

# **GE\_GERICHTE ATAS/351/2026 vom 27. April 2026**

GE Cour de justice, 2026-04-27, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_351\\_2026](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_351_2026)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/351/2026 du 27 avril 2026

IT: GE\_GERICHTE ATAS/351/2026 del 27 aprile 2026

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

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 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.

### **E. 1.2**

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.

A/4305/2024 - 11/29 - La procédure devant la chambre de céans est ainsi régie par les dispositions de la LPGA et de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 (LPA – E 5 10). Selon l'art. 60 LPGA, le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision (al. 1). Les art. 38 à 41 sont applicables par analogie. Aux termes de l'art. 39 al. 1 LPGA, les écrits doivent être remis au plus tard le dernier jour du délai à l'assureur ou, à son adresse, à La Poste suisse ou à une représentation diplomatique ou consulaire suisse. Selon l'art. 30 LPGA, tous les organes de mise en œuvre des assurances sociales ont l'obligation d'accepter les demandes, requêtes ou autres documents qui leur parviennent par erreur. Ils en enregistrent la date de réception et les transmettent à l'organe compétent (art. 30 LPGA). Bien que cela ne ressorte pas expressément de la lettre de l'art. 30 LPGA, le caractère obligatoire de la transmission suppose implicitement que l'autorité qui procède à cette dernière ne soit pas compétente pour le traitement de l'acte reçu. En effet, si une autorité est compétente – et si les autres conditions requises pour statuer sont remplies –, elle a non seulement le droit, mais aussi le devoir de se saisir de l'affaire. Une fois que cette transmission a eu lieu, l'assuré qui ne s'est pas opposé à la transmission de l'affaire à l'autorité judiciaire est censé avoir accepté une telle transmission. En particulier, il n'a pas la possibilité de faire valoir, plusieurs années après que le Tribunal a statué, que son écriture ne constituait pas un recours, mais une nouvelle demande (Christian MEYER/ Philipp EGLI, in Kieser, Kradolfer, Lendfers [éd.], ATSG-Kommentar, 5e éd. 2024, n. 15 et 17 ad art. 30 LPGA et la référence à l'arrêt du Tribunal fédéral des assurances du 1er juillet 1988, publié in RCC 1988, p. 653). L'art. 57a LAI dispose qu'au moyen d'un préavis, l'office AI communique à l'assuré toute décision finale qu'il entend prendre au sujet d'une demande de prestations, ou au sujet de la suppression ou de la réduction d'une prestation déjà allouée ainsi que toute décision qu'il entend prendre au sujet d'une suspension à titre provisionnel des prestations. L'assuré a le droit d'être entendu, conformément à l'art. 42 LPGA (al. 1). Les parties peuvent faire part de leurs observations concernant le préavis dans un délai de 30 jours (al. 3). Il n'existe

aucun recours contre un préavis de l'office AI. N'étant pas constitutif d'une décision, un tel préavis n'est donc pas sujet à recours (cf. art. 56 LPGA ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_565/2020 du 17 mars 2021 consid. 2.5.1 ; Christian MEYER/ Philipp EGLI, op. cit., n. 25 ad art. 56 LPGA).

### **E. 1.3**

En l'espèce, l'intimé a certes rendu une décision de refus de prestations le 23 décembre 2024, mais il a apparemment assimilé par erreur le courrier du 20 décembre 2024 – posté dans le délai imparti mais reçu le 26 décembre 2024 – à un recours contre la décision du 23 décembre 2024 et transmis cette décision ainsi que les observations du 20 décembre 2024 à la chambre de céans pour raison de

A/4305/2024 - 12/29 - compétence. Les déterminations du 21 mars 2025, dans lesquelles le recourant indique compléter « le recours interjeté », montrent toutefois que celui-ci entérine l'assimilation faite par l'OAI, si bien que la chambre de céans est bel et bien saisie d'un recours contre la décision du 23 décembre 2024. Pour le surplus, le courrier du 20 décembre 2024, comporte un exposé des faits et des motifs du désaccord avec le « projet de décision » (i.e. : la décision du 23 décembre 2024) ainsi que des conclusions portant sur l'octroi d'une rente entière et la réalisation d'une nouvelle expertise. Ce recours respecte ainsi les formes prescrites (art. 60 et 61 let. b LPGA) et doit être considéré comme ayant été formé en temps utile. Il s'ensuit qu'il est recevable.

### **E. 2**

Dans la mesure où la décision du 23 décembre 2024 a été rendue sans que l'OAI se détermine sur les observations du 20 décembre 2024, il convient d'examiner en premier lieu si la violation du droit d'être entendu qui en découle est grave au point de justifier en soi une annulation de cette décision.

#### **E. 2.1**

Le droit d'être entendu (art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 - Cst. - RS 101), dont la jurisprudence a déduit en particulier le droit pour le justiciable de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 136 I 265 consid. 3.2; 135 II 286 consid. 5.1; 132 II 485 consid. 3.2; 132 V 368 consid. 3.1), est une garantie constitutionnelle de caractère formel, dont la violation doit entraîner l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond (ATF 132 V 387 consid. 5.1; 127 V 431 consid. 3d/aa). Pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière, la violation du droit d'être entendu est réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 132 V 387 consid. 5.1 et les arrêts cités). Au demeurant, la réparation d'un vice éventuel ne doit avoir lieu qu'exceptionnellement (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_205/2013 du 1er octobre 2013 consid. 1.1 et les arrêts cités). On précisera néanmoins que même dans l'hypothèse où la violation du droit d'être entendu serait d'une gravité particulière, un renvoi de la cause à l'administration dans le sens d'une réparation du droit d'être entendu ne saurait entrer en considération, si et dans la mesure où le renvoi conduit formellement à un temps mort et ainsi à des retards inutiles, incompatibles avec l'intérêt du justiciable à un jugement expéditif de la cause (ATF 132 V 387 consid. 5.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_205/2013 précité, consid. 1.3).

