

GE_GERICHTE A/981/2012 vom 5. Juni 2012

GE Cour de justice, 2012-06-05, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_981_2012

FR: GE_GERICHTE A/981/2012 du 5 juin 2012

IT: GE_GERICHTE A/981/2012 del 5 giugno 2012

Erwägungen

E. 1

ère Chambre En la cause Monsieur B _____, domicilié c/o Madame C _____, à Genève recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue de Lyon 97, Genève intimé EN FAIT Monsieur B _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1985, de nationalité guinéenne, est arrivé à Genève le 7 mai 2001 comme requérant d'asile. À partir de la fin de l'année 2004, il a travaillé en tant qu'aide de cuisine pour X _____. Dès le 30 mars 2010, le Dr L _____, spécialiste FMH en endocrinologie et en diabétologie, médecin traitant de l'assuré, a mis son patient en arrêt de travail à 100%, en raison d'une gastroentérite virale, d'un lumbago, d'un diabète insulino-dépendant et d'un possible problème psychologique. Dans un courrier du 19 janvier 2011, le Dr M _____, spécialiste FMH en médecine interne, a estimé que l'assuré souffrait de troubles majeurs de l'adaptation, en tant qu'immigré africain. Il parlait mal le français et ne comprenait pas notre culture. Il se plaignait par ailleurs de son diabète insulino-dépendant qui posait des problèmes de prise en charge et il présentait enfin une probable psychose délirante qui n'était pas traitée. L'incapacité de travail était dès lors vraisemblablement justifiée, sans qu'il soit nécessaire de mettre en œuvre une expertise. Dans un rapport du 21 janvier 2011, le Dr L _____ a diagnostiqué un diabète traité à l'insuline depuis 2005, une neuropathie des membres inférieurs, des lombalgies communes et un état dépressif. En raison de ces affections, l'assuré s'était trouvé en totale incapacité de travail dès le 30 mars 2010. À partir du 13 août 2010, il avait présenté une capacité de travail de 50% et on pouvait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle à 100% à fin février 2011, bien que l'assuré était mécontent de l'ambiance de travail. Le 17 mars 2011, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé). Dans un rapport du 28 mars 2011, le Dr L _____ a diagnostiqué des lombalgies communes, un syndrome de stress post-traumatique et un diabète de type 1. Il a estimé que, dans son activité habituelle, l'incapacité de travail de son patient oscillait entre 100% et 50%. En raison de sa fatigabilité, une diminution de rendement de l'ordre de 20 à 30% était par ailleurs constatée. Au titre des limitations fonctionnelles, le port de charges lourdes à répétition était contre indiqué et il était nécessaire que l'activité professionnelle de l'assuré s'inscrive dans des horaires de travail réguliers. Il fallait également noter que, dans le cadre de son activité professionnelle, l'assuré rencontrait des difficultés à lier des relations et à travailler en équipe. D'un point de vue médical, l'activité exercée n'était plus exigible, en raison des limitations et des diagnostics décrits. On pouvait néanmoins raisonnablement s'attendre à la reprise d'une activité professionnelle adaptée à ses limitations à 100%, à partir de septembre 2011. Le 3 mai 2011, les Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) ont transmis à l'OAI un résumé de séjour de l'assuré dans leur unité de psychiatrie. Il ressortait de ce rapport que l'assuré avait été hospitalisé entre le 20 mai et le 9 juillet 2001, de façon non volontaire. Il

