

GE_GERICHTE ATAS/1089/2019 vom 26. November 2019

GE Cour de justice, 2019-11-26, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1089_2019

FR: GE_GERICHTE ATAS/1089/2019 du 26 novembre 2019

IT: GE_GERICHTE ATAS/1089/2019 del 26 novembre 2019

Erwägungen

E. 31

Par réplique du 22 février 2019, le recourant a rappelé que pour motiver l'absence d'incapacité de travail depuis le 17 août 2016, en raison d'une dépression, les experts s'étaient contentés de relever qu'il leur avait indiqué que son état ne s'était pas amélioré ces dernières années, ce qui suffirait à invalider le rapport de la Dresse F_____ du 10 octobre 2016. Il était toutefois impossible pour une personne en bonne santé de comparer objectivement son état mental au jour « J » avec celui qui était le sien deux ans auparavant. Un tel exercice était encore moins aisé pour une personne atteinte d'un trouble anxieux et mixte au moment où elle était interrogée. Une telle manière de procéder ne saurait par conséquent répondre aux critères de motivation prévus par la jurisprudence. Ce faisant, les experts s'étaient contentés d'une simple déclaration pour déduire l'absence d'amélioration et, partant, remettre en cause les conclusions d'un psychiatre, et ce presque deux ans après la rédaction dudit rapport.

E. 32

Le 28 mars 2019, l'intimé a produit sa duplique et a relevé que les médecins examinateurs ne s'étaient pas fondés sur les seuls dires du recourant pour affirmer que son état psychique s'était amélioré. Ils s'étaient, au contraire, basés sur le status clinique observé.

E. 33

Par écriture du 17 avril 2019, le recourant a précisé qu'il reprochait aux médecins du SMR d'avoir remis en cause le rapport de la Dresse F_____ établi deux ans auparavant, sur la seule base qu'au jour de l'expertise, il ne présentait pas de trouble dépressif récurrent, épisode moyen avec syndrome somatique. Cette remise en cause était fondée sur ses seules déclarations, selon lesquelles son état psychique ne s'était pas amélioré durant les dernières années. Le recourant a également pris note que selon l'intimé, son état psychique s'était amélioré entre la rédaction du rapport et l'expertise, ce qui contredisait le rapport du SMR, qui affirmait l'inverse.

E. 34

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 - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi

A/4306/2018 - 9/17 - 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. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à

l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA ; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3). 3. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA). 4. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations d'invalidité, singulièrement sur la valeur probante du rapport des Drs G_____ et H_____, médecins auprès du SMR. 5. a. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008). b. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 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

A/4306/2018 - 10/17 - 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 (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1). c. Selon les art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA. Selon l'art. 29 al. 3 LAI, la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance. 6. a. 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 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1). b. La reconnaissance de l'existence desdits

troubles 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 396 consid. 5.3). c. Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. À cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante ; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294 consid. 4c ; ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références). 7. a. Dans sa jurisprudence antérieure au 30 novembre 2017, le Tribunal fédéral faisait généralement preuve de réserve avant de reconnaître le caractère invalidant d'un trouble de la lignée dépressive. Il avait notamment précisé récemment que les troubles légers et moyens de la lignée dépressive, qu'ils fussent récurrents ou épisodiques, ne pouvaient être considérés comme des atteintes à la santé à caractère invalidant que dans les situations où ils se révélaient résistants aux traitements pratiqués, soit lorsque l'ensemble des thérapies (ambulatoires et stationnaires)

