

GE_GERICHTE A/2824/2016 vom 1. Februar 2018

GE Cour de justice, 2018-02-01, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2824_2016

FR: GE_GERICHTE A/2824/2016 du 1 février 2018

IT: GE_GERICHTE A/2824/2016 del 1 febbraio 2018

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 01.02.2018
A/2824/2016

A/2824/2016 ATAS/86/2018 du 01.02.2018 (AI) En fait En droit République et canton de Genève POUVOIR JUDICIAIRE A/2824/2016 ATAS/86/2018 COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales Ordonnance d'expertise du 1 er février 2018 4 ème
Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié à GENÈVE, comparant avec élection
de domicile en l'étude de Maître Tania NICOLINI recourant contre OFFICE DE
L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12,
GENÈVE intimé EN FAIT 1. Monsieur A_____ (ci-après l'assuré ou le recourant) est
né le _____ 1973, marié et père d'un enfant né le _____ 2011. Il a requis, le 29 octobre
2012, des prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève
(ci-après l'OAI ou l'intimé), indiquant souffrir d'une dépression et d'un trouble anxieux
généralisé depuis novembre 2011.![endif]>![if> 2. À teneur de son curriculum vitae,
l'assuré est au bénéfice d'un CFC de mécanicien de précision et d'un diplôme
d'informaticien généraliste de l'Ifage. Il a eu divers emplois dans l'informatique entre 1997
et 2008. ![endif]>![if> 3. Selon un rapport établi le 9 août 2012 par la docteure
B_____, l'assuré a séjourné à la clinique genevoise de Montana, du 26 juin au 16 juillet
2012, pour une prise en charge, une adaptation du traitement et l'éloignement des facteurs
de stress. Le diagnostic principal était un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère
avec symptômes psychotiques. Le patient présentait une diminution de sa thymie lié à des
attaques de panique en relation avec des plaintes hypocondriaques et une cancerphobie. Le
soutien médico-infirmier régulier et celui de sa psychologue avaient contribué à diminuer
ses angoisses et améliorer sa thymie. Il avait évoqué les nombreux décès dans son
entourage, sa peur de la mort et de la maladie et une faible estime de lui-même. Au fil des
échanges, il avait pu analyser son comportement, exprimer ses besoins et verbaliser son
problème. À l'issue de son hospitalisation, il se disait content du séjour qui lui avait permis
une socialisation avec d'autres patients, qui avait contribué à diminuer son angoisse et à lui
permettre de plus relativiser sa situation. Il indiquait qu'à son retour à domicile, il aimerait
pouvoir reprendre une activité professionnelle.![endif]>![if> 4. À teneur d'une lettre de
sortie établie le 14 novembre 2012 par la docteure C_____ et le docteur D_____, du
centre de thérapie brève (ci-après CTB) du département de santé mentale et psychiatrie des
Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après HUG) , l'assuré a séjourné dans ce service du
20 août au 4 octobre 2012. Le diagnostic principal était un trouble dépressif récurrent,
épisode actuel moyen, sans syndrome somatique, et les autres diagnostics étaient un trouble
panique (anxiété épisodique paroxystique) et phobies spécifiques (sang). Le patient avait
été adressé par le docteur E_____, psychiatre de la fondation Phénix, pour une prise de
soins de crise en raison d'une exacerbation d'une symptomatologie anxio-dépressive avec
des idées obsédantes et hypocondriaques.![endif]>![if> 5. Par courrier du 15

