

# **GE\_GERICHTE ATAS/219/2017 vom 21. März 2017**

GE Cour de justice, 2017-03-21, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_219\\_2017](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_219_2017)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/219/2017 du 21 mars 2017

IT: GE\_GERICHTE ATAS/219/2017 del 21 marzo 2017

## **Erwägungen**

### **E. 1**

a. 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 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, la décision attaquée ayant été rendue en application de la LAI. b. La procédure devant la chambre de céans est régie par les dispositions de la LPGA et celles du titre IVA (soit les art. 89B à 89I) de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA - E 5 10), complétées par les autres dispositions de la LPA en tant que ses articles précités n'y dérogent pas (art. 89A LPA), les dispositions spécifiques que la LAI contient sur la procédure restant réservées (art. 1 al. 1 LAI ; cf. notamment art 69 LAI). Déposé le 25 avril 2016 contre une décision datée du 8 mars 2016, notifiée apparemment par pli simple, reçue au plus tôt le 9 mars 2016, le recours a été interjeté en temps utile, compte tenu du fait que le délai de recours a été suspendu du 20 mars au 3 avril 2016 (soit du 7ème jour avant au 7ème jour après le dimanche de Pâques 27 mars 2016) et que son échéance, tombée dans l'hypothèse d'une notification le 9 mars 2016 sur le samedi 23 avril 2016, a le cas échéant été reportée au lundi 25 avril 2016 (art. 38 al. 3 et 4 let. a et 60 LPGA). Il satisfait aux exigences de forme et de contenu prescrites par l'art. 61 let. b LPGA (cf. aussi art. 89B LPA). Touché par ladite décision et ayant un intérêt digne de protection à son annulation ou sa modification, le recourant a qualité pour recourir contre cette décision (art.59 LPGA). Le recours sera donc déclaré recevable.

### **E. 2**

a. Le recourant fait grief à l'intimé notamment d'avoir violé ses obligations d'instruire suffisamment sa demande de prestations de l'AI. Il sied de rappeler quelques principes régissant la procédure en matière d'assurances sociales, sans préjudice de l'applicabilité, dans cette matière, des garanties constitutionnelles

A/1265/2016 - 11/20 - générales de procédure (art. 29 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 - Cst. - RS 101 ; Andreas AUER / Giorgio MALINVERNI / Michel HOTTELIER, Droit constitutionnel suisse, 3ème éd., 2013, vol. I, n. 1317 ss ; Pierre MOOR / Étienne POLTIER, Droit administratif, vol. II, 2011, p. 311 ; Thierry TANQUEREL, Manuel de droit administratif, 2011, n. 1526 ss). b. La maxime inquisitoire régit la procédure (non contentieuse et contentieuse) en matière d'assurances sociales. L'assureur social (ou, en cas de litige, le juge) établit d'office les faits déterminants, sans préjudice de la collaboration des parties ; il n'est pas lié par les faits allégués et les preuves offertes par les parties ; il doit s'attacher à établir le faits de manière correcte, complète et objective (art. 43 et 61 let. c LPGA ; Ghislaine FRÉSARD-FELLAY,

Procédure et contentieux, in Ghislaine FRÉSARD-FELLAY / Bettina KAHIL-WOLFF / Stéphanie PERRENOUD, Droit suisse de la sécurité sociale, vol. II, 2015, n. 27 ss ; Ueli KIESER, ATSG Kommentar, 3ème éd., 2015, n. 13 ss ; Michel VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants et de l'assurance-invalidité. Commentaire thématique, 2011, n. 2623 et 2862 ss). En matière d'AI, la législation prévoit notamment que les offices AI ont, au nombre de leurs attributions, celle de se prononcer sur le droit des assurés aux prestations de l'AI (art. 57 LAI), dont celle d'évaluer l'invalidité (art. 57 let. f LAI), et qu'il leur faut s'organiser de manière à remplir leurs tâches avec compétence et efficacité, dans le respect du droit (art. 59 al. 1 LAI), notamment en mettant en place des services médicaux régionaux interdisciplinaires (art. 59 al. 2 LAI), à leur disposition pour évaluer les conditions médicales du droit aux prestations (art. 59 al. 2bis LAI). À propos de l'instruction des demandes, l'art. 69 al. 2 et 3 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201) précise notamment que les offices AI réunissent les pièces nécessaires, en particulier sur l'état de santé des requérants, leur activité, leur capacité de travail et leur aptitude à être réadaptés ; ils peuvent exiger des rapports ou des renseignements, des expertises ou des enquêtes sur place, convoquer les assurés à des entretiens. De leur côté, les parties ont l'obligation d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués ; à défaut, elles s'exposent à devoir supporter les conséquences de l'absence de preuve (art. 28 LPGA ; ATF 125 V 193 consid. 2 ; 122 V 157 consid. 1a ; 117 V 261 consid. 3b et les références). Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a ; 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst (SVR 2001 IV n. 10

