

GE_GERICHTE A/615/2010 vom 30. September 2010

GE Cour de justice, 2010-09-30, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_615_2010

FR: GE_GERICHTE A/615/2010 du 30 septembre 2010

IT: GE_GERICHTE A/615/2010 del 30 settembre 2010

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 30.09.2010
A/615/2010

A/615/2010 ATAS/981/2010 du 30.09.2010 (AI) En fait En droit RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/615/2010 ATAS/981/2010 ORDONNANCE D'EXPERTISE DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES Chambre 6 du 30 septembre 2010 En la cause Monsieur H _____, domicilié à ONEX, représenté par APAS - Assoc. permanence défense des patients et assurés recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue de Lyon 97, Genève intimé EN FAIT Monsieur H _____, né en 1957, originaire du Kosovo, au bénéfice d'un permis de réfugié, a travaillé en dernier lieu en tant qu'employé de manège. Le 13 avril 1993, il a été projeté par un cheval contre un mur et a ressenti d'importantes douleurs lombaires. Il n'a plus travaillé depuis lors. Le 28 octobre 1996, il a déposé à l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI) une demande de prestations tendant à l'octroi d'une rente. Il alléguait souffrir d'une lombosciatalgie aigue non déficitaire post-traumatique. Dans un rapport du 23 juin 1998, le Dr L _____, de la Permanence Vermont-Grand-Pré, a attesté à l'OAI que l'assuré souffrait d'une lombosciatalgie chronique droite post-traumatique et de dépression nerveuse. L'incapacité de travail était entière depuis le 14 avril 1993 dans l'ancienne activité de manœuvre. Un travail léger assis était possible. L'assuré était toutefois très difficilement motivable pour toute activité. Dans un rapport intermédiaire du 13 novembre 1999, le Dr L _____ a fait état de lombalgie chronique, amplifiée pour des raisons d'ordre bio-psycho-sociales. L'état de santé s'améliorait. Le 11 novembre 2000, le Dr M _____, nouveau médecin traitant généraliste de l'assuré, a évoqué un syndrome lombaire non déficitaire dans un contexte de sinistrose et de conflit psycho-social. Une expertise effectuée le 2 août 2001 par la Dresse N _____, de la clinique de rééducation des HUG, a retenu les diagnostics de lombosciatalgies droites chroniques, atypiques et vraisemblablement non déficitaires, présentes depuis le mois d'avril 1993, dans un contexte de surcharge pondérale, et de troubles dépressifs réactionnels. En l'absence d'éléments objectifs justifiant le tableau, elle évoquait également le diagnostic de syndrome somatoforme douloureux. A la demande de l'OAI, le Dr O _____, psychiatre, a examiné l'assuré et établi un rapport d'expertise le 14 avril 2002. Il a écarté le diagnostic de névrose de compensation (F68.0), celui de trouble somatoforme (F45) et de fibromyalgie. Il a en revanche retenu un dysfonctionnement cognitif, conditionné par une atteinte inhomogène mais certaine des capacités cognitives qui porte sur la mémoire, l'opérativité et l'instrumentalité. Il était difficile de dire si cette atteinte était constitutionnelle ou acquise. Ces troubles entraînaient une incapacité de travail totale dans toute activité. Dans un avis du 13 août 2002, le Dr P _____, psychiatre au Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), a retenu que ni l'expertise du 3 août 2001 des HUG, ni celle