## **E. 2.2**

En l'occurrence, le fait que l'intimé ait rendu la décision litigieuse sans prendre en compte le résultat de la procédure d'audition constitue une violation du droit d'être entendu du recourant, raison pour laquelle il est nécessaire d'examiner si celle-ci peut être réparée devant la chambre de céans, qui est dotée d'un plein pouvoir d'examen en fait et en droit. Dans sa réponse du 5 février 2025, l'intimé s'est déterminé sur les moyens soulevés dans l'écriture du 20 décembre 2024. Pour sa part, le recourant a pu

A/4305/2024 - 13/29 - prendre position à ce sujet dans le cadre d'un deuxième échange d'écritures. En outre, en ayant pu prendre connaissance du projet de décision du 16 septembre 2024 et de la décision du 26 septembre 2024 (annulée, car prématurée, mais correspondant en tous points à la décision du 23 décembre 2024), le recourant a eu accès à toutes les pièces ayant fondé la position de l'intimé. De la sorte, il a pu développer une argumentation circonstanciée et a donc été en mesure de recourir utilement. Le recourant ne développe au demeurant aucun argument pour affirmer que tel n'aurait pas été le cas. Dans ses déterminations du 21 mars 2025, il précise d'ailleurs vouloir simplement compléter son recours, sans invoquer le caractère prématuré de la décision du 23 décembre 2024. Vu le souci d'économie de procédure que le recourant exprime par ce biais, une annulation de la décision du 23 décembre 2024 pour violation du droit d'être entendu apparaîtrait en tout état disproportionnée. Aussi convient-il de considérer que la violation de ce droit – dont il n'est pas nécessaire de qualifier la gravité (cf. ci-dessus : consid. 2.1) – a été guérie devant la chambre de céans.

## **E. 3**

Il convient en conséquence d'examiner le fond du litige et d'en préciser tout d'abord l'objet.

### **E. 3.1**

L'objet du litige est le rapport juridique qui – dans le cadre de l'objet de la contestation déterminé par la décision – constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet effectivement attaqué. D'après cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige sont identiques lorsque la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais non pas dans l'objet du litige (ATF 131 V 164 consid. 2.1 ; 125 V 413 consid. 1b et 2 et les références citées). Les questions qui – bien qu'elles soient visées par la décision administrative et fassent ainsi partie de l'objet de la contestation – ne sont plus litigieuses, d'après les conclusions du recours, et qui ne sont donc pas comprises dans l'objet du litige, ne sont examinées par le juge que s'il existe un rapport de connexité étroite entre les points non contestés et l'objet du litige (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_197/2007 du 27 mars 2008 consid. 1.2 et les références).

### **E. 3.2**

En l'espèce, la décision querellée nie au recourant aussi bien le droit à des mesures d'ordre professionnel que celui à une rente d'invalidité. Cela étant, le recours dont est saisie la chambre de céans ne concerne que le droit à une rente d'invalidité – qui est donc seul litigieux.

### **E. 4.1**

Le 1er janvier 2022, sont entrées en vigueur les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705) ainsi que celles du 3 novembre 2021 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI – RS 831.201 ; RO 2021 706).

A/4305/2024 - 14/29 - En cas de changement de règles de droit, la législation applicable est 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, sous réserve de dispositions particulières de droit transitoire (ATF 136 V 24 consid. 4.3 et la référence).

#### **E. 4.2**

En l'occurrence, la décision querellée porte sur l'octroi d'une rente dont le droit est né postérieurement au 31 décembre 2021, de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur nouvelle teneur.

#### **E. 5.1**

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). L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40% au moins (art. 28 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 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 I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

#### **E. 5.2**

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 127 V 294 consid. 4c ; 102 V 165 consid. 3.1 ; VSI 2001 p. 223 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les

A/4305/2024 - 15/29 - règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, telle la classification internationale des maladies (ci-après : CIM) ou le DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual) (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 ; 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 ; 130 V 396 consid. 5.3 et 6). Dans l'ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a revu et modifié en profondeur le schéma d'évaluation de la capacité de travail, respectivement de l'incapacité de travail, en cas de syndrome douloureux somatoforme et d'affections psychosomatiques comparables. Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'un catalogue d'indicateurs (ATF 141 V 281 consid. 4). Le Tribunal fédéral a ensuite étendu ce nouveau schéma d'évaluation aux autres affections psychiques ou psychosomatiques et aux syndromes de dépendance (ATF 148 V 49 ; 145 V 215 ; 143 V 418 ; 143 V 409). Aussi, le caractère invalidant d'atteintes à la santé psychique doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance du trouble psychique à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 143 V 409 consid. 4.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_265/2023 du 19 août 2024 consid. 3.2). L'organe chargé de l'application du droit doit, avant de procéder à l'examen des indicateurs, analyser si les troubles psychiques dûment diagnostiqués conduisent à la constatation d'une atteinte à la santé importante et pertinente en droit de l'AI, c'est-à-dire qui résiste aux motifs dits d'exclusion tels qu'une exagération ou d'autres manifestations d'un profit secondaire tiré de la maladie (ATF 141 V 281 consid. 2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_756/2018 du 17 avril 2019 5.2.2 et la référence). Ainsi, selon la jurisprudence, en cas de troubles psychiques, la capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant 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 incapacitants et, d'autre part, des potentiels de compensation (ressources) (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). L'accent doit ainsi être mis sur les ressources qui peuvent compenser le poids de la douleur et favoriser la capacité d'exécuter une tâche ou une action (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_111/2016 du 19 juillet 2016 consid. 7 et la référence). Il y a lieu de se fonder sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4).

