

## **GE\_GERICHTE A/655/2011 vom 30. November 2011**

GE Cour de justice, 2011-11-30, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_655\\_2011](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_655_2011)

FR: GE\_GERICHTE A/655/2011 du 30 novembre 2011

IT: GE\_GERICHTE A/655/2011 del 30 novembre 2011

### **Erwägungen**

#### **E. 3**

ème Chambre En la cause Monsieur K\_\_\_\_\_, domicilié c/o X\_\_\_\_\_, à Genève, représenté par l'Association suisse des assurés recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue de Lyon 97, Genève intimé EN FAIT Monsieur K\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), né en 1967, de nationalité érythréenne, marié et père de trois enfants, arrivé en Suisse en 1983, sans formation professionnelle, a travaillé comme employé de cuisine chez Y\_\_\_\_\_ de 1989 à 2003. En avril 2004, l'assuré a déposé une demande auprès de l'Office de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI) en invoquant une dépression apparue après un accident survenu en avril 2003. Par décision du 17 janvier 2006, confirmée sur opposition le 15 novembre 2007, l'OAI lui a nié tout droit aux prestations au motif que son incapacité de travail n'était que de 30% au plus. Cette décision a été rendue à l'issue d'une instruction ayant permis de recueillir notamment les éléments suivants : un rapport du 1er juillet 2004 du Dr L\_\_\_\_\_, chef de clinique à la Consultation de psychiatrie de la Jonction, posant le diagnostic d'épisode dépressif majeur d'intensité sévère chronique apparu en avril 2003 et à une totale incapacité de travail ; un rapport rendu le 12 juillet 2004 par le Dr M\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, confirmant le diagnostic d'état dépressif majeur d'intensité sévère, accompagné de céphalées chroniques et d'asthénie et concluant également à une totale incapacité de travail à compter du 14 avril 2003 ; une expertise du Dr N\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie, du 11 novembre 2003, expliquant que, sur le plan strictement physique, l'accident avait entraîné un traumatisme crânien simple et des contusions cervicales et lombaires, que les investigations radiologiques n'avaient révélé aucune lésion d'origine traumatique, qu'en revanche, sur le plan psychique, l'évolution avait été particulièrement défavorable, avec l'apparition d'un état dépressif et de crises de panique ayant nécessité une hospitalisation de jour pendant deux mois à Belle-Idée avec un traitement médicamenteux, que les psychiatres avaient alors posé les diagnostics d'état de stress post-traumatique, de trouble dépressif récurrent et de trouble panique ; une expertise du Dr O\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, réalisée le 17 juin 2004, relevant un important décalage entre la quantité des plaintes énoncées et la pauvreté des observations objective, concluant à un processus d'invalidation largement déterminé par des facteurs extra-médicaux, sans écarter totalement la suspicion d'une accentuation des plaintes et retenant les diagnostics de dysthymie (F34.1) et neurasthénie (F48) pouvant conduire à admettre une incapacité de travail partielle d'environ 20 à 30% ; un rapport médical établi par le Dr M\_\_\_\_\_ le 6 février 2006, dans lequel le médecin traitant relevait que les conclusions du Dr O\_\_\_\_\_ allaient à l'encontre des diagnostics posés par les médecins du Département de psychiatrie des HUG qui, tous, avaient conclu à un état dépressif majeur d'intensité sévère ; une attestation médicale établie le 8 février 2006 par les Drs P\_\_\_\_\_ et Q\_\_\_\_\_, du Département de psychiatrie adulte de la Jonction