psychiatrique du Dr O _____ du 14 avril 2002 ne permettaient d'évaluer l'incapacité de travail de l'assuré. L'hypothèse d'un dysfonctionnement cognitif, retenu par le Dr O _____ sur la base de tests effectués sans traducteur, chez un expertisé parlant à peine le français et limité sur le plan intellectuel, ne pouvait pas être retenue telle quelle. Dans un rapport d'examen psychiatrique du 23 juin 2003, le Dr P _____ a retenu le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen à sévère, chez une personnalité émotionnellement labile à traits interprétatifs et abandonniques. La capacité de travail était nulle dans toute activité. Par décision du 10 mai 2004, l'assuré a été mis au bénéfice d'une rente d'invalidité entière fondée sur un degré d'invalidité de 100%, avec effet dès le 1^{er} octobre 1995. Une révision de la rente était prévue en avril 2008. Le 28 avril 2008, l'OAI a initié la procédure de révision de la rente d'invalidité. Le 6 mai 2008, l'assuré a retourné à l'OAI le questionnaire pour la révision de la rente, dûment rempli. Il mentionnait que son état de santé était toujours le même. Dans un rapport médical du 20 mai 2008, le Dr M _____, médecin traitant, a fait état d'un état de santé stationnaire, sans modifications. L'incapacité de travail était toujours entière. En date du 19 février 2009, la Dresse Q _____, du SMR, a signalé qu'une amélioration était envisageable. Toutefois, une enquête était plus à même de la démontrer qu'une expertise psychiatrique. Le 7 octobre 2009, l'assuré a été examiné par la Dresse R _____, psychiatre, en présence d'un interprète. Dans un rapport du 17 octobre 2009, l'experte n'a retenu aucun diagnostic psychiatrique ayant une influence sur la capacité de travail de l'assuré. Elle a en revanche admis l'existence d'une majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (névrose de compensation). Cette affection, présente depuis 1993, n'avait selon elle pas d'influence sur la capacité de travail. Le diagnostic de trouble somatoforme douloureux a été écarté. S'agissant du trouble dépressif, elle a exposé que contrairement au Dr P _____, elle ne retenait pas ce diagnostic, car l'assuré n'avait pas présenté plusieurs épisodes dépressifs entrecoupés de périodes de rémission. Par conséquent, elle retenait une évolution favorable depuis au moins 2006, les facteurs psycho-sociaux, notamment le risque d'expulsion s'étant progressivement réglés, suite notamment à la naturalisation de l'expertisé. L'assuré n'avait jamais nécessité de suivi psychiatrique ni de médicaments antidépressifs à doses thérapeutiques. Après dix-huit ans passés en Suisse, l'assuré ne parlait toujours pas le français et n'avait aucune motivation pour la reprise d'un travail. Le 3 décembre 2009, la Dresse Q _____ a constaté que l'expertise de la Dresse R _____ mentionnait une amélioration de l'état de santé depuis l'examen du Dr P _____ effectué en juin 2003 et retenait une capacité de travail entière. Par projet de décision du 17 décembre 2009, l'OAI a informé l'assuré qu'il envisageait de supprimer la rente d'invalidité. En date du 8 février 2010, l'OAI a décidé de supprimer la rente d'invalidité du recourant dès le premier jour du 2^{ème} mois suivant la notification de la décision. Une aide au placement pouvait éventuellement être accordée sur demande motivée de l'assuré. En date du 19 février 2010, l'assuré, représenté par l'ASSOCIATION POUR LA PERMANENCE DE DEFENSE DES PATIENTS ET DES ASSURES (APAS), a interjeté recours devant le Tribunal cantonal des assurances sociales contre la décision du 8 février 2010, en concluant à son annulation. L'expertise de la Dresse R _____ correspondait dans les faits à une nouvelle appréciation médicale de la même situation. L'experte avait en effet écarté le diagnostic de trouble dépressif récurrent retenu par le Dr P _____, ce qui ne correspondait pas à une amélioration de cette affection. De plus, l'expertise ne comparait pas la situation psychiatrique prévalant au moment de l'expertise du Dr P _____ avec l'actuelle. Enfin, l'experte avait omis