A/4305/2024 - 16/29 - Catégorie « Degré de gravité fonctionnel » (ATF 141 V 281 consid. 4.3). Complexe « Atteinte à la santé » (consid. 4.3.1). Expression des éléments pertinents pour le diagnostic (consid. 4.3.1.1), succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à cet égard (consid. 4.3.1.2), comorbidités (consid. 4.3.1.3). Complexe « Personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles ; consid. 4.3.2). Complexe « Contexte social » (consid. 4.3.3). Catégorie « Cohérence » (aspects du comportement ; consid. 4.4). Limitation uniforme du niveau d'activité dans tous les domaines comparables de la vie (consid. 4.4.1), poids des souffrances révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation (consid. 4.4.2). Les indicateurs appartenant à la catégorie « degré de gravité fonctionnel » forment le socle de base pour l'évaluation des troubles psychiques (ATF 141 V 281 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.2).

### **E. 5.3**

Le point de départ de l'évaluation prévue pour les troubles somatoformes douloureux (ATF 141 V 281), les troubles dépressifs (ATF 143 V 409), les autres troubles psychiques (ATF 143 V 418) et les troubles mentaux du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives (ATF 145 V 215) 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 (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1), mais également si la pathologie diagnostiquée présente un degré de gravité susceptible d'occasionner des limitations dans les fonctions de la vie courante (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_551/2019 du 24 avril 2020 consid. 4.1 et la référence). Selon le Tribunal fédéral, dans tous les cas, l'administration et, en cas de recours, le juge, doivent examiner si et dans quelle mesure les experts ont suffisamment et de manière compréhensible étayé leur évaluation de l'incapacité de travail, en tenant compte des indicateurs pertinents (questions de preuve). À cette fin, les experts doivent établir un lien avec la partie précédente de l'expertise médico-psychiatrique (avec extraits du dossier, anamnèse, constatations, diagnostics, etc.), c'est-à-dire qu'ils doivent se référer en détails aux résultats médico-psychiatriques des examens et explorations cliniques menés dans les règles de l'art qui relèvent de leur compétence. Le médecin doit donc exposer de manière détaillée les raisons médico-psychiatriques pour lesquelles les éléments constatés sont susceptibles de restreindre la capacité fonctionnelle et les ressources psychiques en termes qualitatifs, quantitatifs et temporels (ATF 143 V 418 consid. 6). À titre d'exemple, dans le cadre de troubles dépressifs récurrents de degrés légers à modérés qui sont souvent au premier plan

A/4305/2024 - 17/29 - dans l'examen de l'invalidité au sens de l'AI, cela signifie qu'il ne suffit pas que l'expert psychiatre déduise directement de l'épisode dépressif diagnostiqué une incapacité de travail, quel qu'en soit le degré ; il doit bien plutôt démontrer si et dans quelle mesure les constatations qu'il a faites (tristesse, désespoir, manque de dynamisme, fatigue, troubles de la concentration et de l'attention, diminution de la capacité d'adaptation, etc.), limitent la capacité de travail, en tenant compte - à des fins de comparaison, de contrôle et de plausibilité - des autres activités personnelles, familiales et sociales de la personne requérant une rente. Si les experts s'acquittent de cette tâche de manière convaincante, en tenant compte des éléments de preuve établis par l'ATF 141 V 281, l'évaluation des répercussions de l'atteinte psychique sera également valable du point de vue des organes chargés de l'application du droit, que ce soit l'administration ou le juge. À défaut, il se justifie, juridiquement, de s'en écarter (ATF 145 V 361 consid. 4.3 et la référence). En fin de compte, la question décisive est toujours celle des répercussions fonctionnelles d'un trouble. La preuve d'une incapacité de travail de longue durée et significative liée à l'état de santé ne peut être considérée comme rapportée que si, dans le cadre d'un examen global, les éléments de preuve pertinents donnent une image cohérente de l'existence de limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation invalidante de la capacité de travail n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_423/2019 du 7 février 2020 consid. 3.2.2 et les références).

### **E. 6.1**

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 (ATF 122

V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1). 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. Dans le cas des maladies psychiques, les indicateurs sont importants pour évaluer la capacité de travail, qui – en tenant compte des facteurs incapacitants externes d'une part et du potentiel de compensation (ressources) d'autre part –, permettent d'estimer la capacité de travail réellement réalisable (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_286/2020 du 6 août 2020 consid. 4 et la référence).

### **E. 6.2**

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge

A/4305/2024 - 18/29 - 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 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3). Il faut en outre que le médecin dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les références).