(programme dépression), confirmant que les diagnostics retenus étaient ceux d'épisode dépressif majeur d'intensité sévère, de syndrome des jambes sans repos et de syndrome d'apnée du sommeil ; les médecins ajoutaient qu'ils ne pouvaient reprendre à leur compte les diagnostics évoqués par l'expert, mais qu'en égard à l'évaluation de ce dernier, ils allaient travailler avec le patient pour essayer de lui faire retrouver un état de santé compatible avec une reprise du travail ; - un complément d'expertise du Dr O \_\_\_\_\_ du 5 mai 2007 relevant qu'une oxymétrie nocturne effectuée en novembre 2004 avait montré la présence de séquences de désaturation compatibles avec un syndrome d'apnées du sommeil, qu'un enregistrement très complet avait conclu à des troubles majeurs de la continuité du sommeil, à des troubles respiratoires sur résistance des voies aériennes supérieures et à un syndrome de mouvements périodiques des jambes ; le Dr O \_\_\_\_\_ soulignait que l'état cognitif de l'assuré et la communication avec ce dernier s'étaient nettement améliorés mais que l'expertisé était marqué par une émotion dysphorique dysthymique ; le médecin faisait remarquer que selon les rapports médicaux versés au dossier, les médecins, six mois après l'accident, avaient objectivement décrit une situation psychique plutôt modeste puisque l'assuré apparaissait légèrement triste, avec un discours un peu ralenti et appauvri ; les réponses au questionnaire d'auto-évaluation contrastaient cependant fortement avec ces constatations objectives ; le Dr O \_\_\_\_\_ en tirait la conclusion que c'était ce qui avait amené les médecins à conclure à l'existence d'un épisode dépressif majeur d'intensité sévère et soulignait qu'ils avaient malgré tout insisté, à la fin de leur rapport, sur la nécessité de reprendre le travail le plus tôt possible et d'axer tout le travail thérapeutique dans ce sens ; le Dr O \_\_\_\_\_ concluait à une amélioration par rapport à 2003 et posait les mêmes diagnostics que précédemment, à savoir dysthymie et neurasthénie, insistant sur le fait que la dysthymie était utilisée par analogie pour désigner un état de type dysphorique couvrant l'ensemble des sentiments d'insatisfaction, d'ennui, de mal-être diffus, d'anhédonie, de goût amer de la vie, d'irritabilité et d'agressivité réactive, d'humeur morose et maussade de l'assuré. Saisi d'un recours interjeté par l'assuré, le Tribunal cantonal des assurances sociales - alors compétent - a rendu en date du 22 mai 2009 un arrêt ( ATAS/649/2009 ) au terme duquel il a partiellement admis le recours, annulé les décisions des 17 janvier 2006 et 15 novembre 2007 et renvoyé la cause à l'intimé pour instruction complémentaire. Le Tribunal a considéré que les rapports du Dr O \_\_\_\_\_ ne pouvaient se voir reconnaître pleine valeur probante dans la mesure où leurs conclusions étaient contradictoires et apparaissaient isolées au regard de nombreuses autres appréciations. En effet, tous les psychiatres s'étant succédés auprès de l'assuré avaient posé le diagnostic d'épisode dépressif majeur d'intensité sévère si bien que la modicité des diagnostics retenus par l'expert paraissait étonnante. En particulier, le Tribunal s'est référé à l'avis du Dr R \_\_\_\_\_, lequel avait notamment souligné que la leucopénie et les troubles du sommeil de son patient n'avaient pas été pris en compte. Le Tribunal en a tiré la conclusion qu'une expertise s'imposait afin de déterminer plus précisément les conséquences des atteintes sur la capacité de travail de l'assuré. Cet arrêt a été rendu au terme d'une instruction ayant permis de recueillir notamment les éléments suivants : - un courrier du 1er avril 2008 du Dr M \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, faisant mention des problèmes de leucopénie de l'assuré (en mars 2008, le taux de leucocytes sanguins de l'intéressé avait été légèrement en-dessous de la moyenne, mais pour le reste, le statut hématologique était dans les limites de la norme et le bilan biologique strictement normal, sans aucun signe d'inflammation ni de pathologie) mais indiquant que, du point de vue physique, son patient ne présentait aucune pathologie et expliquant que