de se prononcer sur la nécessité d'éventuelles mesures professionnelles, vu le déconditionnement du recourant, qui n'avait plus travaillé depuis 1993. Dans sa réponse du 22 mars 2010, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision entreprise. La Dresse R _____, dont l'expertise avait pleine valeur probante, avait constaté que le trouble dépressif dont souffrait le recourant en 2004 n'était plus présent depuis 2006. Il ne faisait donc aucun doute que l'état de santé s'était amélioré. L'experte n'avait par ailleurs pas à se prononcer sur d'éventuelles mesures professionnelles, puisque son rôle était de porter un jugement sur l'état de santé et sur la capacité de travail. Le recourant a répliqué, en date du 14 avril 2010, que la Dresse R _____ aurait dû se prononcer sur le problème du déconditionnement du recourant dans son évaluation de la capacité de travail. De plus, il était erroné de prétendre, comme le faisait l'OAI, que l'expertise du Dr O _____ n'avait aucune valeur probante, dès lors qu'elle avait été établie en l'absence d'un interprète. Le 26 avril 2010, le recourant a communiqué au Tribunal une copie d'un rapport d'expertise de la Clinique ROUSSEAU, établi par le Dr S _____, psychiatre, et par M. T _____, psychologue, daté du 7 avril 2010. Selon cette évaluation, le recourant présentait un tableau dépressif persistant suite à l'accident survenu dans l'exercice de son travail dans un manège en avril 1993. Les douleurs récurrentes participaient à l'état dépressif, qui était peu ou pas traité. Les diagnostics retenus étaient ceux de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques et de trouble de la personnalité émotionnellement labile. L'incapacité de travail était entière. Un traitement psychiatrique était suggéré. Dans sa détermination du 25 mai 2010, l'intimé a produit un avis du SMR du 20 mai 2010 se prononçant sur le rapport du Dr S _____ du 7 avril 2010. L'OAI a fait remarquer que l'assuré avait été suivi par la Clinique ROUSSEAU dans les mois précédant cette évaluation. Cet élément était de nature à mettre en doute la valeur probante du rapport. De plus, cette expertise n'indiquait pas pour quelle raison les conclusions, pourtant récentes, de la Dresse R _____, devaient être écartées. Par courrier du 21 juin 2010, le recourant a précisé n'avoir jamais été suivi par le Dr S _____. Le 7 juillet 2010, le Dr S _____ a confirmé que le recourant n'avait pas bénéficié de traitement au sein de la clinique ROUSSEAU avant l'expertise réalisée en avril 2010. Le 20 septembre 2010, le Tribunal de céans a informé les parties qu'il entendait confier une expertise au Dr U _____, médecin spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et leur a imparti un délai au 8 octobre 2010 pour faire leurs observations. Le 27 septembre 2010, le recourant a requis l'ajout de quatre questions supplémentaires. Le 28 septembre 2010, l'intimé s'est référé à un avis du SMR du même jour relevant que l'expert n'était pas habilité, en tant que psychiatre, à poser le diagnostic de fibromyalgie. EN DROIT a) La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1^{er} août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales statuant conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 LOJ en instance unique, sur les contestations prévues à l'art. 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 sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. b) 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; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). En l'espèce, l'objet du litige porte sur la suppression de la rente d'invalidité précédemment octroyée au recourant, dès 2010. La loi fédérale sur la

partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003 et s'applique donc au cas d'espèce. Tel est également le cas des modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2004 (RO 2003 3852) et celles du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision de la LAI), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2008.

a) L'art. 69 al. 1 LAI prévoit que les décisions des offices AI cantonaux peuvent faire directement l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du canton de l'office qui a rendu la décision.

b) En l'espèce, l'OCAI a communiqué à l'assuré un projet de décision en date du 17 décembre 2009, qui a été confirmé par la décision du 8 février 2010, contre laquelle l'assuré a interjeté directement recours devant le Tribunal de céans le 19 février 2010.

c) Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, devant l'autorité compétente, le recours est en conséquence recevable (art. 56 ss LPGA). Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA).

a) Selon l'art. 28 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes:

a. sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles;

b. il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable;

c. au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (al. 1). La rente est échelonnée selon le taux d'invalidité (al. 2) : 40 % au moins donne droit à un quart de rente; 50 % au moins à une demie rente; 60 % au moins à un trois quarts de rente et 70 % au moins à une rente entière.

b) Selon l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29, al. 1, LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^e anniversaire de l'assuré.

a) Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue, doivent être prises en compte (ATF 129 V 223 consid. 4.1, 128 V 174).

b) La notion de marché équilibré du travail est une notion théorique et abstraite qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre

et la demande de main d'oeuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés, tant au regard des exigences professionnelles et intellectuelles qu'au niveau des sollicitations physiques (ATF 110 V 273 consid. 4b p. 276; arrêt I 350/89 du 30 avril 1991 consid. 3b, in RCC 1991 p. 329). c) Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui, on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives; l'examen des faits doit être mené de manière à garantir dans un cas particulier que le degré d'invalidité est établi avec certitude. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'oeuvre (arrêt I 198/97 du 7 juillet 1998 consid. 3b et les références, in VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (arrêts I 350/89 précité consid. 3b; I 329/88 du 25 janvier 1989 consid. 4a, in RCC 1989 p. 328). d) D'après ces critères, il y a lieu de déterminer dans chaque cas et de manière individuelle si l'assuré est encore en mesure d'exploiter une capacité de travail résiduelle sur le plan économique et de réaliser un salaire suffisant pour exclure une rente. Ni sous l'angle de l'obligation de diminuer le dommage, ni sous celui des possibilités qu'offre un marché du travail équilibré aux assurés pour mettre en valeur leur capacité de travail résiduelle, on ne saurait exiger d'eux qu'ils prennent des mesures incompatibles avec l'ensemble des circonstances objectives et subjectives (arrêt 9C_313/2007 du 8 janvier 2008 consid. 5.2 in fine et la référence). a) Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires (ESS) de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 126 V 78 consid. 5). b) Le revenu de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la référence). Il doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires intervenue jusqu'au moment du prononcé de la décision. On ne saurait s'écarter d'un tel revenu pour le seul motif que l'assuré disposait, avant la survenance de son invalidité, de meilleures possibilités de gain que celles qu'il mettait en valeur et qui lui permettaient d'obtenir un revenu modeste (ATF 125 V 157 consid. 5c/bb et les arrêts cités); il convient toutefois de renoncer à s'y référer lorsqu'il