A/4306/2018 - 11/17 - médicalement indiquées et réalisées selon les règles de l'art, avec une coopération optimale de l'assuré, avaient échoué. Ce n'était que dans cette hypothèse - rare, car il était admis que les dépressions étaient en règle générale accessibles à un traitement - qu'il était possible de procéder à une appréciation de l'exigibilité sur une base objectivée, conformément aux exigences normatives fixées à l'art. 7 al. 2, 2ème phrase LPGA (ATF 140 V 193 consid. 3.3 et les références ; voir également arrêts du Tribunal fédéral 9C_146/2015 du 19 janvier 2016 consid. 3.2 et 9C_13/2016 du 14 avril 2016 consid. 4.2). Cette jurisprudence avait pour corollaire qu'une évaluation médicale portant sur le caractère invalidant de troubles de la lignée dépressive devait reposer non seulement sur un diagnostic constaté selon les règles de l'art, mais également sur une description précise du processus thérapeutique (y compris le traitement pharmacologique) et sur une évaluation détaillée de l'influence d'éventuels facteurs psychosociaux et socioculturels sur l'évolution et l'appréciation du tableau clinique (arrêt du Tribunal fédéral 9C_55/2016 du 14 juillet 2016 consid. 4.2). b. Le 30 novembre 2017, le Tribunal fédéral a étendu sa jurisprudence sur les troubles somatoformes douloureux à tous les troubles psychiques (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7). Désormais, la jurisprudence développée pour les troubles somatoformes douloureux, selon laquelle il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (ATF 141 V 281), s'applique à toutes les maladies psychiques. En effet, celles-ci ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée. La question des effets fonctionnels d'un trouble doit dès lors être au centre. La preuve d'une invalidité ouvrant le droit à une rente ne peut en principe être considérée comme rapportée que lorsqu'il existe une cohérence au niveau des limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation de la capacité de travail invalidante n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée. Le point de départ de l'évaluation précitée est l'ensemble des éléments médicaux et constatations y relatives. Les experts doivent motiver le diagnostic psychique de telle manière que l'organe d'application du droit puisse comprendre non seulement si les critères de classification sont remplis mais

aussi si, et comment, les limitations concrètes dans les fonctions de la vie quotidienne, qui sont présumées dans la classification, doivent être prises en compte lors de l'évaluation de la capacité de travail (arrêt du Tribunal fédéral 9C_756/2018 du 17 avril 2019 consid. 5.2.1). Dans ce cadre, il convient d'évaluer globalement, sur une base individuelle, les capacités fonctionnelles effectives de la personne concernée en tenant compte, d'une part, des facteurs contraignants extérieurs limitant les capacités fonctionnelles et, d'autre part, les potentiels de compensation (ressources). Les

A/4306/2018 - 12/17 - indicateurs pertinents sont notamment l'expression des constatations et des symptômes, le recours aux thérapies, leur déroulement et leurs effets, les efforts de réadaptation professionnelle, les comorbidités, le développement et la structure de la personnalité, le contexte social de la personne concernée ainsi que la survenance des restrictions alléguées dans les différents domaines de la vie (travail et loisirs). Même si un trouble psychique, pris séparément, n'est pas invalidant en application de la nouvelle jurisprudence, il doit être pris en considération dans l'appréciation globale de la capacité de travail, qui tient compte des effets réciproques des différentes atteintes. Ainsi, une dysthymie, prise séparément, n'est pas invalidante, mais peut l'être lorsqu'elle est accompagnée d'un trouble de la personnalité notable. Par conséquent, indépendamment de leurs diagnostics, les troubles psychiques entrent déjà en considération en tant que comorbidité importante du point de vue juridique si, dans le cas concret, on doit leur attribuer un effet limitatif sur les ressources (ATF 143 V 418 consid. 8.1). 8. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références). 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 importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3). c. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux.

A/4306/2018 - 13/17 - Selon l'art. 43 al. 1, 1ère phrase LPG, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. Conformément à l'art. 59 al. 2 et 2bis LAI, des services

médicaux régionaux (ci-après : SMR) interdisciplinaires sont à la disposition des offices AI pour évaluer les conditions médicales du droit aux prestations. Ils établissent les capacités fonctionnelles de l'assuré, déterminantes pour l'AI conformément à l'art. 6 LPGA, à exercer une activité lucrative ou à accomplir ses travaux habituels dans une mesure qui peut être raisonnablement exigée de lui. Ils sont indépendants dans l'évaluation médicale des cas d'espèce. Fondé sur les données de son service médical, l'office AI sera en mesure de déterminer les prestations à allouer, lesquelles doivent reposer sur des rapports médicaux satisfaisant aux exigences d'une qualité probante (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1063/2009 du 22 janvier 2010 consid. 4.2.3). Pour effectuer leurs tâches, les SMR peuvent se prononcer sur dossier (art. 59 al. 2 bis LAI et 49 al. 1 RAI) ou examiner les assurés au sein du SMR (art. 49 al. 2 RAI). L'OAI peut également confier à un médecin expert indépendant la charge d'une expertise (art. 59 al. 3 LAI et 44 LPGA). Selon cette dernière disposition, si l'assureur doit recourir aux services d'un expert indépendant pour élucider les faits, il donne connaissance du nom de celui-ci aux parties. Celles-ci peuvent récuser l'expert pour des raisons pertinentes et présenter des contre-propositions. À noter que l'art. 43 al. 2 LPGA prévoit que l'assuré doit se soumettre à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à l'appréciation du cas et qu'ils peuvent être raisonnablement exigés. L'art. 44 LPGA prévoyant les conditions de mise en œuvre d'une expertise externe indépendante ne s'applique pas aux examens médicaux réalisés par les SMR (ATF 135 V 254 consid. 3.4). Cela étant, le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). Dans de telles constellations, il convient toutefois de poser des exigences sévères à l'appréciation des preuves. Une instruction complémentaire sera ainsi requise, s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux versés au dossier par l'assureur (ATF 135 V 465 consid. 4.3 et ss ; ATF 125 V 351 consid. 3b ee ; ATF 123 V 175 consid. 3d ; ATF 122 V 157 consid. 1d ; aussi arrêts du Tribunal fédéral I 143/07 du 14 septembre 2007 consid. 3.3 et 9C_55/2008 du 26 mai 2008 consid. 4.2 avec références, concernant les cas où le service médical n'examine pas l'assuré mais se limite à apprécier la documentation médicale déjà versée au dossier). 9. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance

A/4306/2018 - 14/17 - prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a). 10. En l'espèce, l'intimé s'est fondé sur le rapport des Drs G_____ et H_____ pour octroyer au recourant une rente limitée dans le temps, du 1er novembre 2015 au 31 octobre 2016. À titre liminaire, il y a lieu de relever que les Drs G_____ et H_____ ont réalisé un examen sur la personne au sens de l'art. 49 al. 2 RAI. En tant qu'il a été établi par des médecins du SMR, le rapport du 5 juin 2018 ne constitue pas une expertise au sens de l'art. 44 LPGA, ce qui ne signifie pas pour autant que la valeur probante dudit

document doit être niée d'emblée. Elle doit simplement être examinée conformément aux réquisits jurisprudentiels. En l'occurrence, le rapport précité remplit sur le plan formel la plupart des exigences auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document : il contient un résumé du dossier, une anamnèse détaillée, les indications subjectives du recourant, des observations cliniques, ainsi qu'une discussion générale du cas. a. S'agissant de l'aspect rhumatologique, les médecins ont expliqué de manière convaincante que les atteintes constatées avaient entraîné certaines limitations fonctionnelles ainsi qu'une incapacité de travail jusqu'au 17 août 2016, soit six mois après l'intervention au coude gauche. Cette appréciation n'est pas contestée par le recourant. Dès lors, en application de l'art. 88a al. 1 RAI, il y a lieu de reconnaître au recourant le droit à une rente entière d'invalidité du 1er novembre 2015 au 31 octobre 2016. La décision entreprise sera confirmée sur ce point. b. Le recourant conteste en revanche les conclusions du rapport en tant qu'elles portent sur le volet psychiatrique. En l'occurrence, les médecins du SMR ont retenu un trouble anxio-dépressif mixte et considéré que le recourant n'avait jamais été incapable de travailler. Ils ont justifié leurs conclusions de la manière suivante : « L'assuré ayant déclaré que son état ne s'était pas amélioré depuis ces dernières années, nous remettons en cause le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique, retenu par la Dresse F_____, dans son rapport psychiatrique du 10.10.2016. De la même façon, le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant retenu dans le même rapport n'est pas confirmé à ce jour : il n'existe aucun sentiment de détresse, aucune attitude antalgique, et les symptômes douloureux ressentis par l'assuré sont mis sur le même plan que ses autres

A/4306/2018 - 15/17 - difficultés (nervosité, inquiétudes concernant la situation politique de son pays, irritabilité), et ne constituent donc pas la préoccupation principale de l'assuré. Le 2ème diagnostic retenu est une phobie spécifique, en l'espèce, une acrophobie. Ce diagnostic ne présente pas de caractère incapacitant. Au total, sur le plan psychiatrique, nous devons considérer que l'assuré n'a jamais présenté d'IT durable ». Il ressort donc du rapport du SMR que les Drs G_____ et H_____ ont contesté le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode moyen, incapacitant retenu par la Dresse F_____ dans son rapport du 10 octobre 2016 en se fondant sur la seule affirmation du recourant, selon laquelle son état psychique ne se serait pas amélioré ces dernières années. Ils n'ont à aucun moment discuté le status psychique pourtant détaillé par la Dresse F_____ dans son rapport du 10 octobre 2016 et expliqué pour quels motifs médicaux l'appréciation de la doctoresse ne pouvait être suivie. Certes, au jour de l'examen, le 17 mai 2018, le status psychique du recourant ne permettait peut-être pas de retenir un trouble dépressif récurrent, épisode moyen avec syndrome somatique. Cela ne signifie cependant pas encore que ce diagnostic ne pouvait pas être posé par la Dresse F_____ deux ans auparavant, en octobre 2016. Pour pouvoir remettre en question ce diagnostic, il appartenait aux médecins du SMR de critiquer l'appréciation de la psychiatre précitée. Ils ne pouvaient se limiter à remettre en question ce diagnostic sur la seule base des affirmations du recourant. Les conclusions des médecins du SMR sur l'absence d'incapacité de travail ab initio sont également surprenantes quand on sait que le dosage d'antidépresseurs a été augmenté entre 2016 et 2018. En effet, en 2016, seul du Cymbalta (antidépresseur) à raison de 60 mg une fois par jour avait été prescrit au recourant (voir rapport de la Dresse F_____ du 10 octobre 2016) alors qu'en 2018, le recourant prenait deux types d'antidépresseurs : le Trittico, à raison de 100 mg/jour, et le Duloxetine, qui est un générique du Cymbalta, à raison de 90 mg une fois par jour (voir rapport du SMR du 5 juin 2018). En d'autres termes, entre 2016 et 2018, le