### **E. 6.3**

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

### **E. 7.1**

L'art. 44 LPGA, modifié au 1er janvier 2022, règle le recours par l'administration à une expertise médicale. Cette disposition ne règle cependant pas de manière exhaustive le droit de l'expertise et le Tribunal fédéral a été amené à préciser sa portée (Jacques Olivier FIGUET, in Commentaire romand de la LPGA, 2025, n° 6 ad art. 44 LPGA). Aux termes de l'art. 44 al. 1 LPGA, si l'assureur juge une expertise nécessaire dans le cadre de mesures d'instruction médicale, il peut ordonner notamment une expertise monodisciplinaire. L'art. 44 al. 2 LPGA précise que si l'assureur doit recourir aux services d'un ou de plusieurs

experts indépendants pour élucider les faits dans le cadre d'une expertise, il communique leur nom aux parties. Les parties peuvent récuser les experts pour les motifs indiqués à l'art. 36 al. 1 LPGA, et présenter des contre-propositions dans un délai de dix jours. Si, malgré la demande de récusation, l'assureur maintient son choix du ou des experts pressentis, il en avise les parties par une décision incidente (art. 44 al. 4 LPGA). L'art. 7m de l'ordonnance sur la partie générale du droit des assurances sociales du

## **E. 7.2**

Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, par expert au sens de l'art. 44 LPGA, il faut comprendre celui qui (en tant que sujet mandaté) effectue une expertise et en porte la responsabilité. Il s'agit d'une part du sujet qui est mandaté pour l'expertise et, d'autre part, de la personne physique qui élabore l'expertise (ATF 146 V 9 consid. 4.2.1 et les références). En sa qualité de mandant, l'assureur a droit à ce que l'expertise soit effectuée par la personne mandatée. La substitution ou le transfert (même partiel) du mandat à un autre spécialiste suppose en principe l'autorisation de l'organe ou de la personne qui a mis en oeuvre l'expertise. L'obligation d'exécuter personnellement le mandat d'expertise n'exclut cependant pas que l'expert recoure à l'assistance d'un auxiliaire (« Hilfsperson »), qui agit selon ses instructions et sous sa surveillance, pour effectuer certaines tâches secondaires, par exemple assurer des tâches techniques (analyses) ou des travaux de recherche, de rédaction, de copie ou de contrôle. Une telle assistance fournie par un tiers compétent pour des tâches secondaires est admissible sans qu'on puisse y voir une substitution du mandataire soumis à l'accord de l'assureur, pour autant que la responsabilité de l'expertise, en particulier la motivation et les conclusions de celle-ci ainsi que la réponse aux questions d'expertise, reste en mains de l'expert mandaté. Il est en effet essentiel

A/4305/2024 - 20/29 - que l'expert mandaté accomplisse personnellement les tâches fondamentales d'une expertise médicale en droit des assurances, puisqu'il a été mandaté précisément en raison de son savoir, de ses connaissances scientifiques spécifiques et de son indépendance. Font ainsi notamment partie des tâches fondamentales d'expertise, qui ne peuvent être déléguées, la prise de connaissance du dossier dans son ensemble et son analyse critique, l'examen de la personne soumise à l'expertise ou le travail intellectuel de réflexion portant sur l'appréciation du cas et les conclusions qui peuvent être tirées, cas échéant dans le cadre d'une discussion interdisciplinaire (ATF 146 V 9 consid. 4.2.2 et les références citées). Il ressort de ces principes posés par la jurisprudence en relation avec l'art. 44 LPGA, tant sous l'angle des droits de participation de l'assuré que des exigences en matière de substitution de l'expert mandaté, que l'obligation de communiquer le nom des médecins mandatés préalablement à l'expertise, respectivement le droit de l'assuré de connaître ce nom, concerne la personne qui est chargée par l'assurance-invalidité d'effectuer l'expertise. Cette obligation ne s'étend pas au nom du tiers qui assiste l'expert pour des activités annexes ne faisant pas partie des tâches fondamentales d'expertise. Ainsi, le nom de la tierce personne qui assiste l'expert en effectuant des analyses médicales (p. ex. une prise de sang) n'a pas à être communiqué. On ne saurait en revanche considérer comme un simple auxiliaire accomplissant une tâche secondaire le médecin qui est chargé par l'expert d'établir l'anamnèse de base de la personne soumise à l'expertise, d'analyser et de résumer le dossier médical ou de relire le rapport pour vérifier la pertinence de ses conclusions. L'activité intellectuelle déployée par le médecin dans ces situations peut en effet avoir une influence sur le résultat de l'expertise. Par exemple, la démarche consistant à établir le résumé du dossier médical implique une analyse comprenant déjà une certaine marge

d'interprétation ; même si le résumé ne doit contenir que des extraits des pièces du dossier, il repose sur une sélection des dates, informations et données qui sont considérées comme déterminantes pour son auteur. Une telle sélection contribue au résultat de l'expertise. Dans les constellations mentionnées, les prescriptions de l'art. 44 LPGA sont applicables. Le nom du médecin auquel est confiée la tâche d'établir l'anamnèse de base ou le résumé du dossier ou celle de relire l'expertise afin d'en assurer la pertinence formelle doit être communiqué au préalable à l'assuré (ATF 146 V 9 consid. 4.2.3 et les références).

### **E. 7.3.1**

Au niveau cantonal, dans un arrêt récent (ATAS/204/2025 du 25 mars 2025 consid. 5.5.3), la Cour de céans a relevé que la dernière révision de la LAI entrée en vigueur le 1er janvier 2022 avait pour exigence davantage de transparence dans les expertises médicales et la mise en place de mesures visant à uniformiser l'assurance qualité. À cette fin, le Conseil fédéral avait mis sur pied la Commission fédérale d'assurance qualité des expertises médicales (ci-après : la COQEM), dont la mission était d'élaborer des recommandations et de veiller à ce