ressort de l'ensemble des circonstances du cas que l'assuré, sans invalidité, ne se serait pas contenté d'une telle rémunération de manière durable (cf. AJP 2002 1487; RCC 1992 p. 96 consid. 4a). a) Selon l'art. 17 LPGGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Cela vaut également pour d'autres prestations durables accordées en vertu d'une décision entrée en force, lorsque l'état de fait déterminant se modifie notablement par la suite. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGGA. 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 343 consid. 3.5 p. 349, 113 V 273 consid. 1a p. 275; voir également ATF 112 V 371 consid. 2b p. 372 et 387 consid. 1b p. 390). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force reposant sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108). b) Selon l'art. 88a RAI, en vigueur depuis le 1^{er} mars 2004, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité s'atténue, il y a lieu de aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (al. 1). Si l'incapacité de gain ou la capacité d'accomplir considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit les travaux habituels ou l'impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité d'un assuré s'aggrave, il y a lieu de considérer que ce changement accroît, le cas échéant, son droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. L'art. 29 bis est toutefois applicable par analogie (al. 2). c) C'est ainsi que la tâche du médecin dans le cadre d'une révision de la rente d'invalidité consiste avant tout à établir l'existence ou non d'un changement significatif de l'état de santé de l'assuré, respectivement de sa capacité de travail, en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale avec la situation au moment de son examen (ATFA non publié du 12 juillet 2005, I 282/04, consid. 5.2 et 5.3). a) En ce qui concerne la preuve, le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a). 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 LPGGA), 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. 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 (ATF 125 V 352 ss consid. 3). 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 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. 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 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee). d) 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). e) Selon la jurisprudence (DTA 2001 p. 169), le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire judiciaire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170 p. 136, 1989 n° K 809 p. 206). A l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (voir RAMA 1986 n° K 665 p. 87) Parmi les atteintes à la santé psychique, qui peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA, on doit mentionner - à part les maladies mentales proprement dites - les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies. 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. Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son infirmité mentale, exercer une activité que le marché du travail lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Le point déterminant est ici de savoir quelle activité peut raisonnablement être exigée dans son cas. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine). En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, le Tribunal fédéral des assurances a, dans un arrêt ATF 127 V 294 , précisé sa jurisprudence relative aux atteintes à la santé psychique. Ainsi, les facteurs psychosociaux ou socioculturels ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 299 consid. 5a in fine; VSI 2000 p. 155 consid. 3). Dans le cas d'espèce, l'OAI a décidé de supprimer, par voie de révision, la rente d'invalidité du recourant, précédemment octroyée sur la base des conclusions de l'examen psychiatrique effectué par le Dr P _____, du SMR, en juin 2003, au motif que selon l'expertise de la Dresse R _____, le trouble dépressif récurrent avait connu une évolution favorable et n'était plus présent, depuis 2006. Le recourant conteste la valeur probante de l'expertise de la Dresse R _____. L'experte se serait selon lui livrée à une nouvelle appréciation médicale de son cas. Par ailleurs, selon le Dr S _____, qui avait examiné le recourant en avril 2010, le trouble dépressif serait toujours invalidant. Le Tribunal observe à cet égard qu'effectivement, la Dresse R _____ n'a pas clairement comparé les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale avec la situation au moment de son examen (ATFA non publié du 12 juillet 2005, I 282/04, consid. 5.2 et 5.3). Dans l'expertise, elle affirme que contrairement au Dr P _____, elle ne retient pas le diagnostic de trouble dépressif récurrent, dès lors que le recourant n'a pas présenté plusieurs épisodes dépressifs entrecoupés de périodes de rémission. Elle affirme par ailleurs que malgré le diagnostic de dépression évoqué en 2003, le recourant n'a jamais nécessité de suivi psychiatrique ni de médication antidépressive à doses thérapeutiques. Ce faisant, la Dresse R _____ semble procéder à une

