

# **GE\_GERICHTE ATAS/439/2020 vom 5. Juni 2020**

GE Cour de justice, 2020-06-05, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_439\\_2020](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_439_2020)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/439/2020 du 5 juin 2020

IT: GE\_GERICHTE ATAS/439/2020 del 5 giugno 2020

## **Erwägungen**

### **E. 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. 2**

Interjeté dans les formes et délai prescrits par la loi, le présent recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA).

### **E. 3**

L'objet du litige porte sur le droit du recourant à des mesures d'ordre professionnel et à une rente. Les conclusions, malgré leur libellé, seront interprétées comme tendant à l'octroi de prestations. Elles sont ainsi condamnatoires, et partant recevables (cf. ATF 129 V 289 consid. 2.1).

### **E. 4**

Aux termes de l'art. 8 al. 1er LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée,

A/3518/2019 - 21/30 - l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. En vertu de l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI).

### **E. 5**

Selon l'art. 8 al. 1er LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de

nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). Le droit aux mesures de réadaptation n'est pas lié à l'exercice d'une activité lucrative préalable. Lors de la fixation de ces mesures, il est tenu compte de la durée probable de la vie professionnelle restante. L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent notamment des mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle et les mesures d'ordre professionnel, lesquelles englobent l'orientation professionnelle, la formation professionnelle initiale, le reclassement, le placement et l'aide en capital. L'art. 14a LAI précise que l'assuré qui présente depuis six mois au moins une incapacité de travail (art. 6 LPGa) de 50 % au moins a droit à des mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle (mesures de réinsertion), pour autant que celles-ci servent à créer les conditions permettant la mise en œuvre de mesures d'ordre professionnel (al. 1). Sont considérées comme mesures de réinsertion les mesures ciblées ci-après qui visent la réadaptation professionnelle : les mesures socioprofessionnelles (let. a) et les mesures d'occupation (let. b) (al. 2). L'art. 15 LAI dispose que l'assuré auquel son invalidité rend difficile le choix d'une profession ou l'exercice de son activité antérieure a droit à l'orientation professionnelle. Pour déterminer si une mesure est de nature à maintenir ou à améliorer la capacité de gain d'un assuré, il convient d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2 et les références). Celles-ci ne seront pas allouées si elles sont vouées à l'échec, selon toute vraisemblance (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 388/06 du 25 avril 2007 consid. 7.2). Le droit à une mesure de réadaptation suppose en outre qu'elle soit appropriée au but de la réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité, tant objectivement en ce qui concerne la mesure que sur le plan subjectif en ce qui concerne la personne de l'assuré (VSI 2002 p. 111 consid. 2 et les références).

A/3518/2019 - 22/30 - De plus, il faut que l'invalidité soit d'une certaine gravité pour que le droit à des mesures de réadaptation soit ouvert. La jurisprudence a ainsi fixé le seuil d'invalidité à partir duquel des mesures de réadaptation doivent être octroyées à 20 % (ATF 130 V 488 consid. 4.2 ; ATF 124 V 108 consid. 3a).

## **E. 6**

En vertu de l'art. 28 al. 1er LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : 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 (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGa) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGa) à 40 % au moins (let. c). L'art. 28 al. 2 LAI dispose que l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à 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.

## **E. 7**

Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou d'autres spécialistes doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore raisonnablement

exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 ; ATF 115 V 133 consid. 2). 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 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 ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il convient que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3 ; ATF 122 V 157 consid. 1c). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et

A/3518/2019 - 23/30 - 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). S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_405/2008 du 29 septembre 2008 consid. 3.2).