ne parlait alors que peu le français et se présentait sous un mode psychotique avec une désorganisation importante. Il refusait le contact et avait un discours délirant à thème mystique. Sous l'instauration d'un traitement neuroleptique, on observait une évolution favorable de l'état clinique du patient avec disparition des troubles du sommeil et diminution des moments délirants. Des éléments d'un trouble de stress post traumatique étaient mis en évidence; il y avait des réviviscences répétées des événements traumatiques, des cauchemars et des insomnies. L'éventualité d'une migration forcée et le système de valeurs propre au peuple dont l'assuré était originaire avaient pu renforcer les éléments déstabilisants. Il n'était néanmoins pas possible de poser un diagnostic définitif, vu les problèmes de langue et les différences culturelles. L'hospitalisation de l'assuré n'avait pas été prolongée au-delà de juillet 2001, pour ne pas créer de rupture entre l'intéressé et ses colocataires qui parlaient sa langue et auprès desquels il se sentait bien. Dans un rapport du 19 mai 2011, la Dresse N _____, rhumatologue auprès de la Clinique Corela - Centre d'Observation médicale de l'assurance-invalidité (COMAI) -, mandatée par l'assureur-maladie de l'intéressé, a établi que le dernier bilan biologique fourni par le praticien traitant montrait une microcytose, une leuconéutropénie, une diminution à 129'000 du taux des plaquettes et un bilan hépatique normal. Au titre des diagnostics, le tableau présenté pouvait faire penser à une fibromyalgie. L'état psychique de l'assuré évoquait une grande anxiété quant à l'absence d'explication de ses douleurs. Cela pouvait diminuer le seuil de tolérance à la douleur et expliquer les points douloureux multiples. Les constatations cliniques ne pouvaient en tout cas pas expliquer l'intensité des plaintes. La poursuite du Dafalgan associé à un antidépresseur de type tricyclique à dose filée était recommandé, de même qu'une prise en charge psychiatrique. Sur le plan locomoteur, il n'y avait pas de limitation fonctionnelle d'origine médicale. La présence d'une mauvaise ambiance au travail, associée aux multiples problèmes de santé de l'assuré, à son anxiété et à sa grande apathie, constituaient un obstacle à une reprise rapide de l'activité professionnelle, mais, sur le plan rhumatologique, la reprise du travail était possible à 100%, avec un rendement entier en tout cas depuis le 19 mai 2011. Le 1^{er} juin 2011, le Service médical régional (SMR) a estimé que, sur le plan purement somatique, l'assuré présentait une capacité de travail entière, théoriquement depuis toujours. L'expertise rhumatologique de la COMAI annonçait cependant la présence d'une fibromyalgie. Une expertise psychiatrique était dès lors nécessaire, pour déterminer si cette fibromyalgie répondait aux critères de sévérité de la jurisprudence du Tribunal fédéral. Du 13 juillet 2011 au 22 février 2012, l'assuré a suivi un cours de formation de français, dans le cadre des mesures d'intervention précoce. À l'issue de cette formation, les enseignants ont estimé que l'assuré avait adopté un excellent comportement en classe. Il était ponctuel, respectueux, à l'écoute et c'était une personne gaie et très sympathique. L'assuré avait très envie d'apprendre; il avait fait des progrès en participant vivement à toutes les activités et il avait de bonnes aptitudes pour apprendre. L'OAI a mandaté le Dr O _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, pour expertise. Dans son rapport du 26 novembre 2011, l'expert, après avoir ausculté l'assuré, étudié son dossier médico-assécurologique et s'être entretenu avec le Dr L _____ le 25 novembre 2011, a attesté que l'expertisé ne présentait aucun diagnostic avec répercussion sur sa capacité de travail. Il n'y avait notamment pas de trouble de la personnalité, les problèmes psychiques qu'avait rencontré l'assuré s'étant manifestés suite à des événements extérieurs et non pas développementaux. Lesdits problèmes étaient d'ailleurs survenus à un moment où le processus de mise en place de la personnalité était déjà largement constitué, de sorte qu'on ne pouvait pas parler de