A/1265/2016 - 12/20 - p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d). c. Comme l'administration, le juge des assurances sociales apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles (art. 61 let. c in fine LPGA ; cf. aussi consid. 4c). Il 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 (Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, op. cit., n. 78). d. Quant au degré de preuve requis, le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit 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 ; 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 193 consid. 2 et les références). Il n'existe 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 ; Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, op. cit., n. 81 ss).

### **E. 3**

Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1 ; 127 V 467 consid. 1 et les références ; concernant la procédure, à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur [ATF 117 V 93 consid. 6b ; 112 V 360 consid. 4a ; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b]). S'agissant de la LAI, dès lors que la demande de prestations de l'AI est intervenue en l'espèce le 17 décembre 2014 et que, de façon non contestée, le droit revendiqué à une rente d'invalidité ne peut avoir pris naissance au plus tôt avant l'échéance d'un délai de six mois à compter de cette date (art. 29 al. 1 LAI), le droit applicable est en l'espèce le droit actuellement en vigueur, résultant de la dernière révision de la LAI, dite 6a du 18 mars 2011, entrée en vigueur le 1er janvier 2012. Au demeurant, à l'instar d'ailleurs des révisions précédentes de la LAI – à savoir celles des 21 mars 2003 [4ème révision] et 6 octobre 2006 [5ème révision], entrées en vigueur respectivement les 1er janvier 2004 et 1er janvier 2008 –, ladite révision 6a n'a pas amené de modifications substantielles en particulier en matière d'évaluation de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.249/05 du 11 juillet 2006 consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322). S'agissant des dispositions de la LPGA, qui s'appliquent à l'assurance-invalidité à moins que la loi n'y déroge expressément (art. 1 al. 1 LAI), il sied de préciser qu'à l'instar de la LPGA elle-même dans son ensemble, elles consacrent, en règle

A/1265/2016 - 13/20 - générale, une version formalisée sur le plan de 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).

#### **E. 4**

a. L'octroi d'une rente d'invalidité suppose que la capacité de l'assuré de réaliser un gain ou d'accomplir ses travaux habituels ne puisse pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, que l'assuré ait présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable, et qu'au terme de cette année il soit invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI), la rente d'invalidité alors allouée étant un quart de rente, une demie rente, un trois quarts de rente ou une rente entière selon que le taux d'invalidité est, respectivement, de 40 à 49 %, de 50 à 59 %, de 60 à 69 % ou de 70 % ou plus (art. 28 al. 2 LAI). Quant à lui, l'octroi de mesures de réadaptation, destinées aux assurés invalides ou menacés d'invalidité (art. 8 al. 1 in initio LAI), suppose qu'elles soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer la capacité de gain desdits assurés ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels – sous réserve, selon l'art. 8 al. 2 LAI, des mesures médicales nécessaires au traitement des maladies congénitales (art. 13 LAI) et des moyens auxiliaires (art. 21 LAI) – et que les conditions propres à chacune de ces mesures soient par ailleurs remplies (art. 8 al. 1 LAI ; Pierre-Yves GREBER, L'assurance-vieillesse, survivants et invalidité, in Pierre-Yves GREBER / Bettina KAHIL-WOLFF / Ghislaine FRÉSARD-FELLAY / Romolo MOLO, Droit suisse de la sécurité sociale, vol. I, 2010, n. 242 ss, 254 ss, 257 ss). Les deux types de prestations (rente et mesures de réadaptation) font référence à la notion d'invalidité. b. 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 art. 4 al. 1 LAI). L'incapacité de gain représente quant à elle 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 sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). 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 (art. 7 al. 2 LPGA). Pour les personnes sans activité rémunérée, qui sont aussi couvertes par la LAI, la loi consacre une conception particulière de l'invalidité, qui substitue la capacité de travail à la capacité de gain ; est déterminant l'empêchement, causé par l'atteinte à la santé, d'accomplir les travaux habituels, comme la tenue du ménage, l'éducation des enfants, les achats (art. 8 al. 3 LPGA, auquel renvoie l'art. 5 al. 1 LAI).