## **E. 8**

Dans un arrêt concernant les troubles somatoformes douloureux (ATF 141 V 281), le Tribunal fédéral est revenu sur les critères d'évaluation du caractère invalidant de tels troubles et a retenu que la capacité de travail réellement exigible doit désormais être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant de mettre en regard les facteurs extérieurs incapacitants d'une part et les ressources de compensation de la personne d'autre part. Il y a désormais lieu de se fonder sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (consid. 3.6). Ces indicateurs concernent deux catégories, à savoir celle du degré de gravité fonctionnelle et celle de la cohérence. I. Catégorie « degré de gravité fonctionnelle » Les indicateurs relevant de cette catégorie représentent l'instrument de base de l'analyse. Les déductions qui en sont tirées

devront, dans un second temps, résister à un examen de la cohérence (ATF 141 V 281 consid. 4.3). A. Axe « atteinte à la santé » 1. Expression des éléments pertinents pour le diagnostic et des symptômes Les constatations relatives aux manifestations concrètes de l'atteinte à la santé diagnostiquée permettent de distinguer les limitations fonctionnelles causées par cette atteinte de celles dues à des facteurs non assurés. Le point de départ est le degré de gravité minimal inhérent au diagnostic. Il doit être rendu vraisemblable compte tenu de l'étiologie et de la pathogenèse de la pathologie déterminante pour le diagnostic. Par exemple, sur le plan étiologique, la caractéristique du syndrome somatoforme douloureux persistant est, selon la CIM-10 (F 45.5), qu'il survient dans un contexte de conflits émotionnels ou de problèmes psycho-sociaux. En

A/3518/2019 - 24/30 - revanche, la notion de bénéficiaire primaire de la maladie ne doit plus être utilisée (consid. 4.3.1.1). 2. Succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à ces derniers Ce critère est un indicateur important pour apprécier le degré de gravité. L'échec définitif d'un traitement indiqué, réalisé lege artis sur un assuré qui coopère de manière optimale, permet de conclure à un pronostic négatif. Si le traitement ne correspond pas ou plus aux connaissances médicales actuelles ou paraît inapproprié dans le cas d'espèce, on ne peut rien en déduire s'agissant du degré de gravité de la pathologie. Les troubles psychiques sont invalidants lorsqu'ils sont graves et ne peuvent pas ou plus être traités médicalement. Des déductions sur le degré de gravité d'une atteinte à la santé peuvent être tirées non seulement du traitement médical mais aussi de la réadaptation. Si des mesures de réadaptation entrent en considération après une évaluation médicale, l'attitude de l'assuré est déterminante pour juger du caractère invalidant ou non de l'atteinte à la santé. Le refus de l'assuré d'y participer est un indice sérieux d'une atteinte non invalidante. À l'inverse, une réadaptation qui se conclut par un échec en dépit d'une coopération optimale de la personne assurée peut être significative dans le cadre d'un examen global tenant compte des circonstances du cas particulier (consid. 4.3.1.2). 3. Comorbidités La comorbidité psychique ne joue plus un rôle prépondérant de manière générale, mais ne doit être prise en considération qu'en fonction de son importance concrète dans le cas d'espèce, par exemple pour juger si elle prive l'assuré de ressources. Il est nécessaire de procéder à une approche globale de l'influence du trouble somatoforme douloureux avec l'ensemble des pathologies concomitantes (consid. 4.3.1.3). Un trouble qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidant en tant que tel (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_98/2010 du 28 avril 2010 consid. 2.2.2) n'est pas une comorbidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_1040/2010 du 6 juin 2011 consid. 3.4.2.1) mais doit à la rigueur être pris en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité. Ainsi, un trouble dépressif réactionnel au trouble somatoforme ne perd pas toute signification en tant que facteur d'affaiblissement potentiel des ressources, mais doit être pris en considération dans l'approche globale (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.3). B. Axe « personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles) Il s'agit d'accorder une importance accrue au complexe de personnalité de l'assuré (développement et structure de la personnalité, fonctions psychiques fondamentales). Le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du Moi » (conscience de soi et de l'autre, appréhension de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation) entre aussi en considération. Comme les diagnostics relevant des troubles de la personnalité sont, plus que d'autres indicateurs, dépendants du médecin examinateur, les exigences de motivation sont particulièrement élevées (consid. 4.3.2).