trouble de la personnalité. Il a plus particulièrement expliqué qu'un diagnostic de trouble de la personnalité n'aurait pu être posé que si des dysfonctionnements marqués durables avaient existé depuis la fin de l'enfance ou depuis l'adolescence au plus tard. Il a également considéré qu'en l'absence de signes d'hypervigilance, le diagnostic d'état de stress post-traumatique ne devait pas être retenu non plus. Bien que l'expertisé décrivait des cauchemars et des réviviscences diurnes, après avoir été confronté à une situation exceptionnellement menaçante et catastrophique en assistant au décès de ses parents, de son frère et de sa sœur, tués par des rebelles, et en ayant été enrôlé de force sous peine d'être tué, il n'y avait pas d'autres signes d'hypervigilance comme une irritabilité ou des accès de colère, des difficultés de concentration, une augmentation de la vigilance ou des réactions de sursaut. Aussi, si l'assuré avait vraisemblablement présenté un état de stress post-traumatique en 2001, cela n'avait pas été confirmé. De surcroît, la persistance d'un tel état au-delà de 11 ans était peu habituelle et, dans le rapport du médecin traitant de l'assuré du 28 mars 2011, il ne figurait pas de discussion formelle au sujet d'un état de stress post-traumatique. Il n'y avait d'ailleurs jamais eu de traitement spécifique d'un tel état. Par contre, la question du diagnostic de modification durable de la personnalité après un expérience de catastrophe devait être posée. Il n'y avait néanmoins pas de recul suffisant pour savoir si un changement de la personnalité de l'assuré s'était opéré, suite aux événements catastrophiques qu'il avait vécu, de sorte qu'un tel diagnostic ne pouvait pas être retenu. L'analyse du cursus professionnel avait d'ailleurs démontré que l'assuré avait été à même de travailler pendant plusieurs années et il n'y avait pas de description d'une péjoration de son état de santé psychique au moment où il avait été mis en arrêt de travail. Il n'y avait pas non plus d'idées délirantes de persécution, de désorganisation du comportement ou de la pensée, d'indices en faveur de la présence d'hallucinations auditives, ni d'autres signes psychotiques. Tout portait à croire que l'expertisé avait présenté un épisode psychotique bref 12 jours après son arrivée à Genève, expliqué par un stress socio-émotionnel intense, pour lequel un diagnostic rétrospectif de trouble psychotique aigu et transitoire devait être posé et pour lequel il n'y avait pas eu de récurrence. S'agissant de l'état dépressif mentionné par le Dr L_____ dans son rapport du 21 janvier 2011, il n'y avait pas d'éléments suffisants pour atteindre le seuil diagnostique d'un épisode dépressif de degré léger ni même d'une dysthymie. L'humeur était discrètement déprimée avec un découragement et un discours à teinte négative, mais il n'y avait pas chez l'assuré une tristesse franche et permanente, ni abattement ou diminution de l'élan vital. Il n'y avait pas non plus d'anhédonie en ce sens que la natation, le football, le fait de regarder les matchs de football et de tennis à la télévision étaient des activités source de plaisir chez l'expertisé. Il n'y avait pas de diminution de l'énergie. La diminution de la confiance en soi était en lien avec les limitations physiques induites par les dorsalgies et il n'y avait pas de sentiments de culpabilité excessifs ou inappropriés. Aucune idée de suicide n'était verbalisée. Si un ralentissement psychique avait été mentionné par le Dr L_____, il était possible que cela ait été le fait que l'assuré s'exprimait lentement en français, mais, lors de l'entretien d'expertise, il n'y avait pas eu de constatation de troubles formels de la mémoire ou de la concentration, ni ralentissements idéique ou moteur. S'agissant enfin de la fibromyalgie annoncée par la Dresse N_____, il ne s'agissait pas d'un diagnostic posé avec certitude. Au cours de l'entretien d'expertise, les douleurs n'avaient pas été mentionnées spontanément par l'assuré. Il n'avait pas non plus présenté de comportement algique. Il n'y avait pas de comorbidité psychiatrique, de perte de l'intégration sociale, d'état psychique cristallisé et les traitements ne s'étaient pas montrés inefficaces. Il existait par contre une

