

# **GE\_GERICHTE ATAS/702/2020 vom 31. August 2020**

GE Cour de justice, 2020-08-31, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_702\\_2020](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_702_2020)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/702/2020 du 31 août 2020

IT: GE\_GERICHTE ATAS/702/2020 del 31 agosto 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**

La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable.

### **E. 3**

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais du 15 juillet au 15 août inclusivement, le recours est recevable (art. 38 al. 4 let. b et 56 ss LPGA ; art. 62 ss et 89C let. b de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

### **E. 4**

Le litige porte sur le droit de l'assuré à des prestations de l'assurance-invalidité.

### **E. 5**

L'assuré a droit à une rente lorsqu'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins

A/3123/2018 - 19/27 - (cf. art. 28 al. 1 let. b et c LAI, en sa teneur en vigueur dès le 1er janvier 2008 - 5ème révision AI). En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins.

### **E. 6**

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 ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de

gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008). Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

## **E. 7**

Selon la jurisprudence ayant cours jusqu'à récemment, les syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique n'entraînaient pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3). Toutefois, dans un arrêt rendu le 3 juin 2015 (ATF 141 V 281), le Tribunal fédéral a abandonné la présomption qui prévalait jusqu'à ce jour, selon laquelle les syndromes du type troubles somatoformes douloureux et affections psychosomatiques assimilées pouvaient en règle générale être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (consid. 3.4 et 3.5 de l'arrêt cité). Il a introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (consid. 4 de l'arrêt cité). Dans un arrêt subséquent (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7), le Tribunal fédéral a considéré que la jurisprudence développée pour les troubles somatoformes douloureux, selon laquelle il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (ATF 141 V 281), s'applique dorénavant à toutes les maladies psychiques. En effet, celles-ci ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée. La question des effets fonctionnels d'un trouble doit dès lors être

A/3123/2018 - 20/27 - au centre. La preuve d'une invalidité ouvrant le droit à une rente ne peut en principe être considérée comme rapportée que lorsqu'il existe une cohérence au niveau des limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation de la capacité de travail invalidante n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée. La preuve d'un trouble somatoforme douloureux suppose, en premier lieu, que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art, en tenant compte en particulier du critère de gravité inhérent à ce diagnostic et en faisant référence aux limitations fonctionnelles constatées. En effet, la définition de cette atteinte mentionne comme « plainte essentielle », une « douleur persistante, intense, s'accompagnant d'un sentiment de détresse ». En outre, ce trouble assure habituellement au patient une aide et une sollicitude accrues de la part de l'entourage et des médecins (ch. F 45.40 de la CIM [Classification internationale des maladies]-10 2014). Le diagnostic doit également résister à des motifs d'exclusion ; il y a ainsi lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble somatoforme douloureux au sens de la classification sont réalisées (ATF 141 V 281 consid. 2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_562/2014 du 29 septembre 2015 consid. 8.2).

## **E. 8**

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 importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). 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).

A/3123/2018 - 21/27 - En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

## **E. 9**

En l'espèce, dans sa décision datée du 25 juillet 2018, l'OAI a conclu, sur la base notamment de l'expertise psychiatrique réalisée par les Drs M\_\_\_\_\_ et N\_\_\_\_\_ en juillet 2017, que l'assuré ne présentait aucune invalidité et était pleinement capable d'exercer toute profession, de sorte qu'il ne pouvait prétendre à des prestations d'invalidité. Dans leur rapport d'expertise, les Drs M\_\_\_\_\_ et N\_\_\_\_\_ ont exposé en substance qu'aucun trouble psychiatrique ne permettait d'expliquer les symptômes de l'assuré. Selon eux, l'assuré se plaignait essentiellement de problèmes somatiques, dont des troubles visuels et des douleurs. Son comportement suggérait une souffrance réelle, sans élément en faveur d'une simulation. Les experts se sont néanmoins écartés du diagnostic de somatisation retenu par la Dresse K\_\_\_\_\_, dont les critères ne leur paraissaient pas réunis : à leur sens, l'assuré ne présentait pas une tendance exagérée à chercher différents thérapeutes et son attitude face aux explications médicales était raisonnable. Les experts ont également réfuté le diagnostic de trouble somatoforme douloureux, relevant que l'assuré ne présentait pas de pensée opératoire ou de fonctionnement de type alexithymique. Les experts ont conclu que, sous

