

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/991/2012

ATAS/1274/2012

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 23 octobre 2012

1<sup>ère</sup> Chambre

En la cause

Monsieur S\_\_\_\_\_, domicilié à Genève, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître Jacques-André  
SCHNEIDER

recourant

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE  
GENEVE, sis rue des Gares 12, Genève

intimé

**Siégeant : Doris GALEAZZI, Présidente; Evelyne BOUCHAARA et Norbert HECK,  
Juges assesseurs**

---

**EN FAIT**

1. Monsieur S\_\_\_\_\_ (ci-après l'assuré), ressortissant portugais né en 1956, a séjourné en Suisse de 1982 à 1992 puis dès 1998. Il a exercé diverses activités dans le domaine du bâtiment, la dernière en tant que poseur de marbre pour la société X\_\_\_\_\_ SA depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1999.
2. Le 25 octobre 2002, l'assuré a été victime d'un accident sur son lieu de travail. Il est tombé de sa hauteur sur les fesses lors d'une glissade.
3. Selon un rapport du 29 novembre 2002 du Dr A\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et médecin traitant, l'assuré a subi une contusion lombo-iliaque lors de son accident, entraînant une incapacité totale de travailler pour une durée indéterminée.
4. Le 2 décembre 2002, le Dr B\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, a effectué une exploration par résonance magnétique de la colonne vertébrale. Il a conclu qu'il n'existait pas de lésion osseuse traumatique visible mais des troubles de la statique dans les deux plans, des discopathies lombaires étagées ainsi qu'un léger spondylolisthésis de L5-S1.
5. A la suite de l'hospitalisation de l'assuré au Service de rhumatologie des HÔPITAUX UNIVERSITAIRES DE GENEVE (HUG) du 2 au 20 décembre 2002, la Dresse C\_\_\_\_\_ a diagnostiqué dans son rapport du 13 janvier 2003 des lombalgies subaiguës avec probable lyse isthmique bilatérale de L5. L'évolution avait été favorable sous traitement antalgique, physiothérapie et ergothérapie avec une diminution de 80 % des douleurs.
6. Le 12 mars 2003, le Dr D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, a effectué un scanner et des radiographies de la colonne lombaire. Selon ce médecin, le tableau clinique était dominé par une arthrose facettaire avancée des trois derniers segments lombaires. Dans ce contexte, on pouvait s'attendre à une irradiation pseudo-radiculaire de type sciatalgique.
7. Dans un rapport du 28 février 2003 à l'attention de la SUVA, assureur-accidents, le Dr E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurochirurgie, a diagnostiqué une spondylolyse L5 décompensée par chute et a également fait état d'une lyse préexistante asymptomatique.
8. En date du 22 mai 2003, le Dr F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la SUVA, a examiné l'assuré et relevé qu'au moins six médecins s'étaient déjà prononcés sur ce cas en sept mois. Divers diagnostics avaient été évoqués et l'indication à une opération avait même été discutée. Actuellement, toute intervention chirurgicale était formellement contre-indiquée. L'incapacité de travail était totale.

9. Du 24 juin au 16 juillet 2003, l'assuré a séjourné à la CLINIQUE ROMANDE DE RÉADAPTATION (CRR). Dans leur rapport du 5 août 2003, les Drs G\_\_\_\_\_ et H\_\_\_\_\_ ont posé les diagnostics suivants: thérapies physiques et fonctionnelles (diagnostic primaire), lombalgies avec irradiation au membre inférieur droit et arthrose lombaire et interapophysaire postérieure des deux derniers étages (diagnostics secondaires) ainsi que trouble de l'adaptation avec réaction anxieuse (comorbidité). Aucun des traitements entrepris n'avait eu d'influence sur le tableau clinique. Les données actuelles du status montraient assez peu de choses sur le plan objectif, notamment sur le plan d'une atteinte radiculaire ou d'un déficit neurologique. Il existait par ailleurs de nombreux signes de non-organicité. Le processus d'invalidation de l'assuré ne pouvait pas être expliqué par le traumatisme initial et les données des examens radiologiques. Le trouble de l'adaptation diagnostiqué n'atteignait pas le seuil de gravité d'une pathologie anxieuse spécifique et ne justifiait pas à lui seul une incapacité de travail prolongée. Le pronostic paraissait très sombre, un processus d'invalidation non influençable et irrémédiable étant en cours. Il n'y avait pas d'indication chirurgicale. L'incapacité de travail était complète jusqu'au 3 août 2003 mais était théoriquement complète dans tous les cas dès le 4 août 2003.
10. Le 6 novembre 2003, le Dr F\_\_\_\_\_ a examiné l'assuré et rappelé que celui-ci avait développé un syndrome douloureux à point de départ sacro-iliaque droit avec irradiations dans le membre inférieur droit, avec une symptomatologie extrêmement importante limitant toute mobilisation à quelques pas à l'aide de deux cannes anglaises. Malgré de nombreuses investigations, aucune lésion de caractère traumatique ne pouvait expliquer cette symptomatologie. En conclusion, un an après l'accident, les conséquences de l'accident pouvaient être considérées comme terminées.
11. Par décision du 18 novembre 2003, la SUVA a mis fin aux prestations d'assurance avec effet au 30 novembre 2003.
12. En date du 10 décembre 2003, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ (ci-après OAI) visant à l'obtention d'une orientation professionnelle, d'un reclassement dans une nouvelle profession et d'une rente.
13. Dans un questionnaire rempli le 20 janvier 2004, l'employeur de l'assuré a indiqué que son revenu s'élevait à 77'520 fr. 25 en 2001, 72'3300 fr. 60 en 2002 et 75'992 fr. 65 en 2003.
14. Le 14 mai 2004, l'assuré a été examiné par les Dr I\_\_\_\_\_ et J\_\_\_\_\_ du Service d'anesthésiologie des HUG, lesquels ont posé les diagnostics de syndrome lombo-vertébral, maux de tête chroniques, gastrite stable et état anxio-dépressif.

L'assuré avait constaté une amélioration de ses douleurs et de son sommeil à la suite de l'introduction de Rivotril® ainsi qu'une perte de poids.

