

GE_GERICHTE ATAS/443/2015 vom 17. Juni 2015

GE Cour de justice, 2015-06-17, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_443_2015

FR: GE_GERICHTE ATAS/443/2015 du 17 juin 2015

IT: GE_GERICHTE ATAS/443/2015 del 17 giugno 2015

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) en vigueur dès le 1er janvier 2011, 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

La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable à la présente procédure.

E. 3

Déposé dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56ss LPGA).

E. 4

Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations d'invalidité. A ce sujet, on rappellera que de jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 consid. 2.1). Pour des motifs d'économie de procédure, la procédure juridictionnelle administrative peut être étendue à une question en état d'être jugée qui excède l'objet de la contestation, c'est-à-dire le rapport juridique visé par la décision, lorsque cette question est si étroitement liée à l'objet initial du litige que l'on peut parler d'un état de fait commun, et à la condition que l'administration se soit exprimée à son sujet dans un acte de procédure au moins (ATF 130 V 501 consid. 1.2). Les conditions auxquelles un élargissement du procès au-delà de l'objet de la contestation est admissible sont donc les suivantes: la question (excédant l'objet de la contestation) doit être en état d'être jugée; il doit exister un état de fait commun entre cette question et l'objet initial du litige; l'administration doit s'être prononcée à son sujet dans un acte de procédure au moins; le rapport juridique externe à l'objet de la contestation ne doit pas avoir fait l'objet d'une décision passée en force de chose jugée et les droits procéduraux des parties doivent être respectés (arrêt du Tribunal fédéral 9C_678/2011 du 4 janvier 2012 consid. 3.1). Ces principes, développés en premier lieu en lien avec un élargissement matériel du procès, sont en principe également valables lorsque la

A/1740/2012 - 19/27 - contestation a pour objet un état de fait qui produit des effets au-delà de la période délimitée par la décision litigieuse (arrêt du Tribunal fédéral 9C_711/2011 du 26 avril 2012 consid. 3.1). En l'espèce, les parties ont eu l'occasion de se prononcer sur l'évolution de la capacité de travail de la recourante après la décision litigieuse du 11 mai

2012. De plus, l'éventuelle dégradation de son état de santé postérieure à cette date paraît liée à une aggravation et aux effets continus dans le temps de troubles existants, et non à une nouvelle atteinte à la santé. Il existe donc un état de fait commun entre le degré d'invalidité de la recourante avant et après la décision litigieuse. Partant, conformément à la jurisprudence citée, le droit aux prestations après le 31 octobre 2011, date à laquelle l'intimé propose de limiter le versement d'une rente, sera également examiné dans le cadre du présent litige.

E. 5

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, 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. 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. L'art. 29 al. 1 LAI dispose que le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29, al. 1, LPGA2, mais pas avant le mois qui suit le 18ème anniversaire de l'assuré.

A/1740/2012 - 20/27 - Selon l'art. 88a al. 2 du règlement sur l'assurance-invalidité (RAI – RS 831.201), si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ou si son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'aggrave, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. L'art. 29bis est toutefois applicable par analogie.

E. 7

Il existe différentes méthodes pour évaluer l'invalidité d'un assuré en fonction du statut de ce dernier. a) L'art. 16 LPGA prévoit que, 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. Il s'agit là de la méthode dite de comparaison des revenus, qu'il convient d'appliquer aux assurés exerçant une activité lucrative (ATF 128 V 29 consid. 1). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient en principe de se placer au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 128 V 174 consid. 4a). Le revenu sans invalidité se détermine pour sa part en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'intéressé aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 428/06 du 25 mai 2007 consid. 7.3.3.1). On n'admettra d'exceptions à ce principe que si elles sont établies au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Pour déterminer le revenu d'invalide de l'assuré, il y a lieu en l'absence d'un revenu effectivement réalisé de se référer aux données salariales, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires publiées par l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 75 consid. 3b). Il y a lieu de procéder à une réduction des salaires statistiques lorsqu'il résulte de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité ou catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) que le revenu que pourrait toucher l'assuré en mettant en valeur sa capacité résiduelle de travail est inférieur à la moyenne. Un abattement global maximal de 25 % permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3). Conformément à l'art. 61 al. 1 let. a de la loi sur la procédure administrative (LPA - E 5 10), seul l'abus ou l'excès du pouvoir d'appréciation peut être revu par le Tribunal de céans. Il y a notamment excès de pouvoir d'appréciation négatif lorsque l'autorité renonce à faire usage de son pouvoir d'appréciation (ATF 116 V 307 consid. 2).