A/3518/2019 - 25/30 - C. Axe « contexte social » Si des difficultés sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles continuent à ne pas être prises en considération. En revanche, le contexte de vie de l'assuré peut lui procurer des ressources mobilisables, par exemple par le biais de son réseau social. Il faut toujours s'assurer qu'une incapacité de travail pour des raisons de santé ne se confond pas avec le chômage non assuré ou avec d'autres difficultés de vie (consid. 4.3.3). II. Catégorie « cohérence » Cette seconde catégorie comprend les indicateurs liés au comportement de l'assuré. (consid. 4.4). A. Limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie Il s'agit ici de se demander si l'atteinte à la santé limite l'assuré de manière semblable dans son activité professionnelle ou dans l'exécution de ses travaux habituels et dans les autres activités (par exemple ses loisirs). Le critère du retrait social utilisé jusqu'ici doit désormais être interprété de telle sorte qu'il se réfère non seulement aux limitations mais également aux ressources de l'assuré et à sa capacité à les mobiliser. Dans la mesure du possible, il convient de comparer le niveau d'activité sociale de l'assuré avant et après la survenance de l'atteinte à la santé (consid. 4.4.1). B. Poids de la souffrance révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation La prise en compte d'options thérapeutiques, autrement dit la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, permet d'évaluer le poids effectif des souffrances. Tel n'est toutefois pas le cas lorsque le comportement est influencé par la procédure assécurologique en cours. Il ne faut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsque le refus ou la mauvaise acceptation du traitement recommandé est la conséquence d'une incapacité (inévitable) de l'assuré à reconnaître sa maladie (anosognosie). Les mêmes principes s'appliquent pour les mesures de réadaptation. Un comportement incohérent de l'assuré est là aussi un indice que la limitation fonctionnelle est due à d'autres raisons que l'atteinte à la santé assurée (consid. 4.4.2). Le juge vérifie librement si l'expert médical a exclusivement tenu compte des déficits fonctionnels résultant de l'atteinte à la santé et si son évaluation de l'exigibilité repose sur une base objective (ATF 137 V 64 consid. 1.2 in fine).

### **E. 9**

Dans un arrêt de 2017, le Tribunal fédéral a étendu la jurisprudence précitée à toutes les maladies psychiques (ATF 143 V 409 consid. 4.5). Il convient encore de préciser que même si un trouble psychique, pris séparément, n'est pas invalidant en application de la nouvelle jurisprudence, il doit être pris en

A/3518/2019 - 26/30 - 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 elle 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).

### **E. 10**

La jurisprudence a déduit du droit d'être entendu (art. 29 al. 2 de la Constitution [Cst – RS 101]) en particulier le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 132 V 368

consid. 3.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_136/2017 du 21 août 2017 consid. 5.2). La violation du droit d'être entendu, de caractère formel, doit entraîner l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond (ATF 127 V 431 consid. 3d/aa ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_120/2009 du 3 février 2010 consid. 2.2.1). Pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière, cette violation est réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen. Au demeurant, la réparation d'un vice éventuel ne doit avoir lieu qu'exceptionnellement (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_181/2013 du 20 août 2013 consid. 3.3). Dans un récent arrêt de principe rendu en matière d'assurance-invalidité, le Tribunal fédéral a établi des exigences accrues en matière de participation des assurés lorsqu'une assurance sociale diligente une expertise, eu égard à leur droit d'être entendus. Ces exigences comprennent le droit de se prononcer sur le choix de l'expert, de connaître les questions qui lui seront posées, et d'en formuler d'autres (ATF 137 V 210 consid. 3.2.4.6 et 3.2.4.9). On soulignera du reste que ces exigences ressortent également des art. 57 ss de la loi sur la procédure civile fédérale (PCF – RS 273), applicables par analogie à la procédure administrative (Marco WEISS, Die Mitwirkungsrechte der Bundeszivilprozessordnung im Sozialversicherungsrecht : aktuelle Entwicklungen in der bundesgerichtlichen Rechtsprechung in AJP 2016 p. 1214). Le fait pour une assurance de ne pas permettre à un assuré d'exercer les prérogatives résultant de son droit d'être entendu, soit en particulier celui de se prononcer sur la nomination de l'expert, sur les questions à poser, ainsi que sur le résultat de l'expertise, relève d'une grave violation de ce droit (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 22/03 du 10 juillet 2003 consid. 4). Ce vice ne peut être réparé lorsque l'expertise constitue l'élément central et prépondérant de l'instruction (RAMA 2000 n° U 369 p. 104 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 265/04 du 23 septembre 2005 consid. 2.3).