A/4305/2024 - 21/29 - qu'elles soient suivies. Dans le cadre de sa mission, la COQEM avait notamment développé six indicateurs de qualité des expertises médicales. Les trois premiers indicateurs portaient sur la qualité du processus et se rapportaient à la manière dont l'examen clinique était effectué et à la façon dont les expertises étaient réalisées. Les trois autres indicateurs portaient sur la qualité du résultat de l'expertise et permettaient d'examiner la précision et la fiabilité des évaluations de l'état de santé ou de la capacité de travail d'une personne. Les indicateurs de qualité avaient pour but d'améliorer la qualité de l'expertise, de la rendre plus transparente pour le public et de promouvoir le dialogue sur la qualité entre les mandants, les organismes d'expertise et les experts. Ces six indicateurs n'étaient pas exhaustifs mais servaient de point de départ pour améliorer en permanence la qualité de l'expertise et établir des normes de qualité. Outre les six indicateurs, la COQEM considérait que les Lignes directrices pour l'expertise médicale publiées par la SIM étaient obligatoires pour la réalisation d'expertises en matière de droit des assurances sociales (cf. présentation des indicateurs de qualité, disponible sur le site internet de la COQEM : Recommandations, Indicateurs de qualité). Comme la Cour de céans l'a souligné dans l'arrêt précité, la SIM renvoie, sur son site internet (cf. Lignes directrices pour l'expertise médicale), aux Lignes directrices de qualité des expertises de psychiatrie d'assurance de la Société suisse de psychiatrie et psychothérapie (SSPP) dans leur 3e édition du 16 juin 2016. Ces lignes directrices ont par ailleurs été qualifiées par le Tribunal fédéral de standard reconnu pour l'expertise psychiatrique et sont considérées comme une recommandation à suivre (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C\_260/2017 du 1er décembre 2017 consid. 3.3 et les références). À propos des principes de base, (« Qualification, attitude, rôle et tâche de l'expert »), ces lignes directrices énoncent que seul un médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie peut procéder à une expertise de psychiatrie d'assurance. En milieu institutionnel, une partie des tâches peut être déléguée à un médecin-assistant qui suit une formation post graduée en psychiatrie et psychothérapie ou à un psychologue, dès lors que l'expertise est effectuée sous la conduite et la responsabilité de l'expert psychiatre. Cela implique que le médecin spécialiste effectue lui-même une partie substantielle de l'examen, suive l'élaboration de l'expertise, finalise le rapport d'expertise et en assume la responsabilité par sa propre signature (p. 4 des lignes directrices). La structure de l'expertise psychiatrique en médecine d'assurance, avec les différentes étapes à suivre, est décrite de

manière précise en page 7 et suivantes des lignes directrices. Il y est expressément mentionné au point « 3. Examen / Investigation » que « [l]expert est tenu d'examiner lui-même l'assuré » (p. 9 des lignes directrices). Une même indication ne figure pas aux autres points de la structure de l'expertise, telle qu'elle est prévue par les lignes directrices. Concernant le cadre externe de l'examen, les lignes directrices prévoient également qu'« [u]ne attitude empreinte d'empathie et adaptée aux circonstances d'une expertise permet à l'assuré examiné de s'exprimer plus facilement. Durant l'investigation, l'expert doit par conséquent accorder de

A/4305/2024 - 22/29 - l'importance à ses interactions avec l'assuré. Il convient ici de tenir compte des phénomènes de transfert et contretransfert – dès lors qu'ils sont clairement présents. » (p. 16 des lignes directrices). En vertu des principes susvisés, dans l'arrêt ATAS/204/2025 du 25 mars 2025, la Cour de céans a considéré que l'expert psychiatre qui avait été présent lors des entretiens exploratoires principaux mais n'était nullement intervenu à ces occasions – contrairement aux psychologues aussi présentes qui avaient mené les discussions –, avait délégué à ces personnes auxiliaires une tâche essentielle de l'expertise et n'avait pas correctement exécuté son mandat. L'expertise était entachée d'un vice grave et n'avait pas valeur probante, raison pour laquelle la cause a été renvoyée à l'administration pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise (consid. 6.1.1 et 6.3).

#### **E. 7.3.2**

Dans un autre arrêt récent (ATAS/529/2025 du 30 juin 2025 consid. 5.2), la chambre de céans a retenu que le fait de déléguer une part substantielle d'une expertise psychiatrique à une psychologue, laquelle s'était parfois retrouvée seule à conduire des entretiens avec l'assurée dans une proportion ne pouvant être qualifiée d'anecdotique, contrevenait directement aux prescriptions de l'art. 7m OPGA et ne respectait aucunement les recommandations des professionnels concernés eux-mêmes, puisque dans ses lignes directrices concernant la qualité des expertises, la Société suisse de psychiatrie et psychothérapie indiquait expressément que l'expert était tenu d'examiner lui-même l'assuré et soulignait l'importance des interactions directes entre l'expert et la personne expertisée. La chambre de céans a dès lors retenu que le processus d'élaboration de l'expertise était entaché de graves vices formels qui ne permettaient pas de la considérer comme suffisamment probante pour fonder le refus de prestations, indépendamment des chances de succès de la recourante sur le fond.

