RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1833/2002 **ATAS/905/2004**

ORDONNANCE

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

4ème chambre

du 12 novembre 2004

En la cause

Monsieur D_____, comparant par Maître Jean-Jacques MARTIN, en l'étude duquel il élit domicile	recourant

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, rue de Lyon 97, à Genève	intimé

Siégeant : Juliana Baldé, Présidente

EN FAIT

1. Monsieur D_____, ressortissant portugais né en décembre 1962, est arrivé en Suisse en 1984. Il a travaillé en qualité de maçon pour l'entreprise X_____ SA CONSTRUCTIONS depuis le 12 mars 1984.

2. En date du 23 mars 1999, il a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité tendant à un reclassement dans une nouvelle profession, en raison d'une hernie luxée.

3. Dans un rapport du 12 avril 1999 à l'attention de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OCAI), son médecin traitant, la Dresse L_____ a indiqué que l'atteinte à la santé existait depuis le 3 octobre 1998. L'incapacité de travail était totale depuis cette date, pour une durée indéterminée. Un travail sans port de charges ou positions en extension et en flexion était adapté à l'état de santé de son patient. Elle a diagnostiqué un status post herniectomie-dissectomie L5-S1, ainsi qu'une douleur lombaire avec syndrome vertébral lombaire intermittent (lors de port de charges d'environ 5 à 7 kg).

4. Dans un rapport intermédiaire du 23 septembre 1999, la Dresse L_____ a indiqué que son patient pouvait tenir la position assise en changeant de position tous les ¾ d'heures, la position debout pendant une heure, des parcours à pied pendant 3 à 4 kilomètres en marchant doucement, la même position du corps pendant ¾ d'heures. Il devait alterner les positions assis/debout, ne pouvait incliner le buste, travailler en position assise, lever ou déplacer des charges de plus de 3 kilos, se baisser fréquemment, faire des mouvements répétitifs des membres ou du dos. La motivation pour la reprise de travail ou le reclassement professionnel était bonne. Une reprise de travail dans son ancienne profession n'était pas envisageable en raison du port de charges, des positions et des conditions climatiques. Dans une autre profession adaptée à ses limitations fonctionnelles, il présentait une capacité de travail entière avec un rendement prévisible de 100%.

5. Dans un deuxième rapport intermédiaire du 3 mai 2001, la Dresse L_____ a diagnostiqué un état dépressivo-anxieux majeur. L'état de santé s'était aggravé depuis octobre 1999. Son patient présentait une thymie triste, des pleurs, des insomnies chroniques, une fatigabilité, de l'anxiété et un manque d'intérêt. Des antidépresseurs, des anxiolytiques et des somnifères lui avaient été prescrits. Le pronostic était réservé en raison de l'état dépressif majeur chez sa femme.

6. L'assuré a effectué un stage d'observation professionnelle au Centre d'intégration professionnelle de l'assurance-invalidité (ci-après le COPAI) du 29 janvier au 29 avril 2001. Les experts ont conclu à l'impossibilité de réadapter actuellement l'assuré dans le circuit économique normal, pour des raisons médicales. Bien qu'une capacité résiduelle de travail (évaluée à 80%) ait été mise en évidence sur le

plan physique, il s'avérait qu'elle n'était actuellement pas exploitable dans le circuit économique normal en raison d'une décompensation psychique de l'assuré. L'évolution ultérieure de la situation devrait être revue avec le médecin de l'assuré.

