

# **GE\_GERICHTE ATAS/724/2020 vom 2. September 2020**

GE Cour de justice, 2020-09-02, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_724\\_2020](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_724_2020)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/724/2020 du 2 septembre 2020

IT: GE\_GERICHTE ATAS/724/2020 del 2 settembre 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 le délai et la forme requise, le recours est recevable (art. 60 LPGA et 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985; LPA - E 5 10).

### **E. 3**

Le litige porte sur le droit du recourant aux prestations de l'assurance-invalidité.

### **E. 4**

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).

A/3082/2018 - 19/28 - 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. 5**

Dans un arrêt du 11 juillet 2019 (9C\_724/2018), le Tribunal fédéral a jugé que s'agissant du droit à des prestations de l'assurance-invalidité en cas de toxicomanie, il convenait désormais de clarifier, comme pour toutes les autres maladies psychiques, au moyen d'une grille d'évaluation normative et structurée, si la dépendance à des substances addictives diagnostiquée par des spécialistes influait sur la capacité de travail de la personne concernée. Lors de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques, 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; ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7), car les maladies psychiques ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées que de manière limitée sur la base de critères objectifs. La question des effets fonctionnels d'un trouble doit dès lors être 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. Même si un trouble psychique, pris séparément, n'est pas invalidant, il doit être pris en 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 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). Il convient également 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 limitant les capacités fonctionnelles et, d'autre part, les potentiels de compensation (ressources). Le Tribunal fédéral a développé dans sa jurisprudence en la matière les indicateurs suivants : a. 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. Les constatations relatives aux manifestations concrètes de l'atteinte à la santé diagnostiquée permettent de

A/3082/2018 - 20/28 - distinguer les limitations fonctionnelles causées par l'atteinte de celles dues à des facteurs non assurés. b. Il convient encore d'examiner le succès du traitement et de la réadaptation ou la 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. c. La comorbidité psychique 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 psychique avec l'ensemble des pathologies concomitantes. Un trouble qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidant en tant que tel n'est pas une comorbidité, mais doit à la rigueur être pris en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité. d. Il convient ensuite 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. e. 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. f. Il s'agit, encore, 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, les loisirs). Le critère du retrait social 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.

A/3082/2018 - 21/28 - g. Il faut examiner en suite la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, pour évaluer le poids effectif des souffrances. Tel n'est toutefois pas le cas lorsque le comportement est influencé par la procédure asséurologique 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.

## **E. 6**

a. Pour pouvoir établir s'il y a une atteinte incapacitante, le juge a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement 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, à ce motif, 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 et les références). 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 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). c. 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. Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les

aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions

A/3082/2018 - 22/28 - contrairement à ce que l'on peut sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références). 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. 7**

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 donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

#### **E. 8**

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite

A/3082/2018 - 23/28 - 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.