15. Dans un rapport du 11 juin 2004, le Dr A\_\_\_\_\_ a indiqué que l'assuré se plaignait de douleurs lombo-sacrées invalidantes. Le diagnostic était celui de syndrome vertébral lombaire. La marche se faisait à l'aide de cannes et l'assuré ne pouvait effectuer ses soins de base de manière autonome. Malgré une diminution de 10 à 25 % des douleurs, la pathologie restait un handicap majeur. L'incapacité de travail était totale depuis le 25 octobre 2002. L'activité usuelle ne pouvait plus être exercée et aucune autre activité n'était exigible.
16. Le 30 mars 2005, le Dr K\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie et médecin auprès du SERVICE MÉDICAL RÉGIONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ (SMR) s'est prononcé sur le dossier de l'assuré. Il a relevé que l'examen clinique était rassurant et que l'on observait de nombreux signes de non organicité. L'ensemble du bilan radiologique ne montrait qu'une arthrose postérieure basse et un discret antélisthésis de L4 sur L5. Le psychiatre de la CRR n'avait pas mis en évidence de trouble justifiant une incapacité de travail prolongée. A l'issue du séjour à la CRR, les médecins avaient retenu une capacité de travail totale, tant du point de vue somatique que psychiatrique. Par ailleurs, le rapport des Drs I\_\_\_\_\_ et J\_\_\_\_\_ faisait état d'une amélioration des douleurs. Dans ces conditions, il n'existait pas de raison de s'écarter de l'avis des médecins de la CRR.
17. Par décision du 26 mai 2005, l'OAI a refusé l'octroi de prestations à l'assuré en relevant que celui-ci disposait d'une entière capacité de travail dans son ancienne profession depuis le 4 août 2003.
18. Le 7 juin 2005, l'assuré s'est opposé à cette décision, se fondant sur un certificat médical du Dr A\_\_\_\_\_ du même jour, duquel il ressortait que sa capacité de travail était nulle depuis le jour de l'accident.
19. Le 21 juin 2005, le Dr K\_\_\_\_\_ a indiqué que le certificat du médecin traitant du 7 juin 2005 n'apportait aucun élément nouveau.
20. Par décision sur opposition du 4 juillet 2005, l'OAI a confirmé sa décision initiale.
21. Par courrier du 5 août 2005, le Dr A\_\_\_\_\_ a indiqué au SMR que l'état de santé de l'assuré obligeait celui-ci à utiliser des cannes pour tous ses déplacements et qu'il était confiné à son domicile l'essentiel de son temps. Il était actuellement suivi à la Consultation de la douleur des HUG avec un traitement lui permettant tout au plus de supporter les douleurs au repos. Les conséquences psychosociales de cet état étaient très importantes.

22. Saisi d'un recours contre la décision de l'OAI, le Tribunal cantonal des assurances sociales (ci-après le Tribunal), alors compétent, l'a partiellement admis par arrêt du 13 décembre 2005 et a renvoyé la cause à l'OAI pour instruction complémentaire. Il a en substance retenu que l'OAI se fondait sur le seul rapport de la CRR. Or, les médecins de cette clinique ne s'étaient penchés que sur les diagnostics consécutifs à l'accident et n'avaient pas procédé à une appréciation globale de l'état de santé de l'assuré. Si le médecin traitant se prononçait sur l'incapacité de travail au regard de toutes les atteintes de l'assuré, ses conclusions n'étaient pas confirmées par d'autres médecins. Il y avait dès lors lieu de procéder à une expertise multidisciplinaire pour évaluer la capacité de travail.
23. L'OAI a confié l'examen de l'assuré au Dr L\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, et à la Dresse M\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie, médecins du SMR. Ceux-ci ont rendu leur rapport le 27 avril 2006, qui contient une anamnèse complète de l'assuré et un résumé de son dossier radiologique. A l'issue d'examens cliniques complets, les médecins ont posé les diagnostics de troubles dégénératifs lombaires bas étagés (M 51.8) avec répercussion sur la capacité de travail, de trouble douloureux somatoforme persistant (F 45.4) et d'obésité, ces deux atteintes étant sans incidence sur la capacité de travail. Le Dr L\_\_\_\_\_ a relevé que le status clinique était marqué surtout par des troubles allégués incompatibles avec une pathologie organique sous-jacente cohérente. Les radiographies à disposition mettaient en évidence des discopathies lombaires étagées modérées prédominant en L4-L5 ainsi que des signes de surcharge dégénérative des articulations inter-apophysaires postérieures lombaires basses prédominant en L3-L4 et L4-L5. Le tableau douloureux, centré sur la région lombofessière et le membre inférieur droit ainsi que l'hémicrâne droit, avait résisté à tous les traitements adéquats tentés et aucun substrat anatomo-pathologique ne pouvait être mis en évidence. Si les spécialistes de la CRR avaient conclu à une reprise possible de l'activité de poseur de marbre, cette conclusion paraissait dépassée à l'expert rhumatologue. Les troubles dégénératifs lombaires étaient assurément déjà présents avant l'accident d'octobre 2002 et n'empêchaient pas l'assuré de travailler. Néanmoins, cette problématique ne pouvait être ignorée et on ne pouvait exclure que la chute sur le siège du 25 octobre 2002 ait déstabilisé cette région lombaire, préalablement fragilisée même si elle n'était pas symptomatique. Ainsi, une activité adaptée devait respecter les limitations fonctionnelles suivantes: nécessité de pouvoir alterner une fois par heure les positions assis/debout, pas de soulèvement régulier de charges de plus de 5 kg, pas de port régulier de charge de plus de 10 kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc, pas de travail effectué sur des engins vibrants. Une période de remise en forme de plusieurs mois avant la reprise du travail était de plus nécessaire en raison du déconditionnement physique du recourant. La capacité de travail dans une activité adaptée était possible dès le 3 août 2003, date à laquelle la SUVA avait mis fin à ses prestations (*sic*). Au plan psychiatrique, la Dresse M\_\_\_\_\_ a relevé que l'assuré manifestait une attitude

très démonstrative qui n'était pas forcément cohérente au regard des douleurs alléguées. L'examen ne mettait en évidence aucun signe d'anxiété ni de dépression. L'assuré était détendu et souriant, sans signe d'atteinte psychique. On observait cependant un processus d'invalidation malgré l'absence de demande de soins. Il n'existait pas de trait prémorbide de la personnalité ni de comorbidité psychiatrique ou d'affection corporelle chronique. L'environnement psychosocial était intact. L'assuré ne subissait pas de perte d'intégration sociale. Les comportements observés chez l'assuré divergeaient fortement avec les douleurs décrites. Sa démarche avait changé considérablement entre le moment où il avait été observé à son insu à l'extérieur du SMR et celui de l'examen clinique, ce qui révélait une exagération des symptômes. Dans ce contexte, aucune atteinte à la santé d'ordre psychiatrique ne pouvait être retenue. Il était possible que l'état anxio-dépressif mentionné par les Drs I\_\_\_\_\_ et J\_\_\_\_\_ et le trouble de l'adaptation observé par le psychiatre de la CRR se soient amendés spontanément.