A/1265/2016 - 14/20 - 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 pas à elle seule déterminante ; elle n'est 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 ou, si une sphère ménagère doit être prise en compte, sur sa capacité d'accomplir les travaux habituels (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1 ; Pierre-Yves GREBER, L'assurance-vieillesse, survivants et invalidité, in Pierre-Yves GREBER / Bettina KAHIL-WOLFF / Ghislaine FRÉSARD-FELLAY / Romolo MOLO, Droit suisse de la sécurité sociale, vol. I, 2010, n. 156 ss, 160 ss). Si l'invalidité est une notion juridique mettant l'accent sur les conséquences économiques d'une atteinte à la santé, elle n'en comprend pas moins un aspect médical important, puisqu'elle doit résulter d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique. Aussi est-il indispensable, pour qu'ils puissent se prononcer sur l'existence et la mesure d'une invalidité, que l'administration ou le juge, sur recours, disposent de documents que des médecins, éventuellement d'autres spécialistes, doivent leur fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé de l'assuré et à indiquer si, dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, du fait de ses atteintes à sa santé, incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références). c. Sans remettre en cause la liberté d'appréciation revenant à l'administration et, sur recours, au juge (art. 61 let. c in fine LPGA ; art. 20 al. 1 phr. 2 LPA), le Tribunal fédéral a établi des règles sur la portée probatoire des divers types de rapports médicaux, qui – tant dans une procédure initiale que dans une procédure de révision – doivent étayer les conclusions à tirer quant à l'existence, la nature, l'intensité et les effets d'atteintes à la santé. c/aa. 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 du médecin soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3). c/bb. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet

pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

A/1265/2016 - 15/20 - Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPG) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales, et ils ne sont pas dépourvus de toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_274/2015 du 4 janvier 2016 consid. 4.1.2 ; 9C\_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées). On ne peut cependant se fonder sur une appréciation du SMR que si celle-ci remplit les conditions relatives à la valeur probante des rapports médicaux. Il faut en particulier qu'elle prenne en compte l'anamnèse, décrive la situation médicale et ses conséquences, et que ses conclusions soient motivées. Les médecins du SMR doivent également disposer des qualifications personnelles et professionnelles requises par le cas (ATF 125 V 351 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_323/2009 du 14 juillet 2009 consid. 4.3.1 et les références citées). Il convient en général de se montrer réservé par rapport à une appréciation médicale telle que celle rendue par le SMR, dès lors qu'elle ne repose pas sur des observations cliniques auxquelles l'un de ses médecins aurait personnellement procédé, mais sur une appréciation fondée exclusivement sur les informations versées au dossier (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_310/2015 du 15 janvier 2016 consid. 6.2 ; 9C\_25/2015 du 1er mai 2015 consid. 4.1 ; 9C\_578/2009 du 29 décembre 2009 consid. 3.2 in fine). En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin-traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). c/cc. En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est, de manière générale, pas nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_615/2015 du 12 janvier 2016 consid. 6.2 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on

A/1265/2016 - 16/20 - ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins-traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_369/2008 du 5 mars 2009 consid.