A/1740/2012 - 21/27 - b) Aux termes de l'art. 28a al. 3 LAI, lorsque l'assuré exerce une activité lucrative à temps partiel ou travaille sans être rémunéré dans l'entreprise de son conjoint, l'invalidité pour cette activité est évaluée selon l'art. 16 LPGa. S'il accomplit ses travaux habituels, l'invalidité est fixée en fonction de son incapacité à accomplir ses travaux habituels. Dans ce cas, les parts respectives de l'activité lucrative ou du travail dans l'entreprise du conjoint et de l'accomplissement des travaux habituels sont déterminées; le taux d'invalidité est calculé dans les deux domaines d'activité. C'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 288/06 du 20 avril 2007 consid. 3.2.5).

E. 8

a) 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). Ces données

médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral des assurances non publié I 762/02 du 6 mai 2003 consid. 2.2). b) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il 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). c) 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

A/1740/2012 - 22/27 - 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). d) 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 non publié 9C_405/2008 du 29 septembre 2008 consid. 3.2).

E. 9

Il convient en premier lieu de déterminer si l'expertise du Dr R_____ satisfait aux critères jurisprudentiels rappelés ci-dessus. Cet expert s'est entretenu à cinq reprises avec la recourante. Il a relaté ses plaintes et procédé à une anamnèse très fouillée. Son rapport, établi en connaissance du dossier de la recourante, décrit également de manière détaillée ses observations cliniques. Ce spécialiste a exposé les diagnostics en indiquant précisément sur quels critères cliniques il se fondait, et pour quels motifs il s'écartait des avis de ses

confrères. Ses conclusions sont claires et motivées. Son rapport répond ainsi aux réquisits jurisprudentiels et doit donc se voir reconnaître une pleine valeur probante. Les critiques de l'intimé appellent les commentaires suivants. Il faut en premier lieu relever que l'expert ne s'est pas fondé sur les seules déclarations de la recourante, mais également sur ses observations et les éléments anamnestiques, qu'il a abondamment relatés. Il a d'ailleurs à plusieurs reprises indiqué que les seules déclarations de la recourante ne suffisaient pas à retenir un diagnostic. Quant à la prise de contact entre l'expert et la recourante après l'expertise, ces derniers s'en sont expliqués et elle ne permet pas de retenir un parti pris. Les difficultés signalées par l'expert pour poser des diagnostics et dater certains éléments ne signifient en outre pas qu'il n'y est pas parvenu, mais tendent à démontrer la complexité du tableau clinique de la recourante. De plus, dès lors que le Dr R_____ disposait des rapports médicaux de ses confrères, il n'était pas indispensable qu'il s'entretienne avec eux. S'agissant du fait que le rapport serait lacunaire car il ne serait pas fondé sur la CIM-10 mais sur le DSM-IV, la chambre de céans rappelle en premier lieu que l'intimé, qui a eu l'occasion de se déterminer sur les questions à poser à l'expert, n'a pas exigé que les diagnostics soient posés sur la base de la CIM-10. On s'étonne ainsi qu'il ait dans un premier temps remis en cause le diagnostic de ce