pathologie physique chronique sans rémission durable (diabète) mais ce seul critère n'était pas un argument suffisant pour retenir une atteinte incapacitante. L'exigibilité médicale était donc entière dans toute activité et sans diminution de rendement. Des mesures de réadaptation professionnelle étaient néanmoins envisageables, au vu des ressources psychiques largement préservées. Dans un rapport du 15 décembre 2011, le SMR a considéré que la capacité de travail exigible était de 100% dans toute activité et sans limitation fonctionnelle. Il a estimé que les incapacités de travail mentionnées par le médecin traitant se basaient sur des aspects socioculturels qui n'étaient pas pertinents du point de vue de l'assurance-invalidité. Par projet de décision du 17 janvier 2012, l'OAI a nié le droit de l'assuré à toute prestation, motif pris qu'il présentait une pleine capacité de travail dans toute activité professionnelle, sans aucune limitation fonctionnelle. Par décision du 27 février 2012, l'OAI a confirmé son projet de décision. Le 27 mars 2012, l'assuré a interjeté recours contre cette décision. Il a conclu à ce qu'il soit à nouveau examiné par un expert psychiatre, à ce qu'une incapacité de gain soit reconnue et à l'octroi d'une rente d'invalidité de 50%. Il a allégué que la décision incriminée ne tenait pas compte de son réel état de santé et se fondait uniquement sur des appréciations de médecins qui ne le connaissaient pas bien et qui ne menaient pas un travail thérapeutique avec lui au quotidien. Il a expliqué que, tous les jours, il ressentait de fortes douleurs dans le dos, les pieds et il avait des maux de tête. Il prenait quotidiennement des médicaments et ressentait de grandes angoisses, faisait des cauchemars qui l'avaient poussé à se cogner la tête et les mains contre les murs. Il rêvait très souvent qu'il était agressé, menacé par des gens avec des fusils, des couteaux et il avait très peur. Il rappelait entre autre qu'il avait fui son pays d'origine, après avoir assisté à l'assassinat de ses parents, de son frère et de sa petite sœur et il avait beaucoup de peine à vivre avec cela en lui. Il a expliqué que l'entretien avec l'expert avait été très difficile, le précité ayant fait pression sur lui. Aujourd'hui encore, il se sentait mal quand il pensait à ce rendez-vous. Il s'était senti agressé par les paroles de l'expert lorsque celui-ci lui avait dit qu'il devait uniquement répondre aux questions et non s'exprimer librement. L'expert ne l'écoutait pas et c'était terrible. Le recourant a enfin joint à son écriture un certificat du Dr L _____ daté du 22 mars 2012 selon lequel sa capacité de travail était limitée à 50% depuis le 1 er mars 2012 et probablement à long terme en raison d'un trouble somatoforme douloureux, présent depuis 2005. Le praticien y relevait également que la Dresse N _____ avait évoqué un état d'anxiété devant la douleur qui n'apparaissait pas dans l'expertise, l'expert voulant avant tout démontrer qu'il n'y avait pas de diagnostic de stress post-traumatique. Selon le médecin traitant, la souffrance psychiatrique de son patient était d'ailleurs évidente aux yeux de tous les soignants qui l'avaient vu depuis 2005. Il souffrait d'une problématique mixte et complexe qui associait un trouble de l'adaptation et un possible trouble de la personnalité. C'était donc l'association du trouble somatoforme douloureux et d'une comorbidité psychiatrique indiscutable qui fondaient l'affection médicale invalidante. Le recourant souffrait en plus d'un diabète insulino-requérant de longue date qu'il avait beaucoup de mal à gérer, probablement à cause de son problème psychiatrique. Il en résultait un équilibre métabolique médiocre qui contribuait à sa fatigue et à son incapacité de travail. Dans sa réponse du 10 avril 2012, l'intimé, se basant sur un rapport du SMR du 3 avril 2012, a conclu au rejet du recours. Il a considéré que sur le plan strictement rhumatologique, les experts de la caisse-maladie avaient retenu une pleine capacité de travail dans l'activité habituelle, malgré l'annonce d'un diagnostic de fibromyalgie. Sur le plan psychiatrique, l'expert O _____ avait estimé et expliqué que le recourant ne présentait aucun diagnostic avec répercussion sur sa capacité de travail.