24. Par télécopie du 15 mai 2006, l'employeur de l'assuré a indiqué que le revenu total de celui-ci en 2003 était de 75'847 fr. 65 par an, 13<sup>ème</sup> salaire inclus.
25. Dans son rapport du 3 novembre 2006, l'OAI a calculé le degré d'invalidité de l'assuré. Pour le revenu d'invalidé, il s'est fondé sur le salaire tiré d'activités simples et répétitives selon l'Enquête suisse des salaires (ESS) 2002 (TA1, ligne Total), soit 4'557 fr. pour 40 heures hebdomadaires. Compte tenu de l'indexation jusqu'en 2003 et d'une durée hebdomadaire moyenne de travail de 41.7 heures, le revenu annuel était de 57'008 fr. et de 49'084 fr. après abattement de 15 %. Comparé au revenu sans invalidité de 75'848 fr., il en résultait un degré d'invalidité de 35.3 %, arrondi à 35 %.
26. Par décision du 24 janvier 2007, l'OAI a refusé toute prestation à l'assuré en se fondant sur les conclusions de l'examen du SMR et sur le calcul du degré d'invalidité du 3 novembre 2006. Il a précisé qu'une aide au placement pourrait être examinée sur demande motivée de l'assuré.
27. Saisi d'un recours contre cette décision, le Tribunal a entendu les parties le 10 juillet 2007. L'assuré a notamment annoncé que les médecins venaient de découvrir qu'il souffrait d'un cancer à l'intestin qui devrait prochainement être opéré.
28. Par courrier du 19 octobre 2007, l'assuré a indiqué qu'il avait subi une colectomie gauche le 30 juillet 2007.
29. L'assuré a été hospitalisé au Service de rhumatologie des HUG du 1<sup>er</sup> au 5 octobre 2007 afin d'évaluer sa capacité de travail. Dans son rapport du 5 octobre 2007, la Dresse N\_\_\_\_\_ a relevé que l'association des troubles dégénératifs du rachis sur les radiographies et les lombalgies de l'assuré était discutable. Au vu des signes de non-organicité et de l'échec des thérapies entreprises, une reprise professionnelle semblait vouée à l'échec malgré l'absence de signes cliniques ou radiologiques

objectifs expliquant les symptômes de l'assuré. Cette évaluation a été complétée par un bilan d'ergothérapie réalisé par Mesdames T\_\_\_\_\_ et U\_\_\_\_\_, ergothérapeutes. Celles-ci ont indiqué dans leur rapport du 3 décembre 2007 que l'assuré était très démonstratif mais qu'il se mettait parfois dans des positions très inconfortables. Il existait des écarts de valeurs inexplicables dans la force manuelle, ainsi qu'un tremblement permanent qui avait tendance à régresser lors de discussions. Les ergothérapeutes ont souligné leur étonnement face à certains résultats incompréhensibles, les capacités défectueuses ne pouvant s'expliquer par un problème initial d'ordre lombalgique.

30. Par arrêt du 4 mars 2008, le Tribunal a rejeté le recours de l'assuré. Il a reconnu une pleine valeur probante au rapport d'examen des médecins du SMR. Reprenant le calcul d'invalidité en tenant compte d'un abattement statistique de 20 % et non de 15 %, il a conclu à un degré d'invalidité de 39 % insuffisant pour ouvrir le droit à une rente. Quant au cancer découvert chez l'assuré, il s'agissait d'un fait postérieur à la décision attaquée qui n'avait dès lors pas à être examiné dans le cadre de la procédure.
31. Suite à une crise de panique après un rendez-vous avec son assistante sociale, l'assuré a été hospitalisé à l'Unité d'observation et évaluation des HUG du 29 avril au 5 mai 2008. Selon le résumé de séjour du 2 mai 2008, les diagnostics de trouble dépressif majeur récurrent d'intensité sévère, d'état de stress post-traumatique chronique et d'attaque de panique dans le contexte d'un état de stress post-traumatique ont été retenus.
32. Le 18 juillet 2008, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI en invoquant une nouvelle atteinte psychique et une aggravation de son état de santé. Il a joint à sa demande les documents suivants:
  - certificat du 21 avril 2008 de la Dresse O\_\_\_\_\_, cheffe de clinique au sein du Service de psychiatrie adulte des HUG, attestant que l'assuré présentait un état dépressif sévère et une incapacité de travail de 100 %. Il était suivi par le programme de dépression depuis le 25 mars 2008;
  - rapport du Dr A\_\_\_\_\_ faisant état d'un trouble dépressif majeur récurrent d'intensité sévère, d'un état de stress post-traumatique chronique et d'attaques de panique dans le contexte d'un état de stress post-traumatique.
33. Dans son rapport du 10 septembre 2008, la Dresse O\_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics suivants : trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F 33.11) ; trouble somatoforme, sans précision (F 45.9) et trouble panique (F 41.0). Le pronostic était réservé et l'assuré présentait une incapacité totale de travail depuis le 25 mars 2008. Une légère amélioration de la thymie avait été objectivée mais pour pouvoir statuer sur la capacité de travail, ce

---

médecin envisageait de suivre l'assurée pendant six mois, au terme desquels un nouveau rapport pourrait être établi.

34. La Dresse M\_\_\_\_\_ a procédé, pour le compte du SMR, à un nouvel examen psychiatrique en date du 20 novembre 2008. Dans son rapport du 3 décembre 2008, elle n'a retenu aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail sur le plan psychiatrique (Z 71.1) mais une détresse psychosociale (Z 60.8), un trouble somatoforme douloureux persistant associé à une composante dépressive légère (F 45.4 et F 32.0) et une personnalité dépendante (F 60.7). Elle a relevé dans son status que si l'assuré parvenait à inverser son positionnement dans un rôle de malade, il aurait les moyens psychiatriques d'exercer une activité professionnelle à plein temps. Partant, du point de vue psychiatrique, la capacité de travail était totale tant dans l'activité habituelle de poseur de marbre que dans une activité adaptée.
35. L'assuré a été hospitalisé au Service de psychiatrie des HUG du 27 février au 12 mars 2009 en raison d'idéations suicidaires fluctuantes. Selon le résumé de séjour du 16 mars 2009 établi par le Dr P\_\_\_\_\_, le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques, a été posé.
36. Le 7 mai 2009, l'assuré a transmis à l'OAI un certificat établi le 22 avril 2009 par le Dr Q\_\_\_\_\_, chef de clinique au Service de psychiatrie des HUG. Celui-ci a diagnostiqué un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques et un trouble panique. L'hospitalisation du 27 février au 12 mars 2009 était justifiée par l'intensité de la symptomatologie dépressive, qui restait sévère. La capacité de travail était nulle dans toute activité et l'assuré bénéficiait d'un traitement psychiatrique avec pharmacothérapie, suivi en groupe et entretiens individuels.
37. Dans son rapport du 15 juin 2009, le Dr Q\_\_\_\_\_ a signalé une aggravation de l'état de santé de l'assuré. Les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques ; de trouble panique (F 41.0) et de possible trouble somatoforme sans précision (F 45.9) ont été retenus. Le trouble dépressif et le trouble panique entraînaient une incapacité de travail totale depuis le mois de mars 2008 au moins. L'état de santé de l'assuré, qui présentait alors des idées suicidaires, s'était aggravé depuis le 10 septembre 2008, avec une péjoration de la composante dépressive (auparavant d'intensité moyenne) et de la symptomatologie anxieuse, nécessitant l'hospitalisation précitée. L'assuré bénéficiait d'un entretien tous les 10 à 14 jours, de rendez-vous infirmiers réguliers et d'une participation aux groupes d'activation comportementale deux fois par semaine. Le pronostic était mauvais.
38. Dans son avis du 4 août 2009, la Dresse R\_\_\_\_\_, médecin au SMR, a souligné que l'assuré présentait des effondrements psychiques de 15 jours à 3 mois, soit sur de courtes durées. Les épisodes de mars 2008 et de février 2009 pouvaient être qualifiés de sévères mais une amélioration avait eu lieu à la suite de l'introduction