pour l'essentiel, l'incapacité de travail de l'assuré était liée à un problème psychiatrique ; - un rapport du Dr R\_\_\_\_\_, chef de clinique au Département de psychiatrie des HUG soulignant les troubles du sommeil de l'assuré et concluant à une totale incapacité de travail motivée par un épisode dépressif résistant aux traitements, d'intensité sévère chronique, apparu dans le cadre d'un syndrome de stress post-traumatique ; - l'audition du Dr R\_\_\_\_\_. En exécution du jugement du Tribunal cantonal des assurances sociales, l'OAI a adressé l'assuré pour expertise pluridisciplinaire au Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (COMAI). Le Dr S\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et le Dr T\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, ont rendu leur rapport en date du 30 juin 2010. Il en ressort que, sur le plan somatique, l'assuré se plaint essentiellement de crises douloureuses abdominales basses situées dans le flanc droit apparues depuis plusieurs mois spontanément dans le contexte d'une prise de poids secondaire à son traitement, survenant environ une fois par semaine et pouvant durer cinq à dix minutes. Par ailleurs, il se plaint de fatigabilité, d'un manque d'entrain et d'une intolérance à tout effort, ainsi que de troubles du sommeil avec réveil une à deux fois par nuit et mouvements anormaux du membre inférieur gauche. Sur le plan psychique, l'assuré invoque une dépression, de l'angoisse, du stress et une fatigabilité. Le caractère très inhibé de l'assuré a été relevé. En revanche, aucun ralentissement moteur marqué n'a été observé. L'attitude de l'assuré a été décrite comme extrêmement passive et régressive. S'agissant de la leucopénie évoquée par le Dr R\_\_\_\_\_, il a été relevé qu'il s'agissait simplement d'une très discrète diminution des leucocytes à  $3'580/\text{mm}^3$ , d'évolution favorable. Les experts ont souligné qu'une leucopénie aussi insignifiante ne peut être assortie de symptômes et ne constitue évidemment pas une source d'inquiétude pour la santé de l'assuré. Quant à la polysomnographie pratiquée en novembre 2004, elle a démontré la présence de séquences de désaturation (6 apnées au total et 64 hypopnées) mais les désaturations n'ont jamais été inférieures à  $90^\circ$  de saturation et l'index de désaturation supérieur à 3 % était de 9,6 par heure de sommeil. Des mouvements périodiques des jambes ont été observés. Les experts ont expliqué que cet examen suggère un trouble de la continuité du sommeil tout de même important avec 143 éveils de plus de 20 secondes et qu'il existe un syndrome de résistance des voies aériennes supérieures mais finalement pas de syndrome des apnées obstructives du sommeil. Le diagnostic de syndrome des mouvements périodes des jambes a été retenu mais il a été noté que le score d'Hepworth était relativement bas (5). En résumé, sur le plan psychique, il a été relevé que l'expertisé était dans un état cognitif et de communication nettement meilleur que deux ans plus tôt mais marqué par une émotion dysthymique. Suite à l'accident de circulation dont il a été victime en 2003 - sans gravité sur le plan physique -, l'assuré a selon les experts développé des symptômes de déstabilisation avec manifestations neurovégétatives, vertiges et crises de panique. Hormis une fatigue d'avantage évocatrice d'une asthénie, un manque d'élan vital, une intolérance aux efforts, aucun substrat organique permettant de comprendre une telle limitation n'a été mis en évidence. La polysomnographie a montré un trouble respiratoire de sévérité modéré pouvant certes être à l'origine de la fatigue ressentie mais sans entraîner cependant de limitations fonctionnelles. Cliniquement l'assuré a été décrit comme étant en excellent état général, plutôt musclé mais désœuvré et déconditionné. Les plaintes essentielles (douleurs en fosse iliaque droite fluctuant en crises) n'ont pas trouvé de diagnostic précis. Il a été souligné que cette symptomatologie intermittente ne dure que dix minutes et survient une à deux fois par semaine au maximum et qu'elle n'a donc pas de répercussion sur la capacité de travail de l'assuré. L'anomalie hématologique (discrète baisse des leucocytes) a été qualifiée