7. L'assuré a été soumis à une expertise psychiatrique conduite par le Dr M_____, psychiatre, qui a rendu son rapport le 12 janvier 2002. Cette expertise s'est basée sur trois consultations ainsi que sur l'entier du dossier médical de l'assuré. L'expert a posé le diagnostic d'état dépressif moyen ainsi que de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques. Il fallait inclure dans ce diagnostic, les diagnostics de névrose de compensation et de sinistrose. L'état dépressif était secondaire au trouble de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques et dépendait directement de ce trouble. L'atteinte à la santé était due à la migration, à la séparation d'avec ses enfants, ainsi qu'à une surcharge de travail pendant 10 ans. Elle était aussi liée à la maladie de sa femme qui était depuis 6 ans au bénéfice d'une rente de l'assurance-invalidité. Les troubles psychiques qui étaient principalement provoqués par des circonstances extérieures telles que le milieu défavorable mais qui disparaissaient si les circonstances étaient modifiées de manière raisonnablement exigible n'engendraient pas d'invalidité. Lorsque qu'un trouble psychogène proprement dit s'était néanmoins développé, il fallait trancher de cas en cas. En effet, les troubles psychogènes qui exprimaient un vécu non-assimilé n'étaient pas obligatoirement synonymes d'invalidité. Dans le cas de l'expertisé, le trouble psychique correspondait à une réaction psychologique à des circonstances adverses. Cette réaction était dans une grande mesure normale, dans ce type de circonstances, par exemple l'humeur triste, le pessimisme et la morosité ainsi que les idées d'échec. On pouvait donc considérer que l'assuré présentait un trouble psychogène qui exprimait un vécu adverse et il était difficile même de qualifier ce vécu de non assimilé puisque justement le fait de réagir aux circonstances décrites ci-dessus montraient que l'assuré réagissait adéquatement à un environnement défavorable. Le pronostic était réservé, l'environnement de vie étant difficile. La limitation de la capacité de travail était due à la migration, à la séparation d'avec ses enfants, à une surcharge de travail pendant 10 ans, ainsi qu'à la maladie de sa femme. Il s'agissait d'un trouble dû au contexte de vie. D'un point de vue psychique, les troubles n'entraînaient pas d'influence sur l'activité exercée jusqu'ici. L'assuré était capable de s'adapter à son environnement professionnel et il n'y avait (toujours d'un point de vue psychique) aucun besoin de réadaptation.

8. Dans un rapport d'examen du 27 février 2002, le SMR Léman, institution dépendante de l'assurance-invalidité, a relevé que l'assuré présentait une capacité totale de travail depuis mai 1999 dans une activité adaptée, soit sans port de charges de plus de 5 kilos, sans activité en porte-à-faux du tronc, ainsi qu'en position statique. Le travail antérieur de maçon n'était plus possible.

9. Par décision du 4 octobre 2002, l'OCAI a refusé l'octroi de mesures professionnelles au motif que selon le rapport de stage du COPAI, l'assuré était capable d'avoir une capacité de travail d'au moins 80% dans une activité adaptée, sans avoir besoin d'une nouvelle formation ou d'un complément de formation. D'autre part, compte tenu des atteintes psychologiques (qui en l'occurrence n'avaient pas valeur de maladie au sens de l'assurance-invalidité), des mesures de réadaptation professionnelle n'entraient pas en ligne de compte car elles ne permettraient pas d'augmenter le taux de capacité de gain retenu.

10. Par décision du 7 octobre 2002, l'OCAI a refusé l'octroi d'une rente d'invalidité. En effet, il ressortait de la comparaison des gains avant invalidité de 65'606 fr. et après invalidité de 40'617 fr. un degré d'invalidité de 38% qui n'ouvrait pas droit à une rente.

11. Par courrier du 7 novembre 2002, l'assuré a recouru contre cette décision contestant la comparaison des revenus effectuée et concluant à l'annulation de la décision du 7 octobre 2002 ainsi qu'à l'octroi d'une rente d'invalidité. Il reprochait à l'OCAI d'avoir retenu un revenu avant invalidité de 65'606 fr. alors que son revenu se serait élevé à 70'446 fr. 85 sans invalidité. En effet, le recourant percevait un salaire horaire de 26 fr. 15 en 1998 augmenté d'un montant de 60 centimes en 2000, 90 centimes en 2001, 0,45 centimes en 2002, ce qui correspondait à un salaire horaire total de 28 fr. 10 pour 179,6 heures mensuelles. Ainsi, son salaire mensuel s'élevait à 5'046 fr. 75, soit à 60'561 fr. 10 par an. A cette somme s'ajoutait 5'044 fr. 75 à titre de treizième salaire (8,33% du revenu sur 12 mois), ainsi qu'un montant de 4'841 fr. à titre d'indemnité forfaitaire de paniers, calculée à 20 fr. 60 journalier x 5 jours x 45 semaines (5 semaines de vacances dans le secteur du bâtiment). Quant au revenu avec invalidité, l'OCAI avait retenu les salaires issus de l'Enquête suisse sur la structure des salaires 2000, valeur centrale de production, avec un abattement de 20%. Ce taux d'abattement ne tenait cependant pas compte du réel handicap que générait l'atteinte médicale du recourant sur le plan de sa rémunération dans le marché du travail et un taux de 30% serait plus adapté à sa situation. Par ailleurs, sa capacité de gain dans les activités auxquelles se référaient l'OCAI (ouvrier d'usine, ouvrier de fabrique ou ouvrier sur cuir) apparaissait sur-évaluée dans la mesure où les salaires maxima annuels dont pouvait se prévaloir le recourant se montaient à 31'449 fr. 60 dans l'industrie de la maroquinerie, à 40'950 fr. en qualité d'ouvrier d'usine à plein temps et à 37'680 fr. en qualité de spécialiste dans le secteur de l'horlogerie.