2.2). De même, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, 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 surexpertise 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 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

## **E. 5**

a. En l'espèce, il appert que l'intimé a arrêté sa position, s'écartant de celle du médecin traitant, sur la base d'un avis médical du SMR exprimé en quelques lignes et émanant d'une pédiatre n'ayant pas ausculté le recourant. Sans doute un autre médecin du SMR, dont il n'est pas même allégué qu'il serait spécialiste d'un des domaines médicaux ici pertinents (et en tout cas pas de celui de la psychiatrie), a émis un avis médical à la suite des objections que le recourant avait émises à l'encontre du projet de décision lui ayant été communiqué par l'intimé ; force est toutefois de dire que cet avis médical se borne, en même pas quatre lignes, à affirmer que le nouveau rapport médical du médecin traitant produit à l'appui desdites objections ne contenait – selon lui – pas d'éléments médicaux susceptibles de modifier les conclusions du premier avis médical, précité, émis par le SMR. Et l'intimé a indiqué se fonder sur cet avis médical pour confirmer sa position annoncée dans son projet de décision. Sans doute le Tribunal fédéral a-t-il indiqué, dans un passage du consid. 3.2 de l'arrêt 9C\_149/2008 du 27 octobre 2008, que le fait qu'un médecin ne soit pas titulaire d'une spécialisation en psychiatrie ne justifie pas en soi d'écarter son avis, puisqu'un médecin, quelle que soit sa spécialisation, est en principe en mesure d'émettre un avis sur la cohérence d'un rapport d'un confrère. Cette phrase n'en doit pas moins être lue dans le contexte dudit considérant, par lequel le Tribunal fédéral a avalisé le fait que la juridiction cantonale avait écarté l'avis du SMR. Par ailleurs et surtout, le Tribunal fédéral n'a nullement infléchi, par cet arrêt, la jurisprudence selon laquelle, d'une part, les médecins du SMR doivent disposer des qualifications personnelles et professionnelles requises par le cas (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_323/2009 du 14 juillet 2009 consid. 4.3.1, I 142/07 du 20 novembre 2007

A/1265/2016 - 17/20 - consid. 3.2.3 et I 362/06 du 10 avril 2007 consid. 3.2.1), et d'autre part ne sauraient émettre de rapports médicaux ayant pleine force probante s'ils ne reposent pas sur des observations cliniques auxquelles au moins un médecin du SMR aurait procédé personnellement (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_310/2015 du 15 janvier 2016 consid. 6.2 ; 9C\_25/2015 du 1er mai 2015 consid. 4.1 ; 9C\_578/2009 du 29 décembre 2009 consid. 3.2 in fine). Or, en l'espèce, non seulement il n'est pas même allégué ni a fortiori démontré par l'intimé que les deux médecins de son SMR s'étant prononcés avant que l'intimé n'arrête sa position avaient les qualifications professionnelles requises pour le cas du recourant, mais aussi il est constant que ni l'un ni l'autre n'ont procédé personnellement à des observations cliniques du recourant. Il en va de même, s'agissant à tout le moins de ce second point, des médecins du SMR ayant émis un avis médical sur les rapports médicaux produits par le recourant en cours de procédure contentieuse. Il apparaît que les deux avis médicaux

ultérieurs du SMR ont visé à tenter rétroactivement de justifier les deux premiers. b. De surcroît, aucun des différents rapports du SMR figurant au dossier – à commencer par les deux avis médicaux très sommaires antérieurs à la prise de la décision attaquée – ne remplissent les conditions permettant d'accorder valeur probante à des rapports médicaux, exigence qui vaut aussi pour des avis médicaux du SMR. En effet, ils ne comportent pas d'étude fouillée, ne se fondent pas sur des examens complets, n'apparaissent pas établis en pleine connaissance de cause du dossier et de l'anamnèse, et ne discutent pas d'éventuelles interactions entre des atteintes à la santé physique et psychique. Ils se résument pour l'essentiel en l'affirmation d'atteintes à la santé somatique non invalidantes dans une activité adaptée et la négation d'une atteinte à la santé psychique. Or, déjà dans ses rapports médicaux des 18 janvier et 21 juin 2015, le médecin traitant avait retenu des diagnostics relevant d'atteintes non seulement à la santé physique mais aussi à la santé psychique. Cela ne suffisait certes pas pour que l'intimé retienne une atteinte à la santé psychique incapacitante, mais cela devait le conduire à faire porter ses investigations de façon plus approfondie sur le volet psychiatrique, même si ce n'est qu'ultérieurement, en cours de procédure contentieuse, qu'est ressorti le fait que le recourant avait déjà eu antérieurement, entre 2006 et 2007, des atteintes qualifiées d'épisodes dépressifs d'intensité moyenne à sévère par un psychiatre. Peu importe, par ailleurs, que ce ne soit qu'après le dépôt de son recours que le recourant est allé consulter une psychiatre ; cette dernière a fait état d'un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique et d'une personnalité paranoïaque, troubles dont elle a en outre affirmé un caractère incapacitant remontant à 2014, donc bien avant la prise de la décision attaquée. S'il ne suffit pas à lui seul à convaincre de l'existence d'une atteinte à la santé incapacitante au moment où la décision attaquée a été rendue, l'avis de cette psychiatre renforce le constat d'une instruction insuffisante du dossier.