d'un traitement. Par ailleurs, les documents médicaux transmis ne contenaient aucune précision quant à la fréquence du trouble panique, les deux seuls épisodes rapportés apparaissant suite à un entretien jugé comme étant dévalorisant par l'assuré. Enfin, s'agissant du trouble somatoforme douloureux, aucune comorbidité psychiatrique manifeste dans son intensité et dans sa durée (soit pendant plus d'un an), n'était constatée. Il n'y avait pas non plus de perte d'intégration sociale. Les critères jurisprudentiels n'étaient pas réalisés pour admettre le caractère invalidant d'un trouble somatoforme douloureux et ce médecin n'a pas retenu d'aggravation de l'état de santé de l'assuré.

39. Par décision du 14 septembre 2009, l'OAI a refusé d'octroyer des prestations à l'assuré en niant une aggravation de son état de santé.
40. Par courrier du 5 octobre 2009 adressé à l'OAI, le Dr Q\_\_\_\_\_ a fait part de son désaccord avec la décision du 14 septembre 2009 et avec l'avis de la Dresse R\_\_\_\_\_ selon lequel l'assuré présentait des effondrements psychiques de courtes durées (de 15 jours à 3 mois) et des épisodes dépressifs sévères en mars 2008 et février 2009. L'intensité de l'épisode dépressif avait été mesurée à plusieurs reprises à l'échelle MADRS (*Montgomery-Asberg Depression Rating Scale*) et s'élevait à 35/60 points le 25 mars 2008 (intensité sévère), à 30/60 le 8 mai 2008 (intensité sévère), à 20/60 le 19 mai 2008 (intensité moyenne), à 22/60 le 2 juin 2008 (intensité moyenne), à 23/60 le 10 septembre 2008 (intensité moyenne), à 23/60 le 20 janvier 2009 (intensité moyenne), à 27/60 le 23 avril 2009 (intensité sévère) et à 25/60 le 13 mai 2009 (intensité sévère). Par ailleurs, une symptomatologie sévère avait déjà été mise en évidence au printemps 2007. Le caractère chronique de l'atteinte et la qualification de dépression persistante étaient ainsi présents compte tenu de la durée et de la résistance aux traitements.
41. L'assuré a interjeté recours contre la décision par écriture du 19 octobre 2009.
42. L'assuré a été hospitalisé contre son gré au Département de psychiatrie des HUG du 24 au 29 octobre 2009 en raison d'une tentative de suicide. Dans son rapport du 2 octobre 2009, la Dresse AA\_\_\_\_\_ a notamment diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F 33.2). L'assuré présentait à son arrivée une thymie triste avec beaucoup de ruminations anxieuses. Au fil des entretiens, une amélioration progressive de la thymie avait eu lieu et l'assuré arrivait progressivement à envisager d'autres facteurs d'aide favorisant l'estime de soi.
43. La Dresse AB\_\_\_\_\_, médecin au SMR, s'est déterminée sur le rapport précité dans son avis du 10 février 2010. Elle a considéré que ce troisième épisode dépressif, d'une intensité sévère et d'une durée limitée dans le temps, avait évolué favorablement et était réactionnel à la décision de refus de prestations. Il s'agissait par conséquent d'un épisode transitoire, postérieur à la décision de refus,

n'entraînant aucune incapacité de travail durable au-delà de la durée de l'hospitalisation.

44. Par arrêt du 5 octobre 2010, le Tribunal a partiellement admis le recours et a renvoyé la cause à l'OAI pour mise en œuvre d'une expertise psychiatrique. Il a retenu qu'aucun des rapports médicaux au dossier ne revêtait de pleine valeur probante et qu'il s'était en outre écoulé plus de 10 mois entre l'examen de la Dresse M\_\_\_\_\_ et la décision querellée, intervalle durant lequel les médecins traitants avaient signalé une aggravation de l'état mental de l'assuré avec l'apparition d'un trouble dépressif d'intensité sévère.
45. L'OAI a confié l'expertise au Dr AC\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie. Celui-ci a rendu son rapport le 9 mai 2011. Ce médecin a relaté l'anamnèse de l'assuré et pris connaissance de son dossier médical. Il a interrogé l'assuré sur ses plaintes. Celui-ci a spontanément évoqué ses difficultés sociales et financières et a expliqué être mal au plan psychique et avoir des angoisses. Il se plaignait également de ses douleurs physiques et de troubles du sommeil. L'assuré a déclaré ne plus avoir de vie sexuelle, ce qui ne posait pas de problème dans son couple. Il s'entendait bien avec son épouse qui le soutenait. Il avait des relations avec les membres de sa famille et un ancien collègue. Lors de l'examen clinique, le Dr AC\_\_\_\_\_ n'a pas relevé de trouble de la concentration, de l'attention et de la mémoire. Les performances cognitives étaient cependant subordonnées à l'importance de l'état de souffrance vécu et exprimé. L'assuré ne s'était pas fatigué au cours des deux heures d'entretien. Il n'avait pas de capacité de réflexion ou d'introspection. L'expert n'a constaté aucun symptôme de la lignée psychotique, ni délire, ni hallucination. L'assuré s'était montré proche des larmes en exposant sa situation sociale difficile et celle de sa fille, ainsi qu'à l'évocation du possible décès de sa mère. Le thème qui le touchait le plus était celui des factures qu'il ne savait comment régler. Il y avait aussi une expression dysphorique avec amertume, révolte, mécontentement et déprime. Le reste du temps, l'assuré était dans un état neutre normal. Il n'était pas anxieux mais montrait de l'anxiété par rapport à sa situation sociale. Son état neurovégétatif était tendu et crispé. Par moments, le psychiatre observait des accentuations colériques. La personnalité de l'assuré était dans un registre passif dépendant. Le vécu de son handicap physique était devenu comme une seconde peau, avec un comportement de grand malade et un processus d'invalidation très avancé. L'expert n'a pas relevé de ralentissement. Il a complété son status par des analyses sanguines qui montraient une bonne compliance quant à la prise de l'antidépresseur mais pas du paracétamol. Dans sa synthèse, le Dr AC\_\_\_\_\_ a souligné que les hospitalisations concernaient des interventions de crise avec chaque fois une amélioration nette décrite. Les documents relatifs aux deux premières hospitalisations ne contenaient qu'un status psychiatrique très sommaire, à la lecture duquel on ne pouvait comprendre les diagnostics d'état dépressif d'intensité sévère, état de stress post-traumatique et attaque de panique. Il apparaissait à l'expert qu'il y avait là une forme d'interprétation mélangée aux