de totalement asymptomatique et sans répercussion sur la capacité de travail. Sur le plan psychique, les experts ont rappelé que par le passé, des divergences étaient apparues quant à la sévérité du trouble de l'humeur de l'assuré et quant à la présence d'un syndrome de stress post-traumatique. S'agissant du trouble de l'humeur, les experts ont retenu sur la base de l'anamnèse et de l'examen clinique le diagnostic d'épisode dépressif modéré avec syndrome somatique, les plaintes subjectives paraissant plus importantes que les constatations objectives. Selon l'expert psychiatre, le tableau clinique est légèrement plus sévère que celui décrit par le Dr O\_\_\_\_\_. Il est cependant difficile de déterminer s'il s'agit là d'une divergence d'appréciation ou si l'état de l'assuré s'est aggravé dans l'intervalle. L'expert a exprimé sa perplexité devant l'absence d'hospitalisation au vu de l'appréciation des médecins-traitants. En conclusion, l'expert psychiatre a reconnu une certaine souffrance psychique et des difficultés d'adaptation manifestes mais s'est montré dubitatif quant au caractère sévère de l'épisode dépressif tel que rapporté par les thérapeutes de l'assuré. Aucune limitation n'a été retenue de ce fait. S'agissant du trouble anxieux, l'expert a retenu le diagnostic de trouble panique sur la base de l'anamnèse et de l'examen clinique. Il a relaté que l'assuré décrivait des épisodes d'angoisse paroxystiques survenant sans raison apparente deux fois par semaine environ et durant cinq à dix minutes. Ce trouble a été considéré comme non incapacitant car traitable. Les diagnostics de syndrome de stress post-traumatique et de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe ont été écartés aux motifs, pour le premier, que l'événement subi par l'assuré ne provoquerait pas de symptômes évidents de détresse chez la plupart des individus, que même s'il évite de conduire, l'assuré en est capable sur des petits trajets et que même s'il souffre de cauchemars, ceux-ci ne portent cependant pas sur l'accident. Quant au second diagnostic, l'expert a expliqué que même si l'assuré a le sentiment d'avoir beaucoup changé depuis l'accident, la condition essentielle pour retenir un tel diagnostic est la nature du facteur du stress (celui-ci doit être d'une intensité telle qu'il n'est pas nécessaire d'invoquer une vulnérabilité personnelle pour rendre compte de l'impact sur la personnalité), critère de loin pas rempli dans le cas présent. En conclusion, les experts ont dit rejoindre l'avis exprimé par le Dr L\_\_\_\_\_ en juillet 2004, à savoir qu'il existe une composante culturelle et sociale importante, le patient se considérant comme malade et incapable d'effectuer un travail et d'occuper un rôle de chef de famille. Comme le Dr L\_\_\_\_\_, les experts estiment que l'accident a rompu l'équilibre fragile d'une personnalité rigide ; selon eux, l'assuré souffre d'un état dépressif mais surtout d'un état extrêmement régressif. Il y a donc des effets auto-limitatifs extrêmement importants, ce que démontre également l'appréciation de l'ergothérapeute (l'assuré devant sans cesse être stimulé alors qu'incidemment, une certaine activité était observée). Sur le plan somatique, les experts ont relevé que les brachialgies gauches et dorsolombalgies présentes après l'accident ont évolué favorablement sans récurrence, que les céphalées ne nécessitent pas de traitement antalgique et sont sans répercussion sur la capacité de travail, que les troubles du sommeil sont légers et traitables. Sur le plan psychique, ils n'ont pas retenu de limitations au vu de la symptomatologie, qualifiée de légère et traitable. Les discordances entre les plaintes et les constatations objectives ont été soulignées. En définitive, les experts ont conclu à une capacité de travail de 100% dans l'activité précédemment exercée. Le 1<sup>er</sup> novembre 2010, un projet de décision a été communiqué à l'assuré dont il ressortait que l'OAI se proposait de lui nier le droit à toute prestation. Par courrier du 2 décembre 2010, l'assuré s'est opposé à ce projet se référant à l'avis de ses médecins-traitants et plus particulièrement à celui du Dr R\_\_\_\_\_. L'assuré a reproché aux experts de n'avoir pas contacté les psychiatres qui