4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

## **E. 9**

a. En l'espèce, l'intimé conteste, sur la base d'un avis du SMR du 10 mars 2010, le diagnostic de trouble dépressif d'intensité moyenne retenu par l'experte, relevant que le test de Beck se fondait sur une auto-évaluation, ce qui ne constituait pas une base suffisante et objective pour poser un tel diagnostic. En outre, les critères de la CIM-10 n'étaient pas réunis pour poser ce diagnostic, car le recourant ne présentait pas d'abaissement de l'humeur, ni de diminution de l'intérêt ou du plaisir, mais seulement une fatigabilité décrite de manière subjective. Il n'y avait pas non plus de ralentissement psychomoteur objectivé au status et le recourant ne présentait pas de troubles cognitifs, mais seulement des sentiments de culpabilité et de dévalorisation, une baisse d'estime de soi et un certain pessimisme. L'experte a motivé le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, (F33.1) qu'elle a retenu en rappelant que l'expertisé avait présenté des épisodes dépressifs durant deux hospitalisations à l'Hôpital psychiatrique cantonal de Fribourg en 2006 et 2014, avec introduction d'un traitement antidépresseur. L'épisode présenté actuellement était d'intensité moyenne. Même si l'évolution concernant les addictions était favorable, il y avait un risque important de recrudescence des symptômes dépressifs, en cas d'augmentation de stress interpersonnel, comme cela avait pu être remarqué durant son activité de réinsertion. Elle a également retenu que l'expertisé restait très isolé par peur d'être jugé, ce qui provoquait un sentiment de solitude important qui influençait négativement son humeur. L'équilibre psychique restait précaire avec un risque de réapparition des épisodes dépressifs et de rechute dans les consommations. L'expertisé présentait un retrait social et un certain manque de plaisir et intérêt dans des activités en général. Il ressort de la journée-type du recourant décrite par l'experte que même s'il a certains loisirs – qui sont limités à la lecture, à l'usage de son ordinateur, à des jeux sur une console et à des contacts sociaux limités à son activité pour la O\_\_\_\_\_, ses thérapeutes et ses parents –, il a peu d'intérêts et de plaisir. Le fait que sa thymie soit neutre et sans effondrement dépressif s'explique par le fait qu'il prend des médicaments antidépresseurs. L'on ne peut dès lors, comme le fait l'intimé, sur la base de l'avis du SMR, retenir que l'assuré ne présente pas d'abaissement de l'humeur, ni de diminution de l'intérêt ou du plaisir. L'experte a également fondé son diagnostic de trouble dépressif moyen sur le test psychologique de Beck, qui est un questionnaire à choix multiples de questions, servant précisément à mesurer la sévérité de la dépression clinique ([https://fr.wikipedia.org/wiki/Inventaire\\_de\\_dépression\\_de\\_Beck](https://fr.wikipedia.org/wiki/Inventaire_de_dépression_de_Beck)). Contrairement à ce que soutient l'intimé, le recourant n'a ainsi pas évalué lui-même la gravité de son état dépressif, mais les réponses qu'il a données aux questions posées ont

A/3082/2018 - 24/28 - permis à l'experte de l'évaluer, en tenant également compte de l'anamnèse et des constats faits lors de ses trois entretiens avec le recourant. Pour retenir un épisode dépressif moyen, il faut, selon la CIM-10, que le cas réponde aux critères généraux d'un trouble dépressif (F32), soit en particulier que l'épisode ait duré au moins deux semaines. Il faut encore que soient retrouvés deux des trois symptômes du critère B de F32.0 et plusieurs symptômes du critère C de F32.0 pour atteindre au total au moins six symptômes. Il faut admettre que la motivation de l'experte est un peu lacunaire s'agissant de ce diagnostic et qu'elle ne permet pas de déterminer clairement si tous les symptômes requis par la CIM-10 pour retenir un épisode dépressif moyen sont effectivement réunis.

Cela est toutefois sans conséquence pour trancher le cas d'espèce. En effet, le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, est l'un parmi d'autres diagnostics, plus graves en intensité, qui entraînent une incapacité de travail à 100% du recourant et l'experte a précisé que les limitations fonctionnelles du recourant étaient essentiellement dues à son trouble de la personnalité et qu'elles tenaient à sa peur d'être critiqué. La question de l'intensité exacte du degré du trouble dépressif récurrent n'apparaît dès lors pas déterminante pour fixer la capacité de travail du recourant et, partant, son taux d'invalidité. Il en résulte que les lacunes dans la motivation de ce diagnostic ne remettent pas en cause la force probante globale de l'expertise et qu'il n'est pas nécessaire d'instruire plus avant cette question. b. L'intimé a encore fait valoir que les critères déterminants pour retenir le diagnostic de trouble de la personnalité évitante faisaient également défaut. Dans son avis du 10 mars 2020, la Dresse O \_\_\_\_\_ a indiqué que « l'absence de formation professionnelle et de relations affectives stables peut être mise en relation avec la toxicodépendance et la désinsertion sociale induite par celle-ci. Même si l'assuré a interrompu la mesure professionnelle, il a pu travailler avec la Fondation Trajet sur plusieurs mois, en maintenant une activité dans le bénévolat. À noter qu'il évite certaines fréquentations afin de ne pas être tenté par une consommation des substances toxiques. En reprenant les critères de la CIM-10 d'un trouble de la personnalité anxieuse, évitante, nous ne retrouvons pas chez cet assuré un sentiment envahissant et persistant de tension et d'appréhension, une perception de soi comme socialement incompetent ou inférieur aux autres, une restriction du style de vie résultant du besoin de sécurité, un évitement des activités sociales impliquant des contacts importants avec autrui; sa perception de lui-même peut être perçue comme pessimiste, et il craint d'être critiqué par les autres, mais cela n'est pas une préoccupation excessive ». L'experte a particulièrement développé les motifs pour lesquels elle a retenu le diagnostic de personnalité anxieuse (évitante). Elle a ainsi indiqué que le tableau clinique présenté par le recourant était caractéristique d'un tel trouble, qui avait débuté durant l'adolescence. Les consommations de diverses substances lui avaient permis de mieux affronter des difficultés éprouvées, comme la peur d'être critiqué,