constats cliniques. Le troisième séjour à l'hôpital était aussi très clairement en réaction à la décision négative de l'OAI. Le status établi par les médecins ayant pris en charge l'assuré était également très bref et la description des conditions de sortie ne correspondait pas à ce que l'on entend habituellement lors d'un épisode dépressif sévère. Quant à l'invocation de l'échelle MADRS, celle-ci se fondait sur des notions subjectives généralement cochées par le patient lui-même et ne permettait pas d'écarter des accentuations. Reprenant les critères développés par la CIM-10 pour retenir un diagnostic dépressif, l'expert a considéré qu'ils n'étaient pas réunis en l'espèce. En particulier, il a noté qu'il n'y avait pas de diminution constante et marquée du plaisir, différents plaisirs existant. Un éventuel état dépressif sévère auparavant était dès lors compensé. L'assuré se trouvait plutôt dans un état dysthymique. S'agissant des critères relatifs à ce diagnostic, l'expert a souligné que la perte de la sexualité et du plaisir à différentes activités auparavant agréables avait été évoquée. S'agissant du syndrome douloureux somatoforme persistant, il y avait lieu de souligner que l'assuré ne prenait pas ses médicaments antalgiques, contrairement à ses déclarations. Les résultats des analyses sériques confirmaient le très fort décalage entre le comportement et l'atteinte objective. Quant aux critères jurisprudentiels permettant de reconnaître un caractère invalidant à un trouble somatoforme douloureux, ils n'étaient pas non plus réalisés. La comorbidité psychiatrique était légère, de même que l'atteinte corporelle. Il n'y avait pas de perte d'intégration sociale ni d'état psychique cristallisé. Au plan psychique, on ne pouvait parler d'échec de traitements conformes aux règles de l'art puisqu'il y avait une amélioration avec les mesures appliquées. Les efforts et la motivation de l'assuré paraissaient faibles. Le Dr AC\_\_\_\_\_ a ainsi posé les diagnostics de processus d'invalidation très avancé (F 68.0), de dysthymie (F 34.1) et de syndrome douloureux somatoforme persistant (F 45.4). Il s'est rallié aux conclusions de la Dresse M\_\_\_\_\_ sur l'absence d'incapacité de travail pour des motifs psychiatriques, hormis durant les périodes d'hospitalisation avec une période de récupération post-hospitalière de trois mois chaque fois.

46. Le Dr AD\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et médecin auprès du SMR, s'est déterminé le 20 juin 2011 sur l'expertise du Dr AC\_\_\_\_\_ en soutenant qu'à la lecture de ses conclusions, il n'existait pas de faits nouveaux permettant de se distancer de l'examen du SMR du 20 mai 2006.
47. Le 12 juillet 2011, l'OAI a adressé un projet de décision à l'assuré refusant le versement d'une rente, le degré d'invalidité de 39 % n'y donnant pas droit.
48. L'assuré, par son mandataire, a contesté ce projet par courrier du 18 juillet 2011.
49. Dans ses observations du 11 octobre 2011, l'assuré est revenu sur les différents rapports médicaux et a notamment reproché à l'expert de ne pas avoir procédé à des examens somatiques, notamment du sommeil, qui auraient permis d'objectiver le diagnostic de dépression. Une polysomnographie avait été réalisée le 22 septembre

2011, révélant des problèmes de sommeil confirmant le diagnostic principal de dépression qui entraînait une capacité de travail nulle dans toute activité. Il a affirmé que les rapports des médecins mandatés par l'OAI ne remplissaient pas les conditions d'objectivité requises par la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral, ces médecins n'ayant effectué aucun examen permettant d'objectiver leurs conclusions. En revanche, la spécialiste ayant réalisé l'examen de polysomnographie n'était pas le médecin traitant de l'assuré et devait dès lors être considérée comme impartiale, à l'inverse des médecins mandatés et rémunérés par l'OAI. Les médecins traitants des HUG étant employés par un hôpital universitaire et de ce fait soumis à un devoir particulier de rigueur scientifique et d'impartialité, leurs avis ne pouvait de ce fait être assimilés à ceux d'un médecin traitant privé. S'agissant du calcul du degré d'invalidité, il convenait de plus d'appliquer une réduction de 25 % compte tenu de sa situation particulière. Il était en effet âgé de 55 ans, avait travaillé toute sa vie dans la construction et sa capacité de travail était limitée même dans les travaux légers. L'assuré a joint les documents suivants:

- courrier du 15 août 2011 des Drs AE\_\_\_\_\_ et Q\_\_\_\_\_, dans lequel ceux-ci se sont déterminés sur l'expertise du Dr AC\_\_\_\_\_ en relevant qu'il était surprenant que le diagnostic de trouble dépressif soit écarté par cet expert alors que plusieurs psychiatres l'avaient admis. Il était possible que cette différence s'explique par l'évolution fluctuante des symptômes présentés par l'assuré. Cet aspect devait être clarifié par une polysomnographie, examen permettant de mettre en évidence une perturbation de l'architecture du sommeil typique lors de dépressions;
- résumé de polysomnographie établi le 28 septembre 2011 par la Dresse AF\_\_\_\_\_ des HUG, qui a révélé une légère insomnie d'endormissement et une très importante insomnie de maintien, avec un réveil précoce. L'efficacité du sommeil était très fortement diminuée par rapport à la norme avec une macrostructure du sommeil très perturbée et un grand nombre de réveils courts, un taux du sommeil léger augmenté et un taux du sommeil paradoxal effondré très probablement sous l'effet du traitement antidépresseur. Au plan respiratoire, de nombreuses hypopnées obstructives étaient constatées, dont une minorité seulement avait un caractère désaturant. Du point de vue moteur, des mouvements périodiques des jambes étaient clairement observés. Un syndrome d'apnées-hypopnées obstructives du sommeil sévère était mis en évidence ;
- courrier du 3 octobre 2011 des Drs AE\_\_\_\_\_ et Q\_\_\_\_\_, dans lequel ceux-ci ont commenté les résultats de la polysomnographie en concluant que plusieurs éléments cliniques, paracliniques et plusieurs médecins parvenaient à un diagnostic principal de dépression et non à

ceux retenus par le Dr AC\_\_\_\_\_, en confirmant l'incapacité de travail complète en lien avec la dépression.