l'angle psychiatrique, l'assuré était apte à reprendre une activité professionnelle à 100 %, tout en préconisant de l'aider à retrouver une activité adaptée à ses difficultés (troubles visuels, douleurs et fatigue). De son côté, le recourant reproche à l'administration, respectivement aux experts, de ne pas avoir recueilli des renseignements complets auprès de la Dresse K\_\_\_\_\_ et de ne s'être déterminés que de manière superficielle sur le diagnostic de somatisation posé par cette psychiatre. Il fait également grief à l'office de ne pas avoir pris position de manière motivée sur le rapport détaillé de la Dresse K\_\_\_\_\_ et requiert la mise en œuvre d'une nouvelle expertise. Dans ses rapports des 11 et 30 octobre 2017, la Dresse K\_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics avec répercussions sur la capacité de travail de somatisation (F45.0) et d'atteinte sensorielle dissociative (vision floue et distorsion visuelle - F44.6). Elle a critiqué l'appréciation des experts quant à une absence de diagnostic psychiatrique, notamment l'affirmation - visant à écarter le diagnostic de somatisation - selon

A/3123/2018 - 22/27 - laquelle « l'expertisé ne présent[ait] pas une tendance exagérée à chercher différents diagnosticiens / thérapeutes [...] ». Elle a souligné que son patient avait consulté de nombreux spécialistes, notamment depuis 2013 : outre son médecin traitant, il s'était adressé à trois ophtalmologues différents, aux services de neuro- ophtalmologie des HUG et du CHUV, à la consultation d'oto-rhino-laryngologie des HUG, à un radiologue, à un neurologue, à un gastroentérologue et à un urologue. L'assuré avait également eu recours à différents thérapeutes pratiquant des médecines « alternatives » (acupuncture, hypnose, musicothérapie, biorésonance, ostéopathie, homéopathie, optométrie, etc). Selon la psychiatre, cela démontrait la difficulté de l'assuré à accepter les conclusions de ses médecins quant à l'absence de cause organique permettant d'expliquer ses troubles. En outre, la psychiatre a contesté l'argument des experts selon lequel l'assuré « [...] ne présent[ait] pas de pensée opératoire ou [de] fonctionnement de type alexithymique », relevant qu'il ne s'agissait pas, selon la CIM-10, d'un critère permettant de confirmer ou d'infirmier un diagnostic de somatisation. Invités par la CJCAS à se déterminer sur les rapports de la Dresse K\_\_\_\_\_, les experts ont estimé en substance que l'avis de cette psychiatre ne remettait pas en question leurs conclusions et qu'il s'apparentait davantage à une tentative d'arranger les symptômes observés en fonction d'une hypothèse préétablie. Bien qu'ils n'aient pas retenu de diagnostic, ils ont préconisé d'abord une aide à la réadaptation, et en cas d'échec, une rente, tout en relevant que les symptômes de l'assuré se situaient aux confins de leurs connaissances médicales.

## **E. 10**

a. La chambre de céans rappelle tout d'abord que, pour avoir droit à une prestation de l'AI, l'assuré doit être invalide au sens de l'art. 8 al. 1 LPGA. L'invalidité suppose, entre autres conditions, une atteinte à la santé causée par une infirmité congénitale, une maladie ou un accident (art. 4 al. 1 LAI). Selon la jurisprudence, la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé au sens de la LAI et de la LPGA suppose en principe que dans l'expertise psychiatrique, un diagnostic puisse être posé. Le diagnostic doit en outre s'appuyer légitimement sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6). Cela n'exclut pas que pratiquement tout événement pathologique peut être diagnostiqué dans le cadre des systèmes de classification reconnus. En effet, en plus des déficiences de santé spécifiquement définies (comme le paragraphe F45.4 de la CIM-10), ceux-ci contiennent également des « diagnostics fourre-tout » formulés ouvertement (cf. par exemple le paragraphe F45.0 [trouble de somatisation] de la CIM-10 ; ATF 130 V 396

consid. 6.3). b. En l'occurrence, il existe, sur la question du diagnostic, une divergence importante entre les experts - qui considèrent que le cas de l'assuré ne peut pas être mis en relation avec un trouble, respectivement un diagnostic psychiatrique particulier - et la psychiatre de l'assuré ainsi que son médecin généraliste, lesquels considèrent que l'intéressé souffre d'un trouble de somatisation (F45.0) associé à une atteinte sensorielle dissociative (F44.6), voire d'un syndrome douloureux