A/3518/2019 - 27/30 -

## **E. 11**

En l'espèce, il convient en premier lieu de se prononcer sur la valeur probante de l'expertise des Drs M\_\_\_\_\_ et L\_\_\_\_\_. On notera en préambule que le rapport de ces experts contient d'innombrables redites, mais qu'il n'est guère étoffé en ce qui concerne les problématiques médicales actuelles du recourant. S'agissant du volet orthopédique, l'expert a accordé, dans son appréciation, une grande importance aux circonstances et aux suites de la première intervention chirurgicale dorsale jusqu'en 2014, alors même que le droit aux prestations n'est pas ouvert pour cette période au vu de la date de dépôt de la demande. S'il est essentiel qu'un expert prenne connaissance de l'historique médical et qu'il peut s'agir là d'un élément important pour déterminer l'évolution de la capacité de gain d'un assuré, on ne peut que s'étonner dans le cas d'espèce de l'emphase mise sur cette période, alors que l'état de santé du recourant depuis 2014 est abordé de manière très succincte, l'expert ayant pour ainsi dire fait l'impasse sur les circonstances ayant conduit à la spondylodèse en décembre 2016, se contentant d'indiquer qu'elle était « beaucoup plus appropriée » que la première intervention en 2007, avant d'évoquer une situation stabilisée en 2017. Le Dr M\_\_\_\_\_ a en outre conclu à une pleine capacité de travail, répétant à plusieurs reprises que les plaintes du recourant n'étaient pas objectivées par un substrat organique. Or, cette conclusion apparaît en contradiction avec le fait de reconnaître le caractère approprié de l'intervention neurochirurgicale pratiquée en décembre 2016, qui suppose une indication clinique, soit un élément organique. L'absence de corrélation clinique avancée par cet

expert apparaît également en contradiction avec le fait qu'il semble s'étonner du fait que les plaintes douloureuses n'aient pas perduré après la première intervention, peu appropriée selon lui. Cela semble indiquer que ces douleurs avaient bien un substrat. Le Dr M\_\_\_\_\_ a en outre exclu, sans autre précision ou motivation, toute incapacité de travail passée, sans se prononcer sur les répercussions – fussent-elles temporaires – de l'intervention de 2016, et n'a guère discuté les incapacités attestées par les médecins traitants du recourant. Son rapport est insuffisamment motivé sur ce point également. Enfin, on relèvera la contradiction entre l'observation consensuelle des experts, selon laquelle le recourant n'a pas manifesté de comportement algique durant l'entretien, et le fait que le Dr L\_\_\_\_\_ relève que la mobilité du recourant était entravée par des mesures d'épargne algique. En ce qui concerne le volet psychique, le Dr L\_\_\_\_\_ s'est borné à indiquer sous forme de liste les symptômes présents ou absents lors de son examen, sans guère détailler les constatations cliniques à l'appui de ces conclusions. Sur ce point, sa motivation est insuffisante. En ce qui concerne l'examen des différents critères, on doit relever, s'agissant des ressources, que ce médecin a à de très nombreuses reprises répété que le recourant voyait des amis à Cossonay et poursuivait une