nouvelle appréciation de la situation prévalant en 2003. Certes, elle évoque également le fait que les facteurs de stress psycho-sociaux, notamment les menaces de renvoi et les incertitudes liées au permis de séjour du recourant, ont disparu en 2006, ce qui expliquerait la rémission du trouble dépressif. L'expertise n'est toutefois pas suffisamment claire et dépourvue d'ambiguïté s'agissant de l'évolution de l'état de santé du recourant entre 2003 et 2009. De plus, le recourant a produit un rapport du Dr S _____, d'avril 2010, qui fait état d'un trouble dépressif qualifié de sévère, toujours présent et invalidant. Si le rapport du Dr S _____ n'emporte pas à lui seul la conviction, il est susceptible de renforcer les doutes au sujet de la valeur probante de l'expertise de la Dresse R _____. En présence d'avis totalement divergents, il se justifie d'ordonner une expertise judiciaire. Cette expertise sera confiée au Dr U _____, médecin spécialiste en psychiatrie, à Chêne-Bourg. Pour répondre aux observations des parties, les questions i., k. et n. ont été modifiées. PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable ; Préparatoirement : Ordonne une expertise médicale. La confie au Dr U _____. Dit que la mission d'expertise sera la suivante : a. Prendre connaissance du dossier de la cause. b. Si nécessaire prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité M. H _____. c. Examiner M. H _____, en présence d'un traducteur. d. Etablir un rapport détaillé et répondre aux questions suivantes: e. Quelle est l'anamnèse détaillée du cas ? f. Quel est le status détaillé et l'évolution du status depuis le début de l'atteinte ? En particulier depuis l'examen psychiatrique du Dr P _____ en juin 2003 ? g. Quelle est l'atteinte à la santé dont souffre M. H _____ d'un point de vue psychiatrique (diagnostics) ? h. En cas de trouble psychique, quel est le degré de gravité de celui-ci (faible, moyen, grave) ? Depuis quelle date est-il présent chez M. H _____ ? Quel traitement est-il indiqué ? M. H _____ suit-il un traitement adéquat ? Y a-t-il une amélioration possible à court/moyen terme ? i. Compte tenu de votre diagnostic, l'assuré pourrait-il en faisant preuve de bonne volonté exercer une activité lucrative ? Si oui, laquelle ? A quel taux ? Depuis quelle date ? Si non ou dans une mesure restreinte, pour quels motifs ? Quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ? Quel est votre pronostic quant à l'exigibilité de la reprise d'une activité lucrative ? Peut-on exiger de l'assuré qu'il réintègre le monde du travail ? j. Au vu du dossier, votre réponse aux questions susmentionnées est-elle identique à celle que vous auriez donnée à la date de la décision rendue par l'Office cantonal de l'assurance-invalidité, soit le 8 février 2010 ? Si non, pourquoi et quelles sont les réponses qui varient ? k. a) Etes-vous d'accord avec l'expertise de la Dresse R _____ du 17 octobre 2009 ? Si non, pourquoi ? Veuillez motiver précisément vos divergences. b) Est-vous d'accord avec l'expertise du Dr O _____ du 14 avril 2002 ? En particulier, les troubles F54, F06 et F06.9 (CIM-10) peuvent-ils être confirmés ? l. Etes-vous d'accord avec l'expertise du Dr S _____ du 7 avril 2010 ? Si non, pourquoi ? Veuillez motiver précisément vos divergences. m. Etes-vous d'accord avec l'avis du SMR du 3 décembre 2009 et du 20 mai 2010 ? Si non, pourquoi ? Veuillez motiver précisément vos divergences. n. Existe-t-il un diagnostic de trouble somatoforme douloureux ? 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 ? M. H _____ subit-il une

perte d'intégration sociale au sens du considérant 10 d) et, cas échéant, dans quelle mesure et de quelle manière ? Existe-t-il chez M. H_____ 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 conforme aux règles de l'art ? Des mesures de réhabilitation seraient-elles utiles ? Dans quelle mesure peut-on exiger de M. H_____ qu'il mette en œuvre toute sa volonté pour surmonter ses douleurs et réintégrer le monde du travail ? En d'autres termes, M. H_____ 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 ? o. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ? p. Faire toutes autres observations ou suggestions utiles. Réserve le sort des frais jusqu'à droit jugé au fond. La greffière Nancy BISIN La Présidente Valérie MONTANI Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties le

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