#### **E. 7.4**

La doctrine partage le constat que la conduite de l'entretien exploratoire est une tâche fondamentale de l'expertise qui ne peut en principe être déléguée. L'opinion est défendue que « [s]i l'expert veut s'adjoindre les services d'un tiers, il doit en avertir préalablement l'autorité judiciaire et recevoir une autorisation expresse de celle-ci. (...). Ces professionnels, [auxiliaires ou spécialistes dont l'expert veut s'adjoindre les services], doivent être mentionnés dans le rapport d'expertise. La manière dont les auxiliaires ont été utilisés, leurs compétences spécifiques, les tâches à eux attribuées et la manière dont l'expert peut garantir l'exécution de ces tâches sous sa responsabilité doit notamment ressortir de son rapport. Au demeurant, l'expert ne peut déléguer à ses auxiliaires les questions essentielles de l'expertise et leurs réponses, même s'il en prend formellement la responsabilité en signant le rapport d'expertise. En définitive, l'expert désigné par l'autorité judiciaire doit diriger et organiser lui-même les travaux d'expertise. La limite dans laquelle

des tâches sont susceptibles d'être qualifiées d'annexes, s'agissant du recours à des auxiliaires, est sujette à discussion. Celle-ci est

A/4305/2024 - 23/29 - assurément franchise quand un expert psychiatre délègue l'intégralité de l'entretien exploratoire à un assistant, dans la mesure où cette tâche constitue un élément essentiel de l'expertise » (Yves DONZALLAZ, *Traité de droit médical, Le médecin et les soignants*, 2021, n° 3458 et les références). Est aussi relevé que le fait qu'une partie importante de l'expertise ne soit pas élaborée par l'expert nommé mais uniquement approuvée par ses soins par le biais de sa signature contrevient à la règle selon laquelle le mandat doit être exécuté personnellement (cf. art. 398 al. 3 de la loi fédérale du 30 mars 1911, complétant le Code civil suisse [CO, Code des obligations - RS 220]) et rend l'expertise inapte à prouver les faits médicaux déterminants (Alfred BÜHLER, *Die Mitwirkung Dritter bei der medizinischen Begutachtung im sozialversicherungsrechtlichen Verwaltungsverfahren*, Jusletter du 3 septembre 2007, n. 5 et 11).

### **E. 7.5**

Depuis le 1er janvier 2022, sauf avis contraire de l'assuré, les entretiens entre l'assuré et l'expert font l'objet d'enregistrements sonores, lesquels sont conservés dans le dossier de l'assureur (art. 44 al. 6 LPGA). Le législateur a souhaité ainsi améliorer la transparence des expertises (Michela MESSI, *AI : les enregistrements favorisent la transparence*, in *Sécurité sociale [CHSS] 2022*). L'art. 7k OPGA précise notamment, au sujet de l'enregistrement sonore, que l'entretien comprend l'ensemble de l'entrevue de bilan et que celle-ci inclut l'anamnèse et la description, par l'assuré, de l'atteinte à sa santé (al. 1). L'enregistrement sonore doit être réalisé par l'expert conformément à des prescriptions techniques simples. Les assureurs garantissent l'uniformité de ces prescriptions dans les mandats d'expertise. L'expert veille à ce que l'enregistrement sonore de l'entretien se déroule correctement sur le plan technique (al. 5). L'assuré et l'expert doivent tous deux confirmer oralement le début et la fin de l'entretien au début et à la fin de l'enregistrement sonore, en précisant l'heure. Ils confirment de la même manière toute interruption de l'enregistrement (al. 6). Les experts et les centres d'expertises transmettent l'enregistrement sonore à l'assureur sous forme électronique sécurisée en même temps que l'expertise (al. 7). Si l'assuré, après avoir écouté l'enregistrement sonore et constaté des manquements techniques, conteste le caractère vérifiable de l'expertise, l'assuré et l'organe d'exécution tentent de s'accorder sur la suite de la procédure (al. 8). 8. 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 ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités revêtent une importance significative ou entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des

A/4305/2024 - 24/29 - assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et la référence). 9. Selon la jurisprudence (DTA 2001 p. 169), le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but

d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni la maxime inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire judiciaire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170 p. 136). À l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (RAMA 1986 n° K 665 p. 87). Un renvoi reste possible notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151 consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_646/2010 du 23 février 2011 consid. 4). 10.

10.1 En l'espèce, l'intimé a retenu que le recourant présente, d'une part, des atteintes incapacitantes, à savoir un trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline, actuellement non décompensé (F60.31) et un trouble de l'attention avec hyperactivité surtout durant l'enfance, mais beaucoup moins actuellement (F90) et, d'autre part, une atteinte non incapacitante, prenant la forme de troubles anxieux et dépressifs mixtes (F41.2) présents depuis 2021, dont les indices de gravité ne sont pas remplis. Même s'il constate que le recourant a présenté durant le délai d'attente d'une année, courant de 2021 à 2022, une « incapacité de travail de 70% dans toute activité dès 2021 » (sic), soit dès le début du délai d'attente d'un an, l'intimé n'en considère pas moins que dans une activité adaptée – n'impliquant ni attention optimale ni multitâches, ni relations sociales intenses ou stressantes, ni hiérarchie complexe – comme dans l'activité habituelle de graphiste, qui est adaptée, la capacité de travail est de 70% dès 2021. L'intimé s'est fondé sur le rapport du SMR du 21 mai 2024. Celui-ci se rallie aux conclusions du rapport d'expertise de la Dre I\_\_\_\_\_ qui sont contestées par le recourant, lequel soutient que sa capacité de travail est nulle. 10.2 Il convient donc d'examiner si ce rapport d'expertise peut se voir reconnaître valeur probante.