12. Dans des observations du 15 janvier 2003, l'OCAI a conclu au rejet du recours. Il a exposé que le revenu avant invalidité avait été calculé en tenant compte du salaire que l'assuré aurait réalisé en 2002, soit 27 fr. 80 par heure. Le salaire retenu par cet office tenait également compte d'un treizième salaire. Quant à l'indemnité forfaitaire de paniers mentionnée par le recourant, ce type d'indemnités n'était soumis ni à cotisations, ni à impôt et ne pouvait être retenu en tant que revenu

déterminant dans le calcul du degré d'invalidité. Le revenu après invalidité avait en outre été évalué sur la base de l'Enquête suisse sur la structure des salaires, conformément à la jurisprudence fédérale. La réduction opérée par le technicien en réadaptation professionnelle s'élevait à 10% pour tenir compte des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier. Cette réduction paraissait adéquate, compte tenu notamment du fait que l'assuré était jeune, titulaire d'un permis C et que ses principales limitations étaient le port de charges et le travail avec le buste penché en avant.

13. Par courrier du 13 février 2003, l'assuré a persisté dans les termes de son recours et ses conclusions.

14. Par courriers du 13 septembre 2004, le Tribunal de céans a soumis aux parties la liste des questions qui seraient posées l'expert psychiatre qu'il avait décidé de commettre pour une contre expertise psychiatrique. Le nom de l'expert a également été transmis aux parties, qui n'ont pas jugé utile de poser de questions complémentaires ; elles n'ont de même soulevé aucun motif de récusation vis-à-vis de la personne de l'expert (cf. courrier du 20 septembre 2004 de l'OCAI).

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales, composé de 5 juges, dont un président et un vice-président, 5 suppléants et 16 juges assesseurs (art. 1 let. r et 56 T LOJ).

   Suite à l'annulation de l'élection des 16 juges assesseurs, par le Tribunal fédéral le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente permettant au Tribunal cantonal des assurances sociales de siéger sans assesseurs à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs (art. 162 LOJ).

2. Conformément à l'art. 3 al. 3 des dispositions transitoires, les causes introduites avant l'entrée en vigueur de la loi et pendantes devant la Commission cantonale de recours ont été transmises d'office au Tribunal cantonal des assurances sociales, statuant en instance unique sur les contestations en matière d'assurance-invalidité (cf. art. 56 V LOJ). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

3. Le Tribunal de céans constate en outre que le recours, interjeté en temps utile et dans les formes requises, est recevable à la forme, conformément aux art. 69 de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI) et 84 de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants du 20 décembre 1946 (LAVS).

4. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1er janvier 2003 et a entraîné la modification de nombreuses dispositions dans le domaine de l'assurance-invalidité. La législation en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 demeure toutefois déterminante en l'espèce. En effet, d'après la jurisprudence, la législation applicable en cas de changement de règles de droit reste celle qui était en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques (ATF 125 V 467 consid. 1 ; 126 V 166 consid. 4b), les faits sur lesquels l'autorité de recours peut être amenée à se prononcer dans le cadre d'une procédure de recours de droit administratif étant par ailleurs ceux qui se sont produits jusqu'au moment de la décision administrative litigieuse (ATF 121 V 366 consid. 1b). Les dispositions des différentes lois seront donc citées dans leur teneur en vigueur avant le 31 décembre 2002.

5. Aux termes de l'art. 4 LAI, l'invalidité est la diminution de la capacité de gain, présumée permanente ou de longue durée, qui résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale, provenant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident.

   Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances (ci-après le TFA), l'objet de l'assurance n'est pas l'atteinte à la santé en soi ; ce sont plutôt les conséquences économiques qui en découlent, soit l'incapacité de réaliser un gain par un travail exigible (ou d'accomplir les travaux habituels pour les non actifs). La notion d'invalidité est ainsi une notion juridique, basée sur des éléments essentiellement économiques, qui ne se confond pas forcément avec le taux de l'incapacité fonctionnelle, tel que le détermine le médecin ; ce sont les conséquences économiques de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 105 V 207 et ss. ; 106 V 88 ; 110 V 275 ; RCC 1981 p. 124 consid. 1a).

   Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4; 115 V 134 consid. 2; 114 V 314 consid. 3c ; 105 V 158 consid. 1).

   Parmi les atteintes à la santé psychique, qui peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI, on doit mentionner - à part les maladies mentales proprement dites -, les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en

faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible. Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son infirmité mentale, exercer une activité que le marché du travail lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Le point déterminant est ici de savoir quelle activité peut raisonnablement être exigée. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante ; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165 ; VSI 1996 p. 318 consid. 2a, p. 321 consid. 1a, p. 424 consid. 1a ; RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références).

En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, le Tribunal fédéral des assurances (ci-après le TFA) a, dans un arrêt ATF 127 V 294, précisé sa jurisprudence relative aux atteintes à la santé psychique. Ainsi, les facteurs psychosociaux ou socioculturels ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels ; il faut au contraire que le tableau que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 299 consid. 5a in fine ; VSI 2000 p. 155 consid. 3).

6. En principe, le juge ne s'écarte pas sans motif impératif des conclusions d'une expertise médicale, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une sur-expertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire

sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 118 V 290 consid. 1b ; 112 V 32 et ss. et les références).

En ce qui concerne, par ailleurs, la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 122 V 160 consid. 1c et les références). L'élément déterminant pour la valeur probante n'est en principe ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation, sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 122 V 160 consid. 1c ; OMLIN, die Invaliditätsbemessung in der obligatorischen Unfallversicherung p. 297 et ss.; MORGER, Unfallmedizinische Begutachtung in der SUVA, in RSAS 32/1988 p. 332 et ss.).

A cet égard, MEINE souligne que l'expertise doit être fondée sur une documentation complète et des diagnostics précis, être concluante grâce à une discussion convaincante de la causalité, et apporter des réponses exhaustives et sans équivoque aux questions posées (MEINE, l'expertise médicale en Suisse : satisfait-elle aux exigences de qualités actuelles ? in RSAS 1999, p. 37 et ss.). Dans le même sens, BUEHLER expose qu'une expertise doit être complète quant aux faits retenus, à ses conclusions et aux réponses aux questions posées. Elle doit être compréhensible, concluante et ne pas trancher des points de droit (BUEHLER, Erwartungen des Richters an der Sachverständigen, in PJA 1999 p. 567 et ss.).

7. L'autorité administrative doit constater d'office les faits déterminants, c'est-à-dire toutes les circonstances dont dépend l'application des règles de droit (ATF 117 V 261 consid. 3b p. 263). Ainsi l'administration est tenue d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure. En particulier, elle doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier des aspects médicaux (ATF 117 V 282 consid. 4a p. 283).

   Quant au juge cantonal, il dispose d'une large liberté dans le choix des preuves qu'il entend administrer. Cette liberté est le corollaire de l'obligation à sa charge d'établir les faits déterminants pour l'issue du litige (art. 85 al. 2 let. c LAVS et 69 LAI). S'agissant d'une expertise médicale, il a en principe la possibilité soit de commettre lui-même un expert soit de renvoyer la cause à l'administration pour qu'elle mette en œuvre une expertise (ATFA non publié du 7 août 2003, cause I 656/02).