50. Dans son avis du 12 octobre 2011, la Dresse AB\_\_\_\_\_ s'est déterminée sur les documents médicaux remis par l'assuré en affirmant que l'avis des Drs AE\_\_\_\_\_ et Q\_\_\_\_\_ relevait d'une interprétation différente d'un état de fait identique. La polysomnographie ne constituait pas une méthode diagnostique reconnue pour poser le diagnostic de trouble dépressif récurrent selon la classification. Le syndrome d'apnées-hypopnées sévère pouvait par ailleurs être traité et n'était dès lors pas une affection durable. Il n'existait d'ailleurs pas de corrélation reconnue entre l'insomnie et la sévérité d'un trouble dépressif.
51. Par décision du 29 février 2012, l'OAI a confirmé la teneur de son projet.
52. Par écriture du 29 mars 2012, l'assuré interjette recours contre cette décision. Il conclut sous suite de dépens préalablement à l'audition du Dr Q\_\_\_\_\_ et au fond à l'annulation de la décision et au versement d'une rente entière dès le 1<sup>er</sup> juin 2007, subsidiairement dès le 1<sup>er</sup> juillet 2008, et à la constatation que le taux de réduction applicable au salaire avec invalidité s'élève à 25 %. Il reprend les critiques formulées dans ses observations du 11 octobre 2011. Il fait valoir que le second examen de la Dresse M\_\_\_\_\_ a démontré une aggravation considérable de sa santé psychique, puisqu'elle a qualifié la thymie de désespérée, noté l'émergence d'une personnalité dépendante, d'une détresse évidente et de réveils nocturnes entrecoupant le sommeil. S'agissant de l'expertise du Dr AC\_\_\_\_\_, l'assuré souligne notamment qu'il est contradictoire de ne pas avoir retenu de diminution constante et marquée de l'intérêt et du plaisir pour des activités agréables alors que l'expert mentionne une perte de libido et de plaisir pour d'autres activités agréables. Les Drs AE\_\_\_\_\_ et Q\_\_\_\_\_ ont d'ailleurs vertement critiqué les conclusions de leur confrère. L'examen polysomnographique, qui permet d'objectiver le diagnostic de dépression, a confirmé les observations des psychiatres consultés par l'assuré, soit une dépression entraînant une capacité de travail nulle dans toute activité. La discordance entre l'avis unanime des médecins traitants sur le diagnostic de dépression majeure récurrente d'intensité sévère et la position de l'OAI, qui se fonde sur une expertise incomplète et contradictoire, montre le parti pris et le peu de fondement des rapports médicaux de l'assurance-invalidité. De plus, les dépressions ne peuvent être évaluées que sur la durée et l'assuré n'a été vu qu'une seule fois par un médecin du SMR. Les rapports médicaux et expertises de l'OAI ne sont par ailleurs pas conformes aux exigences développées par la jurisprudence récente, notamment dans la mesure où ils ne se fondent pas sur des examens permettant d'objectiver leurs conclusions. Compte tenu de ces éléments, la capacité de travail de l'assuré doit être considérée comme nulle. Celui-ci relève encore que le Tribunal a retenu un abattement sur le revenu d'invalidé de 20 %. Or, dans son nouveau calcul, l'OAI n'a pas tenu compte du fait que son état de santé s'était indéniablement aggravé depuis dit arrêt. Il convient donc d'appliquer

une réduction de 25 % pour tenir compte des limitations à sa santé mentale et des nombreuses limitations fonctionnelles résultant de son état de santé physique. Il n'a de plus aucune formation scolaire et ne pourrait être employé qu'à des travaux très élémentaires. Il n'atteindrait dès lors pas le revenu moyen ressortant des statistiques.

53. Dans sa réponse du 9 mai 2012, l'OAI conclut au rejet du recours. Il allègue qu'il s'agit en l'espèce d'une nouvelle demande et que celle-ci doit établir de manière plausible que l'invalidité s'est modifiée de manière à influencer les droits de l'assuré. En l'espèce, le Dr AC\_\_\_\_\_ a procédé à un examen complet réalisé en pleine connaissance du dossier et sur la base d'une anamnèse complète et doit se voir reconnaître une pleine valeur probante. Le simple fait que les médecins traitants amènent une appréciation différente est insuffisant pour remettre en cause les conclusions de l'expert. De plus, le Dr A\_\_\_\_\_ a attesté depuis le 25 octobre 2002 déjà d'une incapacité de travail totale, conclusion qui n'a pas emporté la conviction du Tribunal dans son arrêt du 4 mars 2008. Quant aux conclusions des autres médecins, elles ne sont pas corrélées par des observations cliniques. La polysomnographie n'est en outre pas une méthode diagnostique pour retenir un trouble dépressif récurrent et l'apnée du sommeil peut être traitée. Elle n'est donc pas susceptible d'entraîner une incapacité de travail durable.
54. Dans sa réplique du 16 mai 2012, l'assuré persiste dans ses conclusions en affirmant que les avis des Drs AC\_\_\_\_\_ et M\_\_\_\_\_ sont incomplets et erronés.
55. Copie de cette écriture a été transmise à l'OAI par pli du 21 mai 2012.
56. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

### **EN DROIT**

1. 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).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. La LPGA, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003, est applicable à la présente procédure.
3. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi (art. 56ss LPGA), le présent recours est recevable.

- 
4. Le litige porte sur le droit de l'assuré à une rente d'invalidité, plus précisément sur son degré d'invalidité.
  5. a) Aux termes de l'art. 8 al. 1<sup>er</sup> LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 6 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. En vertu de 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 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. 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 (MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8).

6. 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). 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 *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 398 consid. 5.3). Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de

---

volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée (ATFA non publié I 1093/06 du 3 décembre 2007, consid. 3.2). D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques, d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (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 (Ulrich MEYER-BLASER, *Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, in : Schmerz und Arbeitsunfähigkeit*, St. Gall 2003, p. 77).

7. a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou 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 256 consid. 4; ATF 115 V 133 consid. 2). Ces données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (ATFA non publié I 762/02 du 6 mai 2003, consid. 2.2).