dosage du Cymbalta/Duloxetine a été augmenté de 60 mg par jour à 90 mg par jour et un deuxième antidépresseur, le Trittico, a été prescrit au recourant. Au vu de l'augmentation du dosage des antidépresseurs, les médecins du SMR auraient dû se demander si l'absence, lors de leur examen clinique, d'une symptomatologie dépressive suffisante pour poser le diagnostic retenu par la Dresse F_____ en octobre 2016 n'était pas en réalité due au traitement pris par le recourant. Dans l'affirmative, les médecins du SMR auraient dû se poser la question de l'évolution du trouble psychique depuis 2016. Or, le rapport du SMR ne discute à aucun moment ces points. Pour sa part, l'intimé est d'avis que le trouble psychique dont souffrait le recourant s'est amélioré. En effet, dans son écriture du 28 mars 2019, il a considéré que « les médecins ayant procédé à l'examen de ce dernier [du recourant] (cf. leur rapport du 5 juin 2018) ne se sont pas fondés sur ses seuls dires pour affirmer que l'état de

A/4306/2018 - 16/17 - santé au niveau psychique s'était amélioré. Ils se sont bien plutôt basés sur le status clinique observé et ce conformément aux règles de l'art en la matière ». Force est de constater qu'en mentionnant une amélioration de l'état de santé, l'intimé remet implicitement en question les conclusions du SMR, selon lesquelles le recourant n'a jamais présenté d'incapacité de travail (voir rapport du 5 juin 2018 p. 17 : « Au total, sur le plan psychiatrique, nous devons considérer que l'assuré n'a jamais présenté d'IT durable »). Ce faisant, l'intimé a éprouvé des doutes quant au bien-fondé des conclusions de son SMR. En pareilles circonstances, il lui appartenait de procéder à une instruction complémentaire comme le prescrit la jurisprudence fédérale. En l'absence d'instruction complémentaire, le rapport du 5 juin 2018 ne revêt à l'évidence pas une valeur probante suffisante pour que la chambre de céans puisse s'y référer pour examiner le bien-fondé de la décision querellée s'agissant de la période au-delà du 31 octobre 2016. Les conclusions des médecins du SMR ne sont pas sérieusement motivées et ne permettent pas d'aboutir à des résultats convaincants. Dans ces conditions, la chambre n'a d'autre choix que de renvoyer la cause à l'intimé, à charge pour celui-ci de mettre en œuvre une expertise psychiatrique, laquelle devra notamment se prononcer sur l'évolution de la capacité de travail du recourant sur le plan psychique et ce depuis le dépôt de la demande. Il appartiendra également à l'expert d'examiner le caractère invalidant des troubles psychiques conformément à la grille d'évaluation élaborée par le Tribunal fédéral en 2015 et applicable à tous les troubles psychiques depuis le 30 novembre 2017. Enfin, l'expert nouvellement nommé sera invité à indiquer les motifs pour lesquels il s'écarte, cas échéant, des conclusions des médecins traitants du recourant. 11. Eu égard à ce qui précède, le recours est partiellement admis et la décision du 6 novembre 2018 annulée en tant qu'elle met un terme au versement de la rente d'invalidité dès le 1er novembre 2016. La cause est renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants. Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 1'500.- lui est accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). Au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.- (art. 69 al. 1bis LAI). * * * * *

A/4306/2018 - 17/17 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

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