A/4305/2024 - 25/29 - De prime abord, même si l'experte ne s'en tient pas strictement aux standards usuels d'une expertise psychiatrique réalisée selon la procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418), son rapport paraît répondre aux exigences formelles posées par la jurisprudence pour qu'on puisse lui accorder une valeur probante. En effet, il indique que l'expertise psychiatrique a été conduite par la Dre I\_\_\_\_\_, soit un médecin spécialisé dans le domaine concerné, sur la base d'observations et d'investigations – lors d'entretiens d'une durée totale de 5 heures et 30 minutes – qui semblent complètes et faites en pleine connaissance du dossier. L'anamnèse et les plaintes du recourant y sont consignées et les diagnostics et réponses aux questions sont énoncés. Cependant, il ressort du rapport d'expertise qu'une psychologue est intervenue dans la réalisation de l'expertise, sans que l'implication de celle-ci ne soit explicitée. La chambre de céans a dès lors sollicité de l'intimé qu'il lui transmette les enregistrements sonores de ladite expertise. Trois fichiers lui ont été remis par l'intimé, d'une durée de 1 heure et 1 minute pour le premier, de 1 heure et 35 minutes pour le second, et de 41 minutes pour le dernier. Il ressort de l'écoute de ces enregistrements et des déterminations des parties et de l'experte à cet égard que la Dre I\_\_\_\_\_ a reçu le recourant durant 1 heure et 1 minute seulement, alors que la psychologue l'a reçu durant les 2 heures et 16 minutes. À titre liminaire, la chambre de céans relève qu'il est pour le moins surprenant que le rapport

d'expertise mentionne une durée d'entretiens de 5 heures et 30 minutes, alors que les entretiens n'ont en réalité duré que 3 heures et

### **E. 11**

septembre 2002 (OPGA - RS 830.11), entré en vigueur le 1er janvier 2022 (RO 2021 706), fixe les exigences concernant les experts. Selon l'al. 1, ceux-ci peuvent réaliser des expertises au sens de l'art. 44 al. 1 LPGA s'ils disposent d'un titre postgrade au sens de l'art. 2 al. 1 let. b et c de l'ordonnance du 27 juin 2007 sur les

A/4305/2024 - 19/29 - professions médicales (OPMéd - RS 811.112.0), sont inscrits dans le registre visé à l'art. 51 al. 1 de la loi fédérale du 23 juin 2006 sur les professions médicales (LPMéd - RS 811.11), possèdent une autorisation de pratiquer valable ou ont rempli leur obligation de s'annoncer, pour autant que l'art. 34 ou 35 LPMéd l'exige, et disposent d'au moins cinq ans d'expérience clinique. Selon l'art. 7m al. 2 OPGA, les spécialistes en médecine interne générale, en psychiatrie et en psychothérapie, en neurologie, en rhumatologie, en orthopédie ou en chirurgie orthopédique et en traumatologie de l'appareil locomoteur doivent être titulaires d'une certification de l'association Médecine d'assurance suisse (Swiss Insurance Medicine, SIM). Font exception les médecins-chefs et les chefs de service des hôpitaux universitaires. En vertu de l'art. 7m al. 3 OPGA, les experts en neuropsychologie doivent satisfaire aux exigences de l'art. 50b de l'ordonnance sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995 (OAMal - RS 832.102). Conformément à l'art. 7m al. 4 OPGA, avec le consentement de l'assuré, il peut être renoncé à certaines des exigences susvisées, pour autant que des raisons objectives le nécessitent. Enfin, en vertu de l'art. 7m al. 5 OPGA, des personnes ne remplissant pas encore toutes les exigences peuvent établir des expertises dans le cadre de leur formation universitaire, postgrade et continue. L'expertise est effectuée sous la supervision directe et personnelle des médecins spécialistes ou des neuropsychologues remplissant les conditions énoncées. La disposition transitoire de la modification du 3 novembre 2021 énonce par ailleurs que si une certification SIM au sens de l'art. 7m al. 2 OPGA est requise, elle doit être obtenue dans les cinq ans qui suivent l'entrée en vigueur de la modification en cause, c'est-à-dire d'ici au 1er janvier 2027.

### **E. 16**

minutes. Cela étant, cette incohérence entre la durée indiquée des entretiens et leur durée effective – même si elle soulève quelques interrogations quant au degré de rigueur et de précision de l'expertise – n'apparaît pas, en tant que telle, déterminante pour l'issue du litige. Le problème central tient au fait que l'experte a manifestement délégué une part non négligeable de l'expertise à une personne qui n'est pas médecin et qui ne répond dès lors par aux exigences de l'art. 7m OPGA. En effet, selon la détermination de l'experte, deux anamnèses ont été effectuées par elle-même et la psychologue afin de, selon ses propres termes, « diminuer les risques de malentendus par rapport à l'anamnèse ». Par ailleurs, l'experte a précisé que la psychologue avait expliqué au recourant certains des tests – comme celui de la matrice de Raven 1938 –, que le recourant avait ensuite effectués seul. La psychologue a également, selon les déclarations de l'experte, coté les autres échelles en fonction de l'anamnèse, de l'examen clinique et de la journée-type. Il ressort de ce qui précède que la psychologue s'est retrouvée à conduire seule la majeure partie des entretiens avec le recourant, que c'est elle qui a expliqué certains tests à ce dernier et qui a également coté les autres échelles en fonction