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 LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas

sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il convient que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3; ATF 122 V 157 consid. 1c).

c) Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, 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).

d) S'agissant de la valeur probante 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un 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 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\_405/2008 du 29 septembre 2008, consid. 3.2).

e) La garantie constitutionnelle du droit d'être entendu confère notamment à un justiciable le droit de faire administrer des preuves essentielles (ATF 127 V 431 consid. 3a). Ce droit n'empêche cependant pas l'autorité de mettre un terme à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de former sa conviction, et que procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, elle a la certitude que ces dernières ne pourraient l'amener à modifier sa décision (Ueli KIESER, ATSG-Kommentar: Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000, 2<sup>ème</sup> éd., Zurich 2009, n. 72 ad art. 61 ; ATF 130 II 425 consid. 2.1; ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d).

8. Il convient d'examiner les rapports médicaux à la lumière des considérants qui précèdent.

Le rapport du Dr AC\_\_\_\_\_ répond en tous points aux critères dégagés par la jurisprudence permettant de reconnaître une pleine valeur probante à un document médical. Cet expert s'est en effet fondé sur l'étude du dossier, il a procédé à une anamnèse détaillée, a relaté les plaintes de l'assuré et complété son examen clinique par des analyses sanguines. Ses conclusions sont par ailleurs motivées et convaincantes. Contrairement à ce qu'allègue l'assuré, l'observation d'une baisse de la libido et du plaisir éprouvé auparavant lors de certaines activités ne constitue pas une diminution constante et marquée de l'intérêt pour toutes les activités, de sorte que les constats du Dr AC\_\_\_\_\_ s'agissant des activités plaisantes ne sont pas contradictoires.

S'agissant des autres rapports médicaux, il sied en préambule de rappeler que le Tribunal, dans son arrêt du 5 octobre 2010, s'est d'ores et déjà penché sur la valeur probante des rapports antérieurs à cette date et a retenu qu'ils ne répondaient pas aux réquisits jurisprudentiels en la matière. Il reste cependant à examiner les documents médicaux réunis depuis par l'OAI. En ce qui concerne le courrier du 15 août 2011 des Drs AE\_\_\_\_\_ et Q\_\_\_\_\_, il ne contient aucun status et ne mentionne aucune observation clinique susceptible d'étayer le diagnostic de trouble dépressif retenu par ces médecins, de sorte qu'il ne suffit pas à remettre en cause les conclusions du Dr AC\_\_\_\_\_. La Cour de céans relève par ailleurs que ces médecins semblent admettre le caractère fluctuant des symptômes présentés par l'assuré - qui ressort du reste également de l'évaluation selon l'échelle MADRS, ce qui tend à démontrer, comme le retient l'expert mandaté par l'OAI, que les épisodes ayant conduit aux hospitalisations en psychiatrie de l'assuré n'ont pas de caractère durablement incapacitant. Certes, la polysomnographie réalisée a depuis mis en évidence des troubles du sommeil. Ce seul élément ne suffit cependant pas à objectiver un trouble dépressif, contrairement à ce que semblent sous-entendre les Drs AE\_\_\_\_\_ et Q\_\_\_\_\_ dans leur courrier du 3 octobre 2011. Il est vrai que le système de classification internationale des maladies CIM-10 décrit les épisodes dépressifs (F 32) comme ceux lors desquels le sujet présente un abaissement de l'humeur, une réduction de l'énergie et une diminution de l'activité. Il existe une altération de la capacité à éprouver du plaisir, une perte d'intérêt, une diminution de l'aptitude à se concentrer, associées couramment à une fatigue importante, même après un effort minime. On observe habituellement des troubles du sommeil, et une diminution de l'appétit. Il existe presque toujours une diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi et, fréquemment, des idées de culpabilité ou de dévalorisation, même dans les formes légères. Ainsi, si les troubles du sommeil sont une des manifestations d'un état dépressif selon la doctrine médicale, ils ne suffisent pas à eux seuls à retenir un tel diagnostic. La Dresse AF\_\_\_\_\_ n'établit d'ailleurs pas de corrélation entre les troubles constatés et une éventuelle atteinte psychique. Enfin, le Dr AC\_\_\_\_\_ a lui aussi

mentionné les troubles du sommeil dont se plaignait l'assuré, si bien qu'il ne s'agit pas là d'un élément ignoré ou écarté par l'expert. On notera encore que si les psychiatres des HUG se réfèrent à plusieurs éléments cliniques et paracliniques qui motiveraient leur diagnostic, ils ne détaillent guère la nature de ces éléments – hormis les résultats de la polysomnographie – et ne font en particulier état d'aucune observation clinique concrète permettant de mettre en doute les observations du Dr AC\_\_\_\_\_.

Quant aux griefs développés par l'assuré, ils ne suffisent pas non plus pour s'écarter des conclusions de l'expert. On ne saurait en particulier suivre l'assuré lorsqu'il reproche à celui-ci de ne pas avoir procédé à des examens permettant d'objectiver ses conclusions. En effet, en matière d'expertise psychiatrique, l'entretien qui permet au spécialiste d'établir un status clinique constitue précisément un tel examen et permet d'observer et de recenser les manifestations d'une symptomatologie psychique. Les lignes directrices de la Société suisse de psychiatrie d'assurance pour l'expertise médicale des troubles psychiques prévoient du reste que l'examen clinique comprenant la prise de l'anamnèse, l'étude de la sémiologie et l'observation du comportement constitue la partie centrale de l'expertise et précisent que des tests psychologiques peuvent représenter un complément de l'investigation, de même qu'une documentation standardisée de la sémiologie psychiatrique selon des échelles particulières comme par exemple le système AMDP, des examens de laboratoire et d'autres examens paracliniques pouvant s'avérer indiqués dans certains cas (Bulletin des médecins suisses, 2004/85, n° 36, p. 1907ss). En l'espèce, le contenu de l'expertise correspond à ces exigences développées par les praticiens. L'expert s'est en outre assuré par des analyses sanguines de la compliance de l'assuré à son traitement médicamenteux. L'assuré se réfère par ailleurs à un arrêt du Tribunal fédéral du 28 juin 2011 (ATF 137 V 210), dans lequel notre Haute Cour s'est penchée sur les principes régissant les missions d'expertises confiées aux centres d'observation médicale de l'assurance-invalidité (COMAI). Il affirme que les conditions posées par cette jurisprudence n'ont pas été respectées dans la mesure où les experts mandatés par l'OAI n'ont pas réalisé d'examen objectif. Or, comme on l'a vu, cet argument est erroné. Par ailleurs, les changements introduits par l'arrêt invoqué ne concernent pas tant le contenu des expertises en tant que telles mais bien plutôt les modalités de leur mise en œuvre afin de garantir l'égalité des armes entre autorités et assurés. Le Tribunal fédéral a ainsi modifié sa jurisprudence en ce sens qu'une expertise ordonnée par l'administration doit faire l'objet d'une décision incidente susceptible de recours et que les droits de participation de l'assuré sont renforcés (consid. 3.4.2.6 et 3.4.2.9 de l'arrêt précité). En revanche, il a expressément relevé que l'application aux cas en cours d'instruction des nouveaux principes jurisprudentiels n'implique pas que les expertises ordonnées selon l'ancienne procédure ne peuvent se voir reconnaître de valeur probante. Au contraire, il convient en fonction des spécificités du cas et des griefs soulevés de déterminer s'il