A/3082/2018 - 25/28 - les relations interpersonnelles et familiales ainsi que la vision négative de lui-même. Elle a précisé que le trouble de la personnalité du recourant avait pu rester inaperçu au vu des consommations importantes, mais qu'il était devenu très évident depuis la période prolongée d'abstinence. Les troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de différentes substances étaient une suite de son trouble de la personnalité et pouvaient être classés comme troubles secondaires. Le rapport établi le 13 juin 2018 de M. J \_\_\_\_\_ confirme le diagnostic de personnalité anxieuse et la capacité de travail retenus par l'experte. Il a en effet relevé que l'assuré s'était retrouvé à maintes reprises très envahi, dès que des perturbations relationnelles, mêmes simples, se présentaient, d'où des difficultés patentes avec ses collègues, alors qu'il était plutôt de nature bienveillante. Si le niveau de compréhension était là, il se trouvait parfois parasité, plus ou moins sévèrement et de manière cyclique, par tous les autres champs énoncés. Ses limites induisaient également un niveau de stress plus ou moins inhibant selon les phases. En résumé, l'assuré avait une volonté d'être au mieux conforme et de progresser sur tous les plans, mais il se retrouvait confronté de manière continue, parfois de manière auto-agressante, et avec trop peu de résultats obtenus, à de grandes difficultés, avec un sentiment de culpabilité récurrent. Cette situation le mettait, sur la durée, dans un état de tension intérieure très problématique à gérer pour lui, d'où de nombreuses journées d'absence, par périodes. Selon M. J \_\_\_\_\_, l'assuré ne pouvait pas encore travailler en milieu adapté et encore moins dans le secteur de

premier marché. c. L'experte a enfin examiné tous les indicateurs développés par le Tribunal fédéral avant de retenir que les atteintes à la santé du recourant étaient totalement invalidantes. S'agissant de l'indicateur du traitement, l'intimé a fait valoir qu'il ressortait de l'expertise judiciaire que le recourant avait bien adhéré au traitement de substitution et à la prise en charge médicale et infirmière et que, dans ce contexte, l'on ne pouvait en aucun cas parler d'échec de traitement, ni d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années. Il convient de retenir au contraire que malgré une bonne adhésion à son traitement, qui a certes permis la stabilisation de son état, le recourant n'a pas pu retrouver une capacité de travail sur le marché ordinaire. En ce sens, l'on peut retenir un échec du traitement, malgré une bonne adhésion à celui-ci. Contrairement à ce qu'a allégué l'intimé, on ne peut retenir, s'agissant des ressources personnelles et du contexte social du recourant, que la pauvreté de sa vie affective était liée au fait qu'il évitait ses anciens amis toxicomanes afin de ne pas replonger dans la dépendance. En effet, il ressort clairement de l'expertise et du rapport de stage du 13 juin 2018 que l'assuré a de réelles difficultés à entretenir des liens avec autrui en raison de son trouble de personnalité anxieuse dans tous les contextes. L'on ne peut donc retenir que l'analyse de la vie quotidienne indiquait qu'il n'existait pas une limitation uniforme dans toutes les activités de la vie quotidienne et que ses ressources étaient préservées.