A/1740/2012 - 23/27 - fait. De plus, la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose précisément la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu, tel que la CIM-10 ou le DSM-IV (ATF 131 V 49 consid. 1.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_815/2012 du 12 décembre 2012 consid. 3). Ainsi, la jurisprudence ne préfère pas un système de classification à un autre, et la critique de l'intimé n'est pas fondée. Le Dr R_____, spécialiste du TDAH - dont l'intimé a d'ailleurs lui-même proposé la désignation en tant qu'expert pour ce motif - s'est longuement et de manière convaincante exprimé sur les points soulevés par la Dresse M_____, en étayant sa position par plusieurs références scientifiques. L'existence d'un TDAH n'est au demeurant plus contestée par l'intimé, qui a cependant soutenu dans ses observations du 22 août 2014 que le caractère invalidant du TDAH n'était pas reconnu, se référant sur ce point à un arrêt rendu le 29 octobre 2013 par le Tribunal fédéral dans la cause 9C_454/2013. Cette jurisprudence n'a cependant pas la portée que l'intimé lui prête. Elle concerne en effet une assurée présentant une neurasthénie, et chez qui un TDAH a précisément été exclu (consid. 2.4). Enfin, le Dr R_____ a précisément décrit l'incidence des atteintes de la recourante sur sa capacité de travail et l'évolution de dite capacité, de sorte qu'aucun complément d'instruction n'est nécessaire sur ce point. Partant, la chambre de céans ne s'écartera pas des conclusions de l'expert, selon lesquelles la recourante a subi une incapacité de travail totale du 24 février au 30 juin 2009, de 100 % du 11 mars 2010 au 11 octobre 2011; de 50 % du

E. 12

Reste ainsi à vérifier le calcul de l'intimé. S'agissant du revenu sans invalidité, on peut effectivement retenir celui que la recourante aurait perçu dans la même activité exercée à 90 %, dès lors qu'elle a travaillé pour le même employeur plusieurs années à des taux plus élevés avant son atteinte à la santé. Selon le compte individuel AVS, l'assurée a réalisé en 2009 un revenu de CHF 57'084.-. Extrapolé à 90 %, ce revenu correspond à CHF 102'751.20 et à CHF 104'920.30 après indexation en 2011, année du début du droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LAI. Jusqu'au 11 octobre 2011, la recourante était en incapacité de travail totale, de sorte que son revenu était nul durant cette période. Dans la

sphère professionnelle, l'invalidité était ainsi complète. Dans la sphère ménagère, elle était de 24 %. Ces champs d'activité doivent être pondérés à respectivement 90 % et 10 %, de sorte que le degré d'invalidité est de 92.4 % ($[100 \% \times 90 \%] + [24 \% \times 10 \%]$) pendant les périodes d'incapacité de travail totale de la recourante. Durant les périodes où la recourante présentait une capacité de travail de 50 %, le calcul s'opère ainsi. Le revenu avec invalidité correspond à celui qui a effectivement été réalisé. On s'en tiendra au revenu de CHF 57'084.- mentionné dans le compte individuel pour 2009, qui correspond à CHF 58'289.04 après indexation en 2011. La comparaison de ce revenu avec le salaire sans invalidité de CHF 104'920.30 en 2011 aboutit à un degré d'invalidité de 44.44 % dans la sphère professionnelle. Compte tenu de l'empêchement de 24 % dans les travaux du ménage, le degré d'invalidité pondéré est de 42 % ($[44 \% \times 90 \%] + [24 \% \times 10 \%]$), ce qui ouvre le droit à un quart de rente.

A/1740/2012 - 25/27 - La recourante a ainsi droit à une rente entière durant les périodes d'incapacité de travail totale et à un quart de rente durant les périodes de capacité de travail de 50 %. Le droit aux prestations naît au plus tôt six mois après le dépôt de sa demande, datée du 11 janvier 2011. La recourante peut prétendre à une rente entière du 1er juillet 2011 à fin janvier 2012 – soit trois mois après la reprise de son activité à 50 %, conformément à l'art. 88a RAI. Dès le 1er février 2012, son degré d'invalidité est de 42 %, ce qui ouvre le droit à un quart de rente jusqu'au 31 décembre 2012. La recourante a de nouveau droit à une rente entière dès le 1er janvier 2013, soit à l'issue du délai de trois mois après la nouvelle aggravation de son degré d'invalidité en octobre 2012.