---

est conforme au droit de se fonder sur les moyens de preuve à disposition (consid. 6). En l'espèce, le Dr AC\_\_\_\_\_ a été mandaté par l'OAI et a rendu son rapport avant que le Tribunal fédéral ne modifie sa jurisprudence, de sorte qu'on ne saurait reprocher à l'OAI de ne pas avoir procédé en fonction de ces modalités. Quant à la partialité des experts rémunérés par l'OAI, il faut rappeler que selon une jurisprudence constante, le seul fait qu'un médecin soit lié à un organisme assureur par des relations de service ne suffit, en soi, pas à mettre en doute son indépendance ou son impartialité (ATF non publié 9C\_664/2011 du 20 février 2012 consid. 3.4), et la rémunération des experts par l'assurance-invalidité ne fait pas obstacle à leur indépendance (ATF 123 V 175 consid. 4a). En l'espèce, l'assuré n'allègue aucun élément concret qui permettrait d'établir que le Dr AC\_\_\_\_\_ n'a pas exécuté son mandat de manière impartiale et neutre. S'agissant du caractère impartial des avis des médecins hospitaliers consultés par l'assuré, cette question n'a pas à être examinée dès lors que leurs rapports ne répondent pas aux exigences formelles et ne peuvent se voir reconnaître de valeur probante. Quant au fait que la Dresse M\_\_\_\_\_ aurait observé des symptômes démontrant une aggravation de la santé psychique de l'assuré, il y a lieu de rappeler que le Tribunal n'a pas reconnu pleine valeur probante au rapport de cette psychiatre. De plus, nonobstant la modification du tableau clinique, ce médecin n'avait pas non plus conclu au caractère incapacitant des atteintes nouvellement constatées. En ce qui concerne la détresse psychosociale, la Cour de céans relève au demeurant qu'il s'agit d'une atteinte répertoriée sous le code Z dans la CIM-10, code qui tend à la classification de circonstances qui influent sur l'état de santé d'une personne mais ne constituent pas une atteinte ou une maladie. Ce code concerne les facteurs supplémentaires qui doivent être pris en compte lorsqu'une personne est traitée pour un état pathologique. Ces facteurs ne correspondent pas en tant que tels à la définition de l'atteinte à la santé au sens juridique (SVR 2008 IV N°15, consid. 2.2.2.2). En outre, lorsque 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 ; ATF non publié 9C\_144/2010 du 10 décembre 2010, consid. 4.1). Or, le Dr AC\_\_\_\_\_ a souligné que l'assuré paraissait avant tout affecté par ses difficultés financières et celles de sa fille. S'il s'agit-là de préoccupations compréhensibles et légitimes, elles ne constituent pas une atteinte à la santé au sens de la jurisprudence.

Eu égard à ce qui précède, la Cour de céans ne s'écartera pas des conclusions du Dr AC\_\_\_\_\_, selon lesquelles l'assuré ne présente pas d'atteinte à la santé psychique entraînant une incapacité de travail de longue durée. Le Dr Q\_\_\_\_\_ ayant déjà entendu et n'ayant pas fait état d'éléments que l'expert aurait ignorés, une deuxième audition de ce médecin s'avère superflue par appréciation anticipée des preuves.

9. L'assuré requiert encore que son degré d'invalidité soit calculé en appliquant un abattement statistique de 25 % sur son revenu d'invalidité.

Il faut rappeler que lorsqu'une administration entre en matière sur une nouvelle demande de prestations au sens de l'art. 87 al. 3 et 4 du règlement sur l'assurance-invalidité (RAI ; RS 831.201), elle ne saurait limiter son examen à la question de savoir si un changement important susceptible d'influencer le degré d'invalidité s'est produit. En effet, dès lors que l'OAI se saisit du fond d'une nouvelle demande, il doit en instruire tous les aspects (médicaux et juridiques, notamment) et déterminer si la modification de l'invalidité s'est effectivement produite, comme s'il se prononçait pour la première fois sur le droit aux prestations. Ainsi, lorsqu'un assuré qui se trouve proche de l'âge de la retraite présente une nouvelle demande et que l'administration décide d'entrer en matière sur celle-ci, les principes jurisprudentiels concernant ce genre de situations s'appliquent sans restriction (ATF non publié 9C\_142/2012 du 9 juillet 2012, consid. 4. et les références).

Dans la mesure où l'OAI est entré en matière dans le cas d'espèce, il aurait dû procéder à un nouveau calcul du degré d'invalidité. En l'espèce, les revenus avec et sans invalidité n'ont pas varié depuis le calcul auquel a procédé le Tribunal dans son arrêt du 4 mars 2008, puisque la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée est restée la même. Seule l'ampleur de l'abattement statistique doit être réexaminée. Le Tribunal avait retenu en 2008 qu'une réduction statistique de 20 % s'imposait. 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). 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 (ATF 126 V 75 consid. 5b). Dans le cas d'un assuré de 59 ans, présentant de nombreuses limitations fonctionnelles et disposant d'une capacité résiduelle de 50 % dans un grand nombre d'activités, le Tribunal fédéral a considéré qu'un abattement de 20 % tenait suffisamment compte des circonstances et que l'âge était encore éloigné de celui à partir duquel ce facteur devient déterminant et nécessite une approche particulière (ATF non publié 9C\_104/2008 du 15 octobre 2008, consid. 4). Compte tenu de cette appréciation, la situation de l'assuré – né en 1956 mais maîtrisant le français et disposant d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée – l'application du taux maximal de 25 % ne se justifie pas. Le taux d'invalidité de l'assuré ne s'est dès lors pas modifié depuis l'arrêt du 4 mars 2008.

10. Eu égard à ce qui précède, le recours est mal fondé.

L'assuré, qui succombe, n'a pas droit à des dépens.

La procédure en matière d'assurance-invalidité n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI), il y a lieu de condamner l'assuré au paiement d'un émolument de 200 fr.

**PAR CES MOTIFS,  
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. Le rejette.
3. Met un émolument de 200 fr. à la charge de l'assuré.
4. 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

La présidente

Nathalie LOCHER

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