A/3123/2018 - 23/27 - somatoforme persistant (F.45.4), étant précisé que le diagnostic de somatisation tiendrait mieux compte de la symptomatologie, selon la Dresse K\_\_\_\_\_ (cf. son rapport du 31 octobre 2017, p. 17). Or, l'avis des experts quant à l'absence (supposée) de diagnostic psychiatrique est sujet à caution : il convient de rappeler que dans leur expertise (p. 12), les Drs N\_\_\_\_\_ et M\_\_\_\_\_ n'ont abordé la question - pourtant déterminante - du diagnostic que de manière très succincte, sur quelques lignes, et qu'ils n'ont cherché à étayer leur motivation que dans un second temps, lorsqu'ils ont été invités à se déterminer sur les rapports de la Dresse K\_\_\_\_\_ (cf. p. 3 à 5 du rapport des Drs N\_\_\_\_\_ et M\_\_\_\_\_ du 23 mars 2019). Comme l'a relevé la Dresse K\_\_\_\_\_, la justification donnée par les experts pour écarter le diagnostic de somatisation paraît discutable, notamment l'affirmation selon laquelle « l'expertisé ne présente pas une tendance exagérée à chercher différents diagnosticiens / thérapeutes [...] », dans la mesure où l'intéressé s'est adressé en tout cas à une vingtaine de spécialistes et thérapeutes différents, ce qui suggère qu'il multiplie les consultations dans l'espoir qu'une origine organique à ses symptômes puisse être identifiée. De son côté, la psychiatre traitante a motivé de manière détaillée, sur plusieurs pages, son point de vue quant à l'existence d'un trouble de somatisation, associé à une atteinte sensorielle dissociative (cf. p. 17 à 21 du rapport de la Dresse K\_\_\_\_\_ du 30 octobre 2017). Au regard de cet avis motivé et du caractère succinct de l'expertise sur la question du diagnostic, la CJCAS ne saurait en l'état faire sienne l'appréciation des experts quant à une absence de diagnostic psychiatrique. À ce stade et en l'absence d'avis émanant d'autres spécialistes qui permettraient d'infirmes son point de vue, l'appréciation diagnostique de la Dresse K\_\_\_\_\_ apparaît plus crédible. c. À cela s'ajoute que les experts ne semblent pas s'être prononcés en pleine connaissance du dossier, puisqu'au moment de leur expertise, ils ne disposaient pas, entre autres, du rapport établi par la Dresse K\_\_\_\_\_ en décembre 2015. En effet, ce rapport ne figure pas dans leur résumé des documents médicaux versés au dossier (p. 6-7 de l'expertise), alors qu'il avait pourtant justifié le renvoi par la CJCAS de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et revêtait donc une certaine importance (cf. ATAS/361/2016 du 9 mai 2016). Dans leur détermination du 23 mars 2019, les experts reconnaissent qu'il s'agit là d'une carence (« il est indéniable que la position de la psychiatre traitante aurait dû être sollicitée par écrit dans le cadre de la procédure [...] »). Les experts se sont certes entretenus par téléphone avec la Dresse K\_\_\_\_\_, mais l'entretien ne semble avoir duré que quelques minutes et avoir porté, d'après cette praticienne, essentiellement sur des questions ciblées liées à la compliance vis-à-vis du traitement et à l'historique des épisodes dépressifs. Dans ces conditions, il paraît douteux que les experts se soient prononcés en parfaite connaissance de la situation médicale. d. Enfin, dans la mesure où ils ont préconisé une aide à la réadaptation, et en cas d'échec, une rente, tout en soulignant la bonne foi de l'assuré et le fait que ses

A/3123/2018 - 24/27 - symptômes se situaient « aux confins de [leurs] connaissances médicales », les experts ne semblent pas avoir écarté l'hypothèse que l'assuré puisse

présenter, en fin de compte, une incapacité de travail, à tout le moins partielle. Cette circonstance est également propre à éveiller certains doutes quant au bien-fondé de leurs conclusions, selon lesquelles l'intéressé serait capable, malgré ses troubles, de travailler à 100 % dans toute profession (y compris celle d'informaticien). Compte tenu de son caractère succinct et des doutes affectant ses conclusions, l'expertise psychiatrique des Drs N\_\_\_\_\_ et M\_\_\_\_\_ ne saurait se voir reconnaître une pleine valeur probante, et la mise en œuvre d'une nouvelle expertise se révèle justifiée dans son principe.

## **E. 11**

a. Cela étant, dans la mesure où le recourant requiert en premier lieu des mesures de réadaptation - ainsi qu'il l'a exposé à de multiples reprises - et que les documents versés au dossier suffisent déjà à établir son droit à de telles mesures, comme on va le voir, la chambre de céans estime que l'octroi desdites mesures de réadaptation se justifie préalablement à la mise en œuvre d'une nouvelle expertise psychiatrique, ceci tant pour des raisons de célérité qu'au regard du principe général selon lequel la réadaptation prime la rente (art. 28 al. 1 let. a LAI ; Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité, publiée par l'Office fédéral des assurances sociales, ch. 1045 et les références). b. À propos des mesures de réadaptation, l'art. 8 al. 1er LAI prescrit que les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) y ont droit, 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). L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent notamment les mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital). 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). Selon la jurisprudence constante, le droit à des mesures de reclassement (et à d'autres mesures de réadaptation professionnelle) à cause d'invalidité ne peut être refusé en raison du manque de faculté subjective de reclassement que dans la mesure où la procédure de mise en demeure prescrite à l'art. 21 al. 4 LPGA a été observée (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_100/2008 du 4 février 2009 et les références).