A/3518/2019 - 28/30 - activité bénévole. Or, on ne peut sérieusement inférer d'une visite tous les deux mois à un couple d'amis que le recourant conserve une vie sociale importante. Le descriptif de ses journées démontre au contraire un isolement important, au demeurant souligné également par l'expert orthopédiste. En outre, le souci que le recourant éprouve en raison du conflit avec son fils ne justifie pas qu'on exclue toute « perte d'intérêt ». La seule pratique d'une activité bénévole ne suffit pas non plus à conclure à des ressources intactes. En outre, l'expert psychiatre, qui a mentionné une surcharge médicamenteuse volontaire avec deux litres de vin et son traitement habituel en octobre 2018, n'a même pas commenté cette tentative de suicide de l'assuré, et il s'est contenté d'indiquer, sans motivation, que les idées suicidaires étaient « non scénarisées », alors que, dans son rapport du 9 janvier 2017, le psychiatre traitant avait fait état d'idées suicidaires quotidiennes avec projet par arme à feu. Les considérations de l'expert orthopédique quant au cercle vicieux d'exclusion sociale et l'absence de ressources du recourant pour se réadapter sont du reste en contradiction avec les conclusions de l'expert psychiatre, alors même que les experts mentionnent à plusieurs reprises avoir procédé à un consilium. Leurs diagnostics paraissent quelque peu contradictoires, à défaut d'explications complémentaires. En effet, le Dr M\_\_\_\_\_ ne retient pas un substrat organique expliquant les plaintes du recourant, alors même que le Dr L\_\_\_\_\_ exclut un syndrome douloureux somatoforme au motif qu'il n'y aurait pas de plainte douloureuse intense et persistante au premier plan. S'agissant de la capacité de travail retenue, l'expertise est également contradictoire puisque les experts affirment qu'elle est complète, sans diminution de rendement, tout en signalant une asthénie réduisant la performance. À ce sujet, il est du reste singulier que l'asthénie soit imputée non aux difficultés d'ordre psychique mais à un syndrome d'apnées du sommeil, dans la mesure où aucun des médecins traitants n'a rapporté un tel trouble. Ces éléments suscitent des doutes importants sur l'expertise, qui ne saurait se voir reconnaître valeur probante. Les rapports des médecins traitants, faute de contenir tous les éléments formels nécessaires pour se voir reconnaître valeur probante selon la jurisprudence, ne suffisent pas non plus à trancher la capacité de travail et de gain du recourant.

**E. 12**

Compte tenu des éléments qui précèdent, la chambre de céans ne dispose pas des éléments nécessaires pour trancher le litige. Lorsque le juge constate qu'une expertise est nécessaire, il doit en principe la mettre en œuvre lui-même. Un renvoi à l'administration reste cependant possible lorsqu'il est justifié par l'examen d'un point qui n'a pas du tout été investigué (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). En l'espèce, l'intimé a certes bien procédé à l'instruction des éléments pertinents. Il a cependant mis en œuvre l'expertise sans respecter les garanties minimales en lien

A/3518/2019 - 29/30 - avec le droit d'être entendu du recourant, dès lors qu'il ne lui a pas donné l'occasion de se prononcer sur les experts à désigner – le droit d'être entendu dans ce cadre ne se limitant pas à la prise en compte de motifs de récusation uniquement – ou sur le contenu de leur mandat. Comme on l'a vu, cette seule violation du droit d'être entendu doit conduire à l'admission du recours. Dans ces circonstances, la cause sera renvoyée à l'intimé, à charge pour ce dernier de mettre en œuvre une nouvelle expertise, qui sera confiée à des médecins désignés d'entente avec le recourant. Ce dernier devra également être invité à se prononcer sur les questions soumises aux experts. S'agissant des domaines de spécialité des experts, la nécessité de mandater un psychiatre n'est pas discutable. Pour le volet somatique, il apparaît en revanche qu'un rhumatologue serait mieux à même de se prononcer de manière globale sur les troubles du rachis du recourant qu'un spécialiste en orthopédie, étant du reste précisé que ce n'est pas un chirurgien orthopédiste mais un neurochirurgien qui a opéré le recourant. C'est donc un spécialiste en rhumatologie qui devra apprécier les troubles somatiques du recourant. Dans ce contexte, il faut souligner que si le syndrome d'apnées du sommeil évoqué par le Dr L\_\_\_\_\_ est avéré, il sera également nécessaire d'analyser ses répercussions sur la capacité de gain du recourant.

### **E. 13**

Le recours est partiellement admis. Le recourant a droit à des dépens, qui seront fixés à CHF 1'500.- (art. 61 let. g LPGA). La procédure en matière d'octroi de prestations d'invalidité n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), l'intimé supporte l'émolument de CHF 500.-. \* \* \* \* \*

A/3518/2019 - 30/30 - 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.