A/3082/2018 - 26/28 - d. Les conclusions de l'experte sont fondées sur une anamnèse et trois entretiens avec le recourant et elles prennent en compte les indicateurs développés par le Tribunal fédéral. Elle est ainsi globalement convaincante et n'est pas sérieusement remise en cause par celle de la Dresse P\_\_\_\_\_, qui n'a pas elle-même entendu le recourant, qui n'est pas spécialisée en psychiatrie et qui ne se fonde pas sur des éléments qui auraient été ignorés par l'experte. L'expertise du 4 février 2020 doit ainsi se voir reconnaître une pleine force probante.

## **E. 10**

Sur cette base, il convient de retenir que le recourant est totalement incapable de travailler depuis 2000.

## **E. 11**

a. En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGGA) à 40% au moins, mais 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 LPGGA. Selon l'art. 29 al. 3 LAI, la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance. Dans l'hypothèse où un assuré présente une entière capacité de travail dans toute activité lucrative ou lorsque les revenus avec et sans invalidité sont basés sur la même table statistique, les revenus avant et après invalidité sont calculés sur la même base. Il est dès lors superflu de les chiffrer avec exactitude, le degré d'invalidité se confondant avec celui de l'incapacité de travail, sous réserve d'une éventuelle réduction du salaire statistique (ATF 119 V 475 consid. 2b; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_312/2016 du 13 mars 2017 consid. 5.4; arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 43/05 du 30 juin 2006 consid. 5.2). b. En application des articles et de la jurisprudence qui précèdent, le recourant a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1er avril 2017, soit le premier jour du mois durant lequel s'est terminée la période de six mois à

compter de la demande de prestation de l'assurance-invalidité du 10 octobre 2016, étant précisé qu'à cette date, il était totalement incapable de travailler depuis plus d'un an.

#### **E. 12**

Au vu de ce qui précède, le recours sera admis et la décision du 11 juillet 2018 sera annulée.

#### **E. 13**

Le recourant obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 3'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

#### **E. 14**

a. Les frais qui découlent de la mise en œuvre d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire confiée à un Centre d'observation médicale de l'assurance- invalidité (COMAI) peuvent le cas échéant être mis à la charge de l'assurance- invalidité (cf. ATF 139 V 496 consid. 4.3). En effet, lorsque l'autorité judiciaire de première instance décide de confier la réalisation d'une expertise judiciaire

A/3082/2018 - 27/28 - pluridisciplinaire à un COMAI parce qu'elle estime que l'instruction menée par l'autorité administrative est insuffisante (au sens du consid. 4.4.1.4 de l'ATF 137 V 210), elle intervient 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 constituent pas des frais de justice au sens de l'art. 69 al. 1 bis LAI, mais des frais relatifs à la procédure administrative au sens de l'art. 45 LPGA qui doivent être pris en charge par l'assurance-invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_312/2016 du 13 mars 2017 consid. 6.2). Cette règle, qu'il convient également d'appliquer dans son principe aux expertises judiciaires mono- et bidisciplinaires (cf. ATF 139 V 349 consid. 5.4), 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 (ATF 137 V 210 consid. 4.4.2). Tel est notamment le cas lorsque l'autorité administrative a 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 a laissé ouverte une ou plusieurs questions nécessaires à l'appréciation de la situation médicale ou lorsqu'elle a pris en considération une expertise qui ne remplissait manifestement pas les exigences jurisprudentielles relatives à la valeur probante de ce genre de documents (voir par exemple arrêt du Tribunal fédéral 8C\_71/2013 du 27 juin 2013 consid. 2). 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 (à la suite par exemple de la production de nouveaux rapports médicaux ou d'une expertise privée), ne saurait se justifier (ATF 139 V 496 précité consid. 4.4; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_312/2016 du 13 mars 2017 consid. 6.3). b. Il se justifie de mettre partiellement les frais d'expertise à la charge de l'intimé, dès lors qu'il a pris la décision querellée sur la base d'une expertise fondée sur un dossier incomplet et qui n'était pas

suffisamment motivée. L'expertise étant également justifiée par la nécessité d'analyser le cas avec les indicateurs développés par le Tribunal fédéral selon une jurisprudence postérieure à la décision querellée, la moitié des frais d'expertise sera laissée à la charge de l'État.

**E. 15**

Un émolument de CHF 500.- sera mis à la charge de l'intimé (art. 69 al. 1bis LAI).

A/3082/2018 - 28/28 -

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.