A/3123/2018 - 25/27 - c. Selon l'art. 17 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée (al. 1). La rééducation dans la même profession est assimilée au reclassement (al. 2). Par reclassement, la jurisprudence entend l'ensemble des mesures de réadaptation de nature professionnelle qui sont nécessaires et suffisantes pour procurer à l'assuré une possibilité de gain à peu près équivalente à celle que lui offrait son ancienne activité. En règle générale, l'assuré n'a droit qu'aux mesures nécessaires, propres à atteindre le but de réadaptation visé, mais non pas à celles qui seraient les meilleures dans son cas (ATF 124 V 110 consid. 2a et les références ; VSI 2002 p. 109 consid. 2a). En particulier, l'assuré ne peut prétendre à une formation d'un

niveau supérieur à celui de son ancienne activité, sauf si la nature et la gravité de l'invalidité sont telles que seule une formation d'un niveau supérieur permet de mettre à profit d'une manière optimale la capacité de travail à un niveau professionnel plus élevé. On notera aussi que si les préférences de l'intéressé quant au choix du genre de reclassement doivent être prises en considération, elles ne sauraient toutefois jouer un rôle déterminant (RCC 1988 p. 266 consid. 1). Si une perte de gain de 20 % environ ouvre en principe droit à une mesure de reclassement dans une nouvelle profession (ATF 124 V 108 consid. 2b et les arrêts cités), la question reste ouverte s'agissant des autres mesures d'ordre professionnel prévues par la loi (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C\_464/2009 du 31 mai 2010). d. En l'occurrence, dans son rapport du 6 mai 2015, le SMR a conclu, sur la base de l'expertise réalisée par le Dr F\_\_\_\_\_ en 2013, puis complétée en 2015, que l'assuré présentait, sous l'angle ophtalmologique, une capacité de travail de 100 % avec une baisse de rendement de 20 % dans toute profession, ceci en raison de troubles dysautonomiques et de sa fatigabilité lorsqu'il avait recours à la vision de près, notamment en travaillant sur un ordinateur. Dans sa décision du 2 octobre 2015, l'OAI s'est rallié à ce point de vue et a conclu qu'à l'issue du délai de carence d'un an (en avril 2014), l'assuré présentait un degré d'invalidité de 20 %. Dans la décision attaquée de 2018, l'OAI a cette fois-ci considéré que l'assuré ne présentait aucune invalidité, mais sans justifier son revirement quant au taux d'invalidité et sans tenir compte de l'expertise du Dr F\_\_\_\_\_, ni de l'avis qu'avait précédemment rendu son service médical en 2015. Or, le taux d'invalidité de 20 % que présente à tout le moins le recourant (selon l'avis du SMR et la décision de 2015) est suffisant pour justifier l'octroi d'une mesure de reclassement, conformément à la jurisprudence citée. De surcroît, il y a lieu de rappeler que les experts psychiatres et la psychiatre traitante s'accordent sur la nécessité de prodiguer au recourant une aide afin qu'il puisse se réinsérer professionnellement. Enfin, l'aptitude subjective du recourant à suivre une mesure de reclassement et ses chances de succès ne sont pas contestables, au vu de la motivation de l'intéressé, dont témoignent son recours et les rapports médicaux. Dès lors, le droit à un reclassement lui est ouvert (art. 17 LAI).

A/3123/2018 - 26/27 - e. En fonction de l'issue du reclassement, et notamment en cas d'échec de celui-ci, il appartiendra à l'intimé de compléter l'instruction en mettant en œuvre une nouvelle expertise conforme aux réquisits jurisprudentiels topiques (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7), puis de rendre une nouvelle décision statuant en particulier sur le droit du recourant à une rente.

#### **E. 12**

Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis, la décision du 25 juillet 2018 annulée et la cause renvoyée à l'OAI afin qu'il mette en œuvre une mesure de reclassement puis, en fonction de son résultat, qu'il complète l'instruction au moyen d'une nouvelle expertise et rende une nouvelle décision.

#### **E. 13**

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, à charge de l'intimé (art. 61 let. g LPGA ; art. 89H al. 3 LPA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

#### **E. 14**

La procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice, un émolument de CHF 500.- est mis à charge de l'intimé (art. 69 al. 1 bis LAI). \*\*\*\*\*

A/3123/2018 - 27/27 - 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.