le suivent désormais, soit les Drs U \_\_\_\_\_ et V \_\_\_\_\_. Il a allégué prendre un traitement médicamenteux lourd. Par décision formelle du 31 janvier 2011, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré. Ce dernier a interjeté recours auprès de la Cour de céans en date du 3 mars 2011 en concluant à ce que lui soit octroyée une rente entière d'invalidité à compter du mois d'avril 2004. Il allègue souffrir depuis avril 2003 d'une dépression sévère incapacitante. Pour le surplus, il reprend les arguments développés dans son opposition au projet de décision de l'OAI. Invité à se déterminer, dans sa réponse du 28 mars 2011, l'OAI a conclu au rejet du recours. Le 3 mai 2011, l'assuré a produit à l'appui de sa position une attestation médicale établie le 13 octobre 2010 par le Dr V \_\_\_\_\_ du Département de psychiatrie des Y \_\_\_\_\_ indiquant que l'assuré est en incapacité de travail à 100 % depuis 2003. Dans un courrier du 15 novembre 2010, le Dr V \_\_\_\_\_ a précisé suivre l'assuré depuis février 2010 et rejoinde les observations cliniques des experts pour ce qui concerne l'aspect psychique. Le médecin a souligné que si son patient ne rencontre pas de restrictions formelles quant à sa capacité de travail, il n'a plus exercé depuis 2003 et souffre dès lors d'une appréhension liée à un manque de confiance en lui à la perspective de reprendre le travail. Le médecin a suggéré que son patient puisse bénéficier d'un bilan de capacité professionnelle afin d'évaluer en situation ses performances et de mieux l'orienter vers une activité adaptée. Une audience de comparution personnelle s'est tenue en date du 16 juin 2011. Le recourant a modifié ses conclusions eu égard au dernier certificat produit et a indiqué qu'il ne concluait plus désormais à l'octroi d'une rente que pour une période limitée au mois d'octobre 2010. Le 14 juin 2011, l'intimé après avoir soumis une nouvelle fois le dossier de l'assuré à son service médical, a persisté dans ses conclusions. L'intimé relève que le Dr V \_\_\_\_\_ n'avait pas évoqué d'aggravation de l'état de santé de son patient sur le plan psychique par rapport à la dernière expertise réalisée et que les facteurs sociaux ne pouvaient être pris en considération dans l'évaluation de la capacité de travail. Le recourant a encore produit en date du 27 septembre 2011 une brève attestation du Dr R \_\_\_\_\_ indiquant que son état de santé tant physique et psychique ne lui permet pas de travailler et attestant d'une totale incapacité de travail du 1<sup>er</sup> au 30 septembre 2011 inclus.

EN DROIT Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20). La compétence de la Cour de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse (ATF 129 V 1, consid. 1; ATF 127 V 467, consid. 1 et les références). C'est ainsi que lorsque l'on examine le droit éventuel à une rente d'invalidité pour une période précédant l'entrée en vigueur de la LPGA, il y a lieu d'appliquer l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et la nouvelle réglementation légale après cette date (ATF 130 V 433 consid. 1 et les références). En l'espèce, la décision litigieuse est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA ainsi qu'à l'entrée en vigueur, le 1<sup>er</sup> janvier 2004, des modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4<sup>ème</sup> révision). Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à une rente d'invalidité doit être examiné au regard des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 4<sup>ème</sup> révision de cette

loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329 ). Par ailleurs, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité est entrée en vigueur le 1er juillet 2006 (RO 2006 2003), apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). Le présent cas est soumis au nouveau droit, dès lors que le recours de droit administratif a été formé après le 1er juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005). Interjeté dans les forme et délai légaux (art. 56 à 60 LPGA), le recours est recevable. Est litigieuse en l'espèce la question de savoir si le recourant peut prétendre une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement celle de savoir quel est son degré d'invalidité. Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a; 105 V 207 consid. 2). Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine). a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est 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). b) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical est 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 du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 122 V 160 consid. 1c et les références). L'élément déterminant pour la valeur probante n'est en principe ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation, sous la forme d'un rapport ou d'une

expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 122 V 160 consid. 1c; Omlin, Die Invaliditätsbemessung in der obligatorischen Unfallversicherung p. 297ss.; Morger, Unfallmedizinische Begutachtung in der SUVA, in Revue Suisse des assurances sociales [RSAS] 32/1988 p. 332ss.). c) Au sujet des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATFA du 14 avril 2003, en la cause I 39/03, consid. 3.2, ATF 124 I 175 consid. 4 et les références citées; Plaidoyer 6/94 p. 67). Il n'a pas, d'emblée, de raison de mettre en doute la capacité alléguée par son patient, surtout dans une situation d'évaluation difficile. En principe, il fait donc confiance à son patient, ce qui est souhaitable, et ne fait donc pas toujours preuve de l'objectivité nécessaire, guidé qu'il est par le souci, louable en soi, d'être le plus utile possible à son patient. Les constatations du médecin de famille quant à l'appréciation de l'incapacité de travail de l'assuré ont ainsi une valeur probante inférieure à celles des spécialistes (RCC 1988 p. 504). La règle est d'ailleurs qu'il se récuse pour l'expertise de ses propres patients (VSI 2001, 109 consid. 3b/cc; RCC 1988 p. 504 consid. 2). L'expert est dans une position différente puisqu'il n'a pas un mandat de soins, mais un mandat d'expertise en réponse à des questions posées par des tiers. Il tient compte des affirmations du patient. Il doit parfois s'écarter de l'appréciation plus subjective du médecin traitant. d) Quant aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs, le juge peut leur accorder pleine valeur probante aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA I 592/99 du 13 mars 2000 consid. b/ee). En l'espèce, force est de constater que les conclusions du Dr O\_\_\_\_\_, dont le Tribunal cantonal s'étaient étonné qu'elles divergent sensiblement de celles des médecins traitants, ont été corroborées par celles des Drs S\_\_\_\_\_ et T\_\_\_\_\_ dont le rapport se fonde sur une anamnèse détaillée, un examen clinique du recourant et tient compte des plaintes rapportées par ce dernier. Il a été établi en pleine connaissance du dossier et ses conclusions, dûment motivées, ne laissent pas apparaître de contradiction. Il y a donc lieu de lui reconnaître pleine valeur probante. Si le caractère très inhibé de l'assuré souligné par les médecins traitants a été confirmé, les experts n'ont en revanche noté aucun ralentissement moteur marqué. Seul un épisode dépressif modéré avec syndrome somatique a été retenu, étant relevé, que les plaintes subjectives paraissaient plus importantes que les constatations objectives et malgré un tableau clinique légèrement plus sévère que celui dépeint par le Dr O\_\_\_\_\_, le Dr S\_\_\_\_\_ n'a lui non plus retenu aucune limitation sur le plan psychique. Tout comme le premier expert, le second, tout en reconnaissant une certaine souffrance psychique et des difficultés d'adaptation manifestes s'est montré dubitatif quant au caractère sévère de l'épisode dépressif tel que rapporté par les thérapeutes de l'assuré. Quant aux diagnostics de syndrome de stress post-traumatique et de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe, l'expert a expliqué de manière

convaincante les raisons pour lesquelles il les a écartés. Suivant donc les conclusions des experts, au demeurant corroborées par l'évaluation du Dr V \_\_\_\_\_, la Cour de céans retiendra l'absence de limitations fonctionnelles, tant sur le plan psychique que physique, étant rappelé que l'assurance-invalidité n'a pas à répondre des limitations entraînées par des facteurs culturels ou sociaux et que, par ailleurs, il s'avère que tant les troubles du sommeil que ceux de leucopénie ne sont pas incapacitants. Eu égard aux considérations qui précèdent, le recours est rejeté. **PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES** : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : Le rejette. Met un émolument de 200 fr. à la charge du recourant. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. La greffière Marie-Catherine SECHAUD La présidente Karine STECK Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le

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