l'art. 30 LAI précité ne s'appliquant pas en cas de préretraite. En revanche, il n'appartient pas au Tribunal de fixer l'échéance de la rente, celle-ci étant due en l'état pour une durée indéterminée. Bien fondé, le recours devra donc être admis. Pour le surplus, un émolument de 500 fr. sera mis à la charge de

l'intimé en application de l'art. 69 al. 1 bis LAI, qui prévoit que, en dérogation à l'art. 61 let. a, LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice, le montant des frais étant fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et devant se situer entre 200 et 1'000 fr.

Conformément à l'art. 61 let. g LPGA, le recourant, qui obtient gain de cause, aura droit au remboursement de ses dépens, lesquels, compte tenu du fait que son conseil s'est constitué en cours d'instance, seront fixés à 1'000 fr. \* \* \* \* \*

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.