

# **GE\_GERICHTE ATAS/784/2019 vom 2. September 2019**

GE Cour de justice, 2019-09-02, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_784\\_2019](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_784_2019)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/784/2019 du 2 septembre 2019

IT: GE\_GERICHTE ATAS/784/2019 del 2 settembre 2019

## **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**

À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

### **E. 3**

Les modifications du 18 mars 2011 de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (révision 6a), entrées en vigueur le 1er janvier 2012, entraînent la modification de certaines dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En l'espèce, au vu des faits pertinents jusqu'à la décision du 14 janvier 2019, le droit éventuel aux prestations doit être examiné en fonction des modifications de la LAI, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329).

### **E. 4**

Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).

### **E. 5**

Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement à une rente.

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

A/621/2019 - 10/17 - celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008). 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. 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. 7**

a. En ce qui concerne la méthode d'évaluation de l'invalidité qu'il convient d'appliquer (art. 28a LAI, en corrélation avec les art. 27 ss du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI – RS 831.201]), le choix de l'une des trois méthodes entrant en considération (méthode générale de comparaison des revenus, méthode mixte, méthode spécifique) dépend du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel, assuré non actif. On décidera que l'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de la reprise d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de vraisemblance prépondérante (ATF 137 V 334 consid. 3.2 et les références). b. En l'occurrence, il ressort du certificat de travail du 31 août 2013 que le recourant a travaillé à plein temps du 1er décembre 2009 au 31 octobre 2011 auprès de H\_\_\_\_\_ SA en tant que traducteur, avant de diminuer son taux d'occupation en raison de son déficit d'attention (cf. rapport du Dr D\_\_\_\_\_ du 6 février 2018). Il aurait ainsi exercé une activité lucrative à 100% si son état de santé le lui avait permis. Partant, l'intimé a à juste titre retenu, dans sa note du 5 octobre 2018, pour le recourant le statut de personne active, étant précisé que ce dernier ne conteste pas cette appréciation.

#### **E. 8**

a. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c; ATF 102 V 165

A/621/2019 - 11/17 - consid. 3.1; VSI 2001 p. 223 consid. 2b; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 et 141 V 281 consid. 2.2 et 3.2; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_841/2016 du 30 novembre 2017 consid. 4.5.2). Dans sa jurisprudence récente (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7), le Tribunal fédéral a modifié sa pratique lors de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques. 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, y compris troubles dépressifs de degré léger ou moyen (ATF 143 V 409 consid. 4.5.1). En effet, celles-ci ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée. b. La capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant de mettre en regard les facteurs extérieurs incapacitants d'une part et les ressources de compensation de la personne d'autre part (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). Il n'y a plus lieu de se fonder sur les critères de l'ATF 130 V 352, mais sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4). Dans ce cadre, il convient 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). Les indicateurs pertinents sont notamment l'expression des constatations et des symptômes, le recours aux thérapies, leur déroulement et leurs effets, les efforts de réadaptation professionnelle, les comorbidités, le développement et la structure de la personnalité, le contexte social de la personne concernée ainsi que la survenance des restrictions alléguées dans les différents domaines de la vie (travail et loisirs).

## **E. 9**

a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1). La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore,

A/621/2019 - 12/17 - raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; ATF 115 V 133 consid. 2; ATF 114 V 310 consid. 3c; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 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 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). 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. Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3). Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n. U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références).

A/621/2019 - 13/17 - Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; ATF 142 V 58 consid. 5.1; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1). 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). Les constatations médicales peuvent être complétées par des renseignements d'ordre professionnel, par exemple au terme d'un stage dans un centre d'observation professionnel de l'assurance-invalidité, en vue d'établir concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Il appartient alors au médecin de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé (influence de ces atteintes sur sa capacité à travailler en position debout et à se déplacer; nécessité d'aménager des pauses ou de réduire le temps de travail en raison d'une moindre résistance à la fatigue, par exemple), en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. En revanche, il revient au conseiller en réadaptation, non au médecin, d'indiquer quelles sont les activités professionnelles concrètes entrant en considération sur la base des renseignements médicaux et compte tenu des aptitudes résiduelles de l'assuré. Dans ce contexte, l'expert médical et le conseiller en matière professionnelle sont tenus d'exercer leurs tâches de manière complémentaire, en

A/621/2019 - 14/17 - collaboration étroite et réciproque (ATF 107 V 17 consid. 2b; SVR 2006 IV n. 10 p. 39).

#### **E. 10**

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. 11**

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 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. 12**

a. En l'espèce, il n'est pas contesté par l'intimé que le recourant souffre d'un TDA- H, de type essentiellement attentionnel. L'administration, sur la base de l'avis du SMR du 4 septembre 2018, considère que le recourant dispose d'une capacité de travail réduite (50 %) dans son activité habituelle (traducteur/enseignant) depuis 2012, mais entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (difficultés d'attention et difficultés à supporter le stress). Le SMR maintient sa position par avis du 28 février 2019, estimant que le Dr J\_\_\_\_\_ est également parvenu à cette conclusion. b. Dans son rapport du 6 février 2018, ce médecin avait toutefois jugé qu'à l'heure actuelle la capacité de travail de son patient était de 50 % dans toute activité, compte tenu de son important déficit d'attention. Le pronostic pouvait être