E. 13

Tant l'intimé que la recourante ont pris des conclusions tendant à la mise en œuvre de mesures d'instruction complémentaires. La chambre de céans n'y fera cependant pas droit. En effet, si la garantie constitutionnelle du droit d'être entendu confère le droit de faire administrer des preuves essentielles (ATF 127 V 431 consid. 3a), ce droit n'empêche cependant pas l'autorité de mettre un terme à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de former sa conviction, et que procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, elle a la certitude que ces dernières ne pourraient l'amener à modifier sa décision (ATF 130 II 425 consid. 2.1; ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d; Ueli KIESER, ATSG-Kommentar: Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000, 2ème éd., Zurich 2009, n. 72 ad art. 61). En l'espèce, le rapport du Dr R_____ revêtant une pleine valeur probante, la chambre de céans dispose de tous les éléments pour statuer et de nouvelles mesures d'instruction sont inutiles.

E. 14

Eu égard à ce qui précède, le recours est admis. La recourante obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 3'500.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPG; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). Le Tribunal fédéral a indiqué que les frais qui découlaient de la mise en œuvre d'une expertise judiciaire pouvaient le cas échéant être mis à la charge de l'assurance-invalidité. En effet, lorsque l'autorité judiciaire de première instance décidait de confier la réalisation d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire à un COMAI parce qu'elle estimait que l'instruction menée par l'autorité administrative était lacunaire, elle intervenait dans les faits en lieu et place de l'autorité

administrative, qui aurait dû, en principe, mettre en œuvre cette mesure d'instruction dans le cadre de la procédure administrative. Dans ces conditions, les frais de l'expertise ne constituaient pas des frais de justice au sens de l'art. 69 al. 1bis LAI, mais des frais relatifs à la procédure administrative au sens de l'art. 45 LPG

A/1740/2012 - 26/27 - qui devaient être pris en charge par l'assurance-invalidité (ATF 137 V 210 consid. 4.4.2). Cette règle, qu'il convient également d'appliquer, dans son principe, aux expertises judiciaires mono- et bidisciplinaires, ne saurait entraîner la mise systématique des frais d'une expertise judiciaire à la charge de l'autorité administrative. Encore faut-il que l'autorité administrative ait procédé à une instruction présentant des lacunes ou des insuffisances caractérisées et que l'expertise judiciaire serve à pallier les manquements commis dans la phase d'instruction administrative. En d'autres mots, il doit exister un lien entre les défauts de l'instruction administrative et la nécessité de mettre en œuvre une expertise judiciaire. Tel sera notamment le cas lorsque l'autorité administrative aura laissé subsister, sans la lever par des explications objectivement fondées, une contradiction manifeste entre les différents points de vue médicaux rapportés au dossier, lorsqu'elle aura laissé ouverte une ou plusieurs questions nécessaires à l'appréciation de la situation médicale ou lorsqu'elle aura pris en considération une expertise qui ne remplissait manifestement pas les exigences jurisprudentielles relatives à la valeur probante de ce genre de rapport. En revanche, lorsque l'autorité administrative a respecté le principe inquisitoire et fondé son opinion sur des éléments objectifs convergents ou sur les conclusions d'une expertise qui répondait aux réquisits jurisprudentiels, la mise à sa charge des frais d'une expertise judiciaire ordonnée par l'autorité judiciaire de première instance, pour quelque motif que ce soit, ne saurait se justifier (ATF 139 V 496 consid. 4.4). En l'espèce, l'intimé n'a pas mis en œuvre une expertise, malgré le caractère résolument complexe des troubles de la recourante et sa décision repose ainsi sur une instruction incomplète. Il a au demeurant implicitement admis que l'état de santé de la recourante n'avait pas été investigué à satisfaction puisqu'il a conclu au renvoi de la cause pour qu'il diligente une expertise psychiatrique. Les conditions fixées par la jurisprudence pour mettre les frais d'expertise judiciaire à la charge de l'assurance-invalidité sont ainsi réalisées. L'intimé prendra ainsi en charge la facture du Dr R_____, qui s'élève à CHF 4'000.-. La procédure en assurance-invalidité n'étant pas gratuite, l'intimé, qui succombe, supporte l'émolument de CHF 1'000.- (art. 69 al. 1bis LAI).

A/1740/2012 - 27/27 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

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