8. En l'occurrence, le recourant a travaillé en qualité de maçon et il a présenté dès octobre 1998 un status post herniectomie-dissectormie L5-S1, ainsi qu'une

douleur lombaire avec syndrome vertébral lombaire intermittent, lors de port de charges d'environ 5 à 7 kg. Son médecin traitant a jugé qu'une activité sans port de charges ou positions en extension et en flexion était adaptée à son état de santé. L'assuré a effectué un stage d'observation professionnelle du 29 janvier au 29 avril 2001 et les experts ont conclu à l'impossibilité de le réadapter actuellement dans le circuit économique normal pour des raisons médicales. En effet, bien qu'une capacité résiduelle de travail évaluée à 80 % ait été mise en évidence sur le plan physique, il s'avérait qu'elle n'était pas actuellement pas exploitable en raison d'une décompensation psychique de l'assuré. C'est la raison pour laquelle le recourant à été soumis à une expertise psychiatrique en janvier 2002 conduite par le Dr M_____, psychiatre.

Le Tribunal de céans constate que le Dr M_____ a pratiqué, il y a quelques années, en qualité de psychiatre conseil auprès de l'OCAI. Son impartialité peut par conséquent être mise en doute. En effet, un expert passe pour prévenu lorsqu'il existe des circonstances propres à faire naître un doute sur son impartialité. Dans ce domaine, il s'agit toutefois d'un état intérieur dont la preuve est difficile à rapporter. C'est pourquoi il n'est pas nécessaire de prouver que la prévention est effective pour récuser un expert. Il suffit que les circonstances donnent l'apparence de la prévention et fassent redouter une activité partiale de l'expert. L'appréciation des circonstances ne peut pas reposer sur les seules impressions de l'expertisé, la méfiance à l'égard de l'expert devant au contraire apparaître comme fondée sur des éléments objectifs (ATF 125 V 353 et ss., consid. 3b/ee; 123 V 176, consid. 3d et l'arrêt cité; VSI 2001 p. 109 et ss., consid. 3b/ee RAMA 1999 n° U332 p. 193, consid. 3a/bb et les références). Certes, le seul fait que le médecin commis se trouve dans un rapport de subordination (ou se trouvait) vis-à-vis d'un assureur ne permet pas de conclure à son manque d'objectivité et à son parti pris. Il est nécessaire qu'il existe des circonstances particulières qui permettent de justifier objectivement les doutes émis quant à l'impartialité de l'évaluation. Pour ce qui concerne l'importance à accorder aux rapports médicaux dans le domaine des assurances sociales, des exigences sévères doivent toutefois être posées quant à l'impartialité de l'expert (ATF 122 V 161 et ss., consid. 1c ; RAMA 1995 p. 26 et ss).

En l'occurrence, il apparaît au Tribunal de céans que les liens qui ont uni le Dr M_____ à l'OCAI sont suffisants pour émettre des doutes certains sur son impartialité. Le contenu de son expertise prouve d'ailleurs qu'il n'a pas objectivement examiné l'expertisé, mais s'en est plutôt tenu à son ancien rôle de médecin-conseil de l'assurance-invalidité, émettant bien plutôt des considérations juridiques que médicales.

En effet, après avoir exposé une anamnèse correcte, l'expert a posé les diagnostics suivants : état dépressif moyen, majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques ; selon le Dr M_____, il faut inclure dans ce

diagnostic comme le fait la classification CIM 10, les diagnostics de névrose de compensation et de sinistrose. L'état dépressif est selon lui secondaire au trouble de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques et dépend directement de ce trouble. L'expert n'explique cependant aucunement en quoi l'assuré présenterait une névrose de compensation ou une sinistrose et majorerait ses symptômes. Le rapport d'expertise ne contient aucune explication quant aux facteurs sur lesquels se fonderait la sinistrose de l'expertisé. Il explique au contraire que le trouble psychique du recourant correspond à une réaction psychologique à des circonstances adverses, réaction qui, selon lui, est en grande mesure normale dans ce type de circonstances. Après avoir posé son diagnostic, le Dr M_____ développe des considérations générales sur la dépression et la majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques. Il ne se prononce cependant aucunement sur l'état médical de l'expertisé, se contentant d'émettre des considérations théoriques et juridiques. Or, comme le Tribunal fédéral des assurances l'a à maintes reprises répété, le rôle de l'expert est de poser un diagnostic précis, de déterminer la capacité de travail de l'expertisé, mais en aucun cas de se prononcer en droit.