Le rapport du Dr L _____, annexé à l'écriture du recourant, ne permettait pas de remettre en cause les conclusions des deux expertises qui avaient pleine valeur probante, étant rappelé qu'un trouble somatoforme douloureux n'était habituellement pas une atteinte à la santé invalidante. Il ne se justifiait dès lors pas de mettre en œuvre une nouvelle expertise psychiatrique. Sur quoi, la cause a été gardée à juger. 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^{er} janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 345 consid. 3). Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2004, respectivement, le 1^{er} janvier 2008 et le 1^{er} janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). En l'espèce, au vu des faits pertinents, du point de vue matériel, le droit éventuel aux prestations doit être examiné en fonction des modifications de la LAI, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (ATFA non publié I 249/05 du 11 juillet 2006, consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322). Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-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). Selon l'art. 7 LPGA, 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 (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008). En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% 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. Pour évaluer le taux d'invalidité, 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 et art. 28 al. 2 LAI). 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 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (ATFA non publié I 654/00 du 9 avril 2001, consid. 1). 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 ; ATFA non publié I 786/04 du 19 janvier 2006, consid. 3.1). Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. A cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. 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 127 V 294 , consid. 4c, ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen), l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références; ATFA non publié I 237/04 du 30 novembre 2004, consid. 4.2). La reconnaissance de l'existence de troubles 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). 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 (ATF 131 V 49 , consid. 1.2). Une expertise psychiatrique est, en principe, nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que les troubles somatoformes douloureux sont susceptibles d'entraîner (ATF 130 V 352 , consid. 2.2.2 et 5.3.2). Une telle appréciation psychiatrique n'est toutefois pas indispensable lorsque le dossier médical comprend suffisamment de renseignements pour exclure l'existence d'une composante psychique aux douleurs qui revêtirait une importance déterminante au regard de la limitation de la capacité de travail. 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 (ATFA non publié I 1093/06 du 3 décembre 2007, consid. 3.2). Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur (ATF 135 V 65, consid. 4.2.2; ATF non publié 9C_387/2009 du 5 octobre 2009, consid. 3.2). Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents, un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée. En présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé 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) (ATF 130 V 352, consid. 2.2.3). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (ATFA non publié I 590/05 du 27 février 2007, consid. 3.1). A l'inverse, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (ATF 131 V 49, consid. 1.2). 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], 4ème 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 ne devant pas faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATFA non publié I 497/04 du 12 septembre 2005, consid. 5.1). Compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives de l'assuré ne sauraient suffire pour justifier une invalidité (entière ou partielle). Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation de douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation de ce droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés. Demeurent réservés les cas où un syndrome douloureux sans étiologie claire et fiable est associé à une affection psychique qui, en elle-même ou en corrélation avec l'état douloureux, est propre à entraîner une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATFA non publié I 421/06 du 6 novembre 2007, consid. 3.1; ATFA non publié I 382/00 du 9 octobre 2001, consid. 2b). L'égalité de traitement commande en effet de soumettre tous les tableaux cliniques présentant des syndromes sans origine pathogène ou étiologique claire aux mêmes exigences en matière d'assurances sociales (ATFA non publié I 70/07 du 14 avril 2008, consid. 5). Ainsi, les principes jurisprudentiels développés en matière de troubles somatoformes douloureux sont également applicables à la fibromyalgie (ATF 132 V 65, consid. 4.1) au syndrome de fatigue chronique (ATF non publié

9C_662/2009 du 17 août 2010, consid. 2.3), de neurasthénie (ATFA non publié I 70/07 du 14 avril 2008, consid. 5), d'anesthésie dissociative et d'atteintes sensorielles (ATFA non publié I 9/07 du 9 février 2007, consid. 4) ainsi qu'en matière de troubles moteurs dissociatifs (ATF non publié 9C_903/2007 du 30 avril 2008, consid. 3.4) et de traumatisme du type "coup du lapin" (ATF 136 V 279, consid. 3.2.3). Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement 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, à ce motif, 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 et les références). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (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 n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social 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. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). 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. cc). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas,

de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF non publié 9C_369/2008 du 5 mars 2009, consid. 2.2). En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils 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 294 consid. 5a in fine). 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 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). 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 319 consid. 5a). Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, ils doivent mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; ATFA non publié I 751/03 du 19 mars 2004, consid. 3.3). Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves

fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a, ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b, ATF 122 V 157 consid. 1d). En l'espèce, le recourant allègue que l'intimé a erré en tenant uniquement compte, dans son appréciation, de l'expertise psychiatrique, alors même que son médecin traitant a considéré qu'il souffrait d'un état dépressif et d'un trouble somatoforme douloureux depuis 2005 en tout cas. Il explique que l'expert, mandaté par l'OAI, l'aurait empêché de s'exprimer librement et que leur entretien aurait été très pénible, en raison de l'attitude du praticien à son égard. Il rappelle avoir vécu, durant son enfance, des expériences très traumatisantes, et avoir notamment assisté à l'assassinat des membres de sa famille avant d'être enrôlé de force par les rebelles. De son côté, l'intimé estime, sur la base des expertises rhumatologique et psychiatrique, que le recourant ne présente pas de diagnostic ayant des répercussions sur sa capacité de travail, de sorte qu'il ne peut pas lui être alloué de rente d'invalidité. En l'occurrence, figurent au dossier les différents rapport du Dr L_____ et les expertises rhumatologique de la Dresse N_____ et psychiatrique du Dr O_____. Il n'y a pas lieu de revenir sur le diagnostic rhumatologique; le médecin traitant et l'experte ont tous deux considéré que les affections physiques du recourant ne justifient pas, à elles seules, une incapacité de travail dans son activité habituelle. Il convient uniquement de déterminer si l'expertise du Dr O_____ revêt pleine valeur probante selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, de sorte qu'il n'y a pas lieu de s'en écarter ou si, au contraire, l'analyse du médecin traitant du recourant permet de remettre cette appréciation en cause et justifie la mise en œuvre d'une nouvelle expertise psychiatrique. Il sied à ce titre de relever qu'après un résumé du dossier, le Dr O_____ a procédé à une anamnèse détaillée du cas, aussi bien sur le plan social que professionnel, familial et psychiatrique. Il a également pris en compte les antécédents personnels du recourant. L'expertise fait état des plaintes actuelles de l'expertisé tant subjectives qu'objectives. S'agissant des diagnostics, l'expert n'en a retenu aucun, en expliquant de manière détaillée pourquoi le recourant ne souffrait pas de telle ou telle autre affection. Il a répondu de façon précise aux questions posées et a démontré qu'il n'y avait pas de limitation fonctionnelle ayant une répercussion sur la capacité de travail ou de diminution de rendement. Force est par ailleurs de constater que le rapport d'expertise a fait l'objet d'une étude circonstanciée des points litigieux, qu'il se fonde sur des examens complets, prend en considération les plaintes exprimées de la personne examinée. En effet, si le recourant se plaint de l'attitude de l'expert à son égard et en particulier du fait que le praticien ne l'ait pas laissé s'exprimer librement, il ressort pourtant de l'expertise une description détaillée des plaintes et symptômes présentés par l'intéressé. Le rapport est également établi en pleine connaissance de l'anamnèse, les descriptions du contexte médical sont claires et les conclusions sont dûment motivées. Cette expertise, convaincante et dépourvue de contradictions répond donc à tous les réquisits jurisprudentiels pour lui voir attribuer pleine valeur probante. S'agissant des rapports du médecin traitant, ils posent que le recourant souffre d'un état dépressif et d'un trouble somatoforme douloureux, caractérisé par une comorbidité psychiatrique indiscutable. À cet égard, la Cour de céans relèvera que contrairement à l'expert psychiatre qui étaye son

expertise, le Dr L _____ n'explique pas réellement en quoi consiste le problème de santé de son patient, se contentant de poser un diagnostic. Il semble dès lors qu'il se soit simplement livré à une appréciation différente du cas du recourant, sans préciser pourquoi la capacité de travail de ce dernier serait réduite. À la lecture du dossier, il n'apparaît pas que le recourant présentait effectivement - au moment où il a présenté sa demande AI - une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une gravité suffisamment importante pour admettre qu'un effort de volonté pour réintégrer le milieu professionnel à plein temps ne puisse être exigé de lui (ATFA non publié I 1093/06 du 3 décembre 2007, consid. 3.2). Rien ne démontre par ailleurs qu'il y ait eu une perte de l'intégration sociale, un état psychique cristallisé et que les traitements se soient montrés inefficaces. En définitive, aucun élément ne permet de s'écarter de l'expertise du 26 novembre 2011 qui revêt pleine valeur probante. En ce qui concerne enfin le rapport du médecin traitant du 22 mars 2012, attestant que le recourant se trouve dans l'impossibilité de travailler à plus de 50% à compter du 1^{er} mars 2012, il concerne visiblement une période postérieure à la décision entreprise. Dans cette mesure, si le recourant estime que son état de santé s'est modifié dans une mesure notable, justifiant la révision de son droit à une rente, il lui appartient de formuler une nouvelle demande en ce sens auprès de l'OAI (art. 17 LPGA). Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté et la décision attaquée confirmée. Étant donné que depuis le 1^{er} juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), il y a lieu de condamner le recourant au paiement d'un émolument de 200 fr. 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 Nathalie LOCHER La présidente Doris GALEAZZI 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.