A/621/2019 - 15/17 - relativement bon si ce dernier continuait le traitement actuel, y compris médicamenteux et s'il pouvait bénéficier d'une prise en charge spécifique d'orientation cognitivo-comportementale qui pourrait porter ses fruits dans une à deux année(s). Ainsi, contrairement à ce que prétend le SMR, le Dr D\_\_\_\_\_ n'a pas retenu une capacité de travail entière dans une activité adaptée. Certes, ce dernier a indiqué que l'on pouvait raisonnablement attendre du recourant qu'il travaille six à huit heures dans une activité tenant compte de son atteinte à la santé. Cette appréciation figure toutefois dans le chapitre consacré à la réadaptation. Outre le fait que le médecin a spécifié qu'il fallait envisager une réinsertion progressive lente et proposer au recourant une activité non stressante, dans son rapport du 25 janvier 2019, le Dr D\_\_\_\_\_ a précisé que l'atteinte dont celui-ci souffrait se traduisait par une baisse de rendement. On déduit ainsi de ces données que le Dr D\_\_\_\_\_ ne retient pas encore une capacité de travail entière dans une activité adaptée. Par ailleurs, le SMR énumère à titre de limitations fonctionnelles des difficultés d'attention, mais n'explique pas pour quels motifs il estime que celles-ci n'entraînent aucune diminution de rendement dans une activité adaptée. Au vu de ces éléments, l'avis du SMR n'emporte pas la conviction. Il résulte des pièces médicales au dossier que les symptômes présentés par le recourant étaient apparus très tôt dans son parcours et qu'il était impacté par son trouble (difficultés attentionnelles, se manifestant par une extrême procrastination), il a fait face à différents échecs au cours de ses études. Quand bien même le recourant n'a pas pu achever un cursus universitaire, il dispose néanmoins de connaissances professionnelles suffisantes lui permettant de mettre concrètement en valeur sa capacité de gain sur le marché du travail. En effet, de langue maternelle allemande, et au bénéfice d'excellentes connaissances en anglais et italien, il a collaboré en tant qu'enseignant et traducteur (allemand, français, italien et anglais) auprès de divers employeurs, qui étaient satisfaits de son travail (cf. attestation du 19 avril 2016 de l'École C\_\_\_\_\_ Sàrl, qui recommande les compétences d'enseignant du recourant ; certificat de travail du 31 août 2013, dans lequel H\_\_\_\_\_ SA reconnaît que celui-ci possède une solide maîtrise de sa matière, que son travail est efficace et ses traductions irréprochables). Le recourant continue d'ailleurs d'exercer à ce titre selon les données figurant dans son CV, essentiellement en qualité d'enseignant, mais estime ne pas pouvoir travailler à un taux supérieur à 50 %. Aussi convient-il d'écarter le rapport du Dr I\_\_\_\_\_ du 9 avril 2018,

selon lequel l'incapacité de travail du recourant est totale depuis son jeune adulte. Cela étant, pour les motifs qui suivent, la chambre de céans ne saurait en l'état suivre les conclusions du Dr D\_\_\_\_\_, selon lesquelles la capacité de travail du recourant est de 50 % tant dans son activité habituelle (d'enseignant à tout le moins) que dans une activité adaptée. En effet, malgré l'affection psychique diagnostiquée, le recourant ne semble souffrir d'aucune séquelle neuropsychologique. À l'issue de l'examen pratiqué par M. G\_\_\_\_\_, neuropsychologue, ce dernier a conclu que les aptitudes cognitives du recourant A/621/2019 - 16/17 - étaient dans les normes dans les divers domaines investigués (langage, mémoire épisodique, mémoire de travail, fonctions exécutives, attention et raisonnement). Les capacités attentionnelles, en particulier, étaient satisfaisantes dans toutes leurs dimensions (attention divisée, attention soutenue, attention sélective, et vitesse de traitement). Le recourant avait obtenu des scores supérieurs à la norme dans les tests les plus complexes, de haut niveau cognitif, faisant intervenir la logique, l'abstraction, le raisonnement et/ou la planification, ce qui évoquait un fonctionnement à haut potentiel intellectuel (cf. rapport du 29 août 2017). Aucun médecin, en particulier le Dr D\_\_\_\_\_, ne s'est toutefois prononcé sur les conclusions de ce rapport, en particulier sur la question de savoir si (effectivement), et le cas échéant, jusqu'à quel point le trouble psychique diagnostiqué influence la capacité de travail du recourant eu égard aux conclusions de l'examen neuropsychologique, qui se rapportent notamment aux capacités attentionnelles de celui-ci. Outre cela, le Dr D\_\_\_\_\_ a relevé que son patient présentait des troubles du sommeil « possibles », qui se traduisaient par une énorme fatigabilité diurne pouvant rendre compte des déficits attentionnels. L'emploi du terme « possibles » laisse à penser que l'existence des troubles du sommeil, selon les données subjectives du recourant, n'a pas (encore) été objectivée lors d'un examen. À cet égard, le médecin a du reste noté qu'un bilan polysomnographie était prévu, mais aucun rapport y relatif ne figure au dossier. c. Sur le vu de ce qui précède, la chambre de céans ne dispose pas d'informations suffisantes pour statuer sur le droit aux prestations du recourant. Il convient donc de renvoyer la cause à l'intimé (qui n'a pas correctement instruit la situation médicale du recourant) pour instruction complémentaire, sous la forme d'une expertise psychiatrique indépendante (selon les critères établis à l'ATF 141 V 281), et le cas échéant, sous forme d'observation professionnelle approfondie afin d'écarter tout doute quant à la capacité de travail du recourant.

### **E. 13**

En conséquence, le recours sera partiellement admis, la décision du 14 janvier 2019 annulée et le dossier renvoyé à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants, et nouvelle décision. Étant donné que, depuis le 1er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument, arrêté en l'espèce à CHF 200.-.

A/621/2019 - 17/17 - 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.