Les propos de l'expert sont à plus d'un titre surprenants. En effet, il estime que l'atteinte à la santé de l'expertisé est due à des circonstances adverses, telles que l'immigration, la séparation d'avec ses enfants, une surcharge de travail pendant 10 ans ainsi qu'à la maladie de sa femme qui est dépressive et alitée. Ces circonstances seraient des circonstances externes dont l'assurance-invalidité n'aurait pas à répondre. L'expert ajoute encore que « dans le cas de Monsieur D_____, le trouble psychique correspond à une réaction psychologique à des circonstances adverses. Cette réaction est en grande mesure normale dans ce type de circonstances, par exemple l'humeur triste, le pessimisme et la morosité ainsi que les idées d'échec. On peut donc considérer que l'assuré présente un trouble psychogène qui exprime un vécu adverse et il est difficile même de qualifier ce vécu de non-assimilé puisque justement le fait de réagir aux circonstances décrites ci-dessus montre que l'assuré réagit adéquatement à un environnement défavorable ». L'expert ajoute enfin que le pronostic est réservé, l'environnement de vie étant difficile.

Selon lui, il faudrait en déduire que toute personne dans la même situation que l'expertisé serait atteinte de troubles psychiques ; l'assuré présente donc un état dépressif « normal » au vu de ce qu'il vit. Or, selon le degré de dépression et son incidence sur la capacité de travail - que celle-ci soit due ou non à des circonstances adverses (il convient en effet de relever qu'en général, les troubles psychiques tels la dépression sont dus à des circonstances externes) -, l'assurance-invalidité peut les prendre en charge. Le TFA a d'ailleurs précisé dans sa jurisprudence que si le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique que des facteurs socioculturels, tels, par exemple une

dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, qui ont une influence autonome sur la capacité de travail, l'on peut parler d'invalidité.

Au vu de ce qui précède, soit du manque de renseignements médicaux contenus dans cette expertise et des considérations juridiques émises par l'expert qui n'y était pas autorisé, le Tribunal de céans estime que cette expertise n'a pas la valeur probante requise par la jurisprudence et qu'elle ne lui permet pas de se déterminer sur les troubles présentés par l'assuré et leur répercussion sur sa capacité de travail. Il convient donc d'ordonner une nouvelle expertise médicale. Celle-ci sera confiée au Dr N_____, médecin spécialiste FMH en psychiatrie.

PAR CES MOTIFS,

LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant préparatoirement

A la forme :

1. Déclare le recours recevable ;

Préparatoirement :

2. Ordonne une expertise psychiatrique ;

3. La confie au Dr N_____, psychiatre ;

4. Dit que la mission d'expertise sera la suivante :

   a) Prendre connaissance du dossier de la cause ;

   b) Si nécessaire, prendre tous renseignements auprès des médecins ayant suivi ou examiné le recourant ;

   c) Examiner le recourant ;

   d) Etablir un rapport écrit (établir l'anamnèse, le status clinique) et répondre notamment au questions suivantes :

      1) Quelle est l'anamnèse détaillée du cas ?

      2) Quelles sont les plaintes du patient ?

      3) Quelle est-sont l'-les atteinte-s à la santé dont souffre le recourant (diagnostic-s précis et degré de l'atteinte : faible, moyen, grave) ?

      4) Quel est-sont le-s diagnostic-s avec répercussion sur la capacité de travail et ceux sans répercussion sur la capacité de travail ?

      5) Quel est le pronostic ?

      6) Quels sont les traitements possibles ? Ceux-ci ont-ils été tentés ?

      7) Des mesures thérapeutiques peuvent-elles encore améliorer l'état de santé de l'assuré ?

8) Quelle est la capacité de travail du recourant ? Si cette capacité est diminuée, depuis quand et à quel degré (par exemple depuis le 1er juillet diminué de 25 %, depuis le 1er août diminué de 100 %) ?

9) Une activité par rapport aux troubles psychiques est-elle raisonnablement exigible de l'assuré ? Le cas échéant, quelle activité ?

10) Si plus aucune activité n'est raisonnablement exigible, pour quelle-s raison-s ?

11) L'état de santé du recourant est-il stabilisé ? Sinon doit-on s'attendre à une amélioration ou à une péjoration ?

12) Faire toutes autres observations et suggestions utiles ;

5. Réserve le sort des frais jusqu'à droit jugé au fond ;

Le greffier:
Walid BEN AMER

La Présidente :
Juliana BALDE

La secrétaire-juriste :
Frédérique GLAUSER

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties par le greffe