A/4305/2024 - 26/29 - des informations ressortant de l'anamnèse, de la journée-type ou de l'examen clinique. Partant, la psychologue apparaît avoir assumé une part importante non seulement des entretiens exploratoires, mais également du travail d'analyse, puisque c'est elle qui a coté les différentes échelles utilisées dans le cadre de l'expertise. Or, les entretiens exploratoires ne peuvent être qualifiés de tâches accessoires. Ils remplissent au contraire une fonction fondamentale dans l'expertise, qui plus est lorsqu'elle est de nature psychiatrique, en servant de base à l'élaboration de l'anamnèse, en permettant de recueillir les plaintes spontanées de la personne assurée et de reconstituer sa journée-type, et en permettant de l'observer et d'en tirer des constatations psychiatriques. Comme susmentionné, la doctrine estime d'ailleurs que les entretiens exploratoires constituent un élément essentiel de l'expertise (cf. consid. 7.4 supra), appréciation qui est partagée par le Tribunal fédéral, la jurisprudence ayant explicitement retenu que l'examen de la personne assurée constitue une tâche fondamentale de l'expertise ne pouvant être déléguée (cf. ATF 146 V 9 consid. 4.2.2). La chambre de céans a également retenu, dans deux arrêts récents précités, que constituait un vice grave le fait que l'expert psychiatre désigné ne soit pas intervenu dans la conduite des entretiens principaux, alors qu'il était présent, et que seules les psychologues s'étaient chargées d'entrer en discussion et d'interroger l'assuré (cf. ATAS/204/2025 précité consid. 6), ou que le spécialiste en psychiatrie ne soit pas même présent à plusieurs entretiens et n'ait pas toujours pu entendre personnellement la personne assurée (ATAS/529/2025 précité consid. 5.2). Ce qui précède est en adéquation avec les recommandations des professionnels concernés eux-mêmes, puisque, dans ses lignes directrices concernant la qualité des expertises, la Société suisse de psychiatrie et psychothérapie indique expressément que l'expert est tenu d'examiner lui-même l'assuré, et souligne l'importance des interactions directes entre l'expert et la personne expertisée. En l'espèce, non seulement les deux tiers de la durée des entretiens exploratoires ont été menés par la psychologue, mais de surcroît celle-ci a effectué un travail d'analyse en cotant notamment les échelles, ce sans aucune supervision de l'experte, qui semble s'être contentée de recevoir l'expertisé durant 1 heure et 1 minute et de confronter ensuite son anamnèse avec la psychologue, « pour diminuer les risques de malentendus ». Or, le fait qu'une partie substantielle de l'expertise soit déléguée à des personnes auxiliaires contrevient manifestement aux prescriptions de l'art. 7m OPGA, cette disposition prévoyant que seuls des médecins ou des médecins-dentistes peuvent réaliser des expertises. Ces personnes doivent de plus remplir d'autres exigences, notamment être inscrites dans un registre officiel et posséder une autorisation de pratiquer valable (cf. al. 1). Or, les conditions posées par cette norme sont directement applicables (ATAS/529/2025 précité consid. 5.2). Aux termes du texte de l'ordonnance, seul le consentement de l'assuré permet de renoncer à

A/4305/2024 - 27/29 - certaines des exigences, pour autant que des raisons objectives le nécessitent (cf. art. 7m al. 4 OPGA). Mme J\_\_\_\_\_ n'étant pas médecin, elle ne saurait répondre pas aux exigences de l'art. 7m OPGA. En conclusion, il apparaît que le processus d'élaboration de l'expertise est entaché de graves vices formels qui ne permettent pas de la considérer comme suffisamment probante pour fonder le refus de prestations, indépendamment des chances de succès de l'assuré sur le fond. Pour ce motif déjà, la décision entreprise doit être annulée. 10.3 Outre ces griefs d'ordre formel, le recourant invoque également l'absence de bilan neuropsychologique, ce alors que le SMR estimait, dans son avis du 24 août 2023, que l'expertise devait s'accompagner d'un bilan neuropsychologique, de manière à mesurer la gravité du TDA-H. Dans son rapport,

l'experte a estimé qu'un examen neuropsychologique serait inutile au motif que le recourant avait obtenu un bon résultat au test des matrices de Raven, lequel révélait une intelligence « au-dessus de la moyenne+ », ce qui serait, selon elle, « compatible avec des capacités de concentration et intellectuelles au-dessus de la moyenne », et qui « exclu[erai]t des troubles cognitifs significatifs ». Si le point de savoir si des examens médicaux spécialisés sont nécessaires pour établir un diagnostic, et le cas échéant lesquels, n'est pas de la compétence de celui/celle qui applique le droit, mais du ressort exclusif de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_794/2018 du 15 février 2019 consid. 4.2), la chambre de céans ne peut se fier aux explications contenues dans ladite expertise, vu la manière dont celle-ci a été diligentée et les graves vices formels qui l'entachent. La chambre de céans constate par ailleurs que l'intimé avait initialement prévu qu'un bilan neuropsychologique soit effectué (comme cela ressort de sa communication du 25 septembre 2023 – document n. 18 du dossier de l'intimé). Pour des raisons inconnues, il n'a pas réitéré cette exigence dans sa communication du 24 janvier 2024 (document n. 44 du dossier de l'intimé), soit lorsqu'il a mandaté la Dre I\_\_\_\_\_. Partant, la nouvelle expertise ordonnée par l'intimé devra, comme cela était initialement prévu, inclure la réalisation d'un bilan neuropsychologique. 10.4 Eu égard à ce qui précède, la cause doit être renvoyée à l'intimé afin qu'il ordonne a minima une nouvelle expertise psychiatrique et un bilan neuropsychologique dans le respect des prescriptions des art. 44 LPGa et 7m OPGA, puis statue à nouveau sur la demande de prestations. Il n'appartient en effet pas au juge de suppléer aux carences de l'instruction administrative, compte tenu de la nature formelle des vices affectant l'expertise.

A/4305/2024 - 28/29 - 10.5 Dans la mesure où le dossier est renvoyé à l'intimé pour qu'il ordonne une nouvelle expertise, il n'est pas nécessaire d'examiner les autres griefs du recourant concernant le contenu de l'expertise et les conclusions de l'experte. 11. Partant, le recours est partiellement admis et la décision du 23 décembre 2024 annulée. Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 2'000.- 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]). 12. Un émolument de CHF 200.- sera mis à la charge de l'intimé (art. 69 al. 1bis LAI).

A/4305/2024 - 29/29 -

**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.