A/1265/2016 - 18/20 - c. Il s'avère d'ailleurs que la Dre J\_\_\_\_\_ s'est trompée en affirmant, dans son avis médical du 12 décembre 2016, que le recourant n'avait jamais été suivi par un psychiatre, et qu'elle a par ailleurs été bien hâtive de dire que la psychiatre faisait mention d'un accident professionnel ne ressortant pas du dossier, sans voir – ainsi que cela ressortait pourtant d'un rapport du 7 novembre 2005 du médecin traitant (joint au rapport de ce dernier du 25 janvier 2016) – qu'il y avait eu ou devoir y avoir eu un dossier ouvert auprès de la SUVA et, en tout état, que ladite psychiatre visait le contexte professionnel (sinon stricto sensu un accident professionnel) dans le cadre duquel les atteintes à la santé physique du recourant s'étaient déclenchées. Sans doute que ledit médecin n'a pas été consciente de la réalité contraire, sur ces deux points. Cela ne conduit pas pour autant à accorder du crédit à sa conclusion que le recourant n'avait jamais eu le cas échéant qu'un trouble anxio-dépressif de nature réactionnelle à la prise de la décision attaquée et qu'il n'y avait pas matière à reconnaître une aggravation de l'état de santé du recourant. Il démontre plutôt les risques d'erreurs liés à une instruction insuffisante d'un dossier, sur le plan médical s'agissant déjà du SMR, comme possiblement sur le plan des conséquences à en déduire pour l'intimé. d. Enfin, il est possible que l'attitude peu coopérante du recourant dans le cadre de la mesure d'orientation et d'aide au placement que l'intimé lui avait accordée a desservi sa cause. Le manque de motivation et d'investissement en question doit assurément rendre prudent dans l'évaluation de la situation médicale et, sous l'angle de l'AI, juridique du recourant, mais il n'en doit pas moins être mis en perspective d'éventuels troubles psychiques que celui-ci paraît présenter.

## **E. 6**

En conclusion, le grief du recourant tiré d'une violation de la maxime d'office est bien fondé. Il n'y a pas lieu de remédier aux carences considérées de l'instruction dans le cadre de la procédure de recours, que ce soit par le biais de l'audition des médecins traitants et de ceux du SMR ou celui d'une expertise. L'instruction doit se faire fondamentalement par et devant l'intimé, au surplus sur des bases actualisées. Cela ne signifie pas forcément qu'une expertise médicale pluridisciplinaire doive être ordonnée par l'intimé. Au présent stade du dossier, la chambre de céans n'exclut pas que seul un examen psychiatrique, voire une expertise psychiatrique du recourant puisse suffire, pour autant que les atteintes actuelles à la santé physique du recourant puissent être considérées comme dûment établies et que les interactions entre les différentes atteintes, le cas échéant somatiques et psychiques, apparaissent claires. C'est à l'intimé que reviendra la responsabilité d'en décider.

#### **E. 7**

a. La chambre de céans admettra donc partiellement le recours, annulera la décision attaquée et renverra la cause à l'intimé pour instruction complémentaire puis nouvelle décision. b. La procédure n'étant pas gratuite en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances

A/1265/2016 - 19/20 - (donc la chambre de céans), en dérogation à l'art. 61 let. a LPGA (art. 69 al. 1bis phr. 1 LAI), il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument, arrêté en l'espèce à CHF 200.- (art. 69 al. 1bis phr. 2 in fine LAI).

#### **E. 8**

Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 600.- lui sera 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 procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). \* \* \* \* \*

A/1265/2016 - 20/20 - 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.