novembre 2012, l'assuré a informé l'OAI avoir touché des indemnités de l'assurance-chômage jusqu'en octobre 2010. Il n'avait pu bénéficier des prestations du RMCAS, car sa compagne gagnait suffisamment pour subvenir à leurs besoins. Depuis, ils avaient eu un enfant. Durant l'année 2011, il avait travaillé en tant qu'indépendant. Sa dépression avait commencé en novembre 2011 et il avait alors arrêté brusquement ses activités professionnelles. 6. Dans un rapport du 9 janvier 2013, la docteure F_____, médecine générale FMH, a informé l'OAI que la cause de l'incapacité de travail de l'assuré était un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère. Elle suivait le patient depuis le mois d'octobre 2012. Son évolution était « très très très lentement favorable ». Sa capacité de travail dans l'activité habituelle était actuellement de 0%, mais il pourrait, à moyen terme, reprendre cette activité. 7. Selon un rapport médical intermédiaire établi le 8 mai 2013 par la Dre F_____, l'état de santé de l'assuré était stationnaire (très discrète amélioration). La capacité de travail était toujours de 0%. La compliance était optimale. 8. À teneur d'un rapport établi le 23 mai 2013 par la Dre B_____ et la docteure G_____, de la clinique genevoise de Montana, l'assuré a séjourné dans cet établissement du 7 au 13 mars 2013, date de son retour à domicile, pour une stabilisation de son état psychique. Le diagnostic principal était un trouble dépressif récurrent. L'assuré avait bénéficié de deux entretiens avec des psychologues, lors desquels il avait pu verbaliser sa crainte de revivre une attaque de panique. Un état anxieux envahissant pouvant arriver à la limite d'un état de dépersonnalisation avait été constaté. Sur son initiative, le patient avait décidé d'écourter son séjour pour retrouver son enfant. Les propositions de sortie étaient un suivi habituel à sa consultation, un suivi psychologique chez la Dre H_____ et un bilan lipidique à reconstruire. 9. Selon un rapport de bilan établi par le professeur I_____, médecin adjoint agrégé, et le docteur J_____, médecin chef de clinique, du service des spécialités psychiatriques des HUG, le 21 juin 2013, les diagnostics étaient un trouble de panique et un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique. 10. Le 30 décembre 2013, l'assuré a informé l'OAI qu'il avait été suivi par plusieurs médecins, sans changement depuis plusieurs mois. Son médecin traitant était la Dre F_____ et il était suivi par le Dr J_____, psychiatre, depuis le mois d'avril sans changement. Concernant son état de santé, il n'était pas en état de travailler et malgré ce qu'en disaient les médecins, il ne voyait pas d'amélioration. 11. Par rapport médical intermédiaire du 29 janvier 2014, la Dre F_____ a informé l'OAI que l'état de santé de l'assuré s'était aggravé. Il souffrait d'un état anxio-dépressif sévère depuis fin 2013 et était actuellement hospitalisé. 12. Selon une lettre de sortie établie le 5 mars 2014 par la docteure K_____, médecin chef de clinique, et la docteure L_____, médecin interne, du service de psychiatrie générale des HUG, l'assuré avait séjourné dans ce service du 23 janvier au 27 février 2014. Le diagnostic principal était un épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques. Les autres diagnostics étaient des phobies spécifiques (isolées). Il s'agissait d'une première hospitalisation à la clinique de Belle-Idée, en entrée ordinaire, pour tentative de suicide par veinosection. À son arrivée, le patient se présentait très anxieux avec un sentiment d'incurabilité et de désespoir. Il était habité par des idées sub-déliantes hypochondriaques (pensant souffrir de maladies graves, de schizophrénie ou de la maladie de Lyme) et par des idées suicidaires, car il jugeait son état incurable. Il était conclu à un probable épisode dépressif sévère avec symptômes mélancoliques, chronicisé depuis deux ans, ayant une présentation légèrement atypique. Un traitement antidépresseur avait été initié avec une évolution clinique favorable, disparition des idées suicidaires et un début de

critique de ses idées sub-délirantes hypocondriaques. ![/endif]>![if> 13. À teneur d'un avis médical établi par la docteure M_____, médecin du service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après SMR), le 10 octobre 2014, le Dr N_____, psychiatre, n'avait jamais rempli le rapport médical, tout comme les autres psychiatres consultés par l'assuré, qui en changeait souvent. Il y avait lieu de demander une expertise psychiatrique à un médecin indépendant, afin de déterminer si l'assuré présentait une atteinte à la santé durable et incapacitante. ![/endif]>![if> 14. Selon une lettre de sortie établie le 12 mai 2015 par des médecins du service de psychiatrie générale des HUG, l'assuré a résidé dans ce service du 30 janvier au 17 février 2015. Le diagnostic principal était un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques. Le diagnostic d'accentuation de certains traits de personnalité était également retenu. Il s'agissait d'une deuxième hospitalisation en raison d'idées suicidaires actives. L'hospitalisation était survenue dans un contexte d'angoisses envahissantes et d'idées suicidaires actives pour mise à l'abri du patient et réadaptation du traitement médicamenteux. À son admission, il était tendu et déprimé, avec des ruminations obsédantes autour de sa maladie, une anhédonie, une aboulie et une perte d'espoir par rapport à l'avenir. Durant les entretiens, il manifestait une importante souffrance psychique avec, par moments, une thymie triste et des idées suicidaires égodystoniques et envahissantes, mais sans projets. Il présentait également des symptômes psychotiques sous forme d'une inhibition sévère, une perte parfois de contact avec la réalité, des convictions délirantes autour de sa maladie ainsi qu'un sentiment de dissociation, sans qu'il n'y ait pour autant un délire de persécution ou des hallucinations. En raison de ce tableau dépressif, le traitement de Sertraline avait été augmenté jusqu'à 100 mg/j et celui de Seroquel de 200 à 400 mg afin d'apaiser les ruminations obsédantes, avec une bonne tolérance du patient. Au fil des jours, une légère amélioration thymique avait été constatée ainsi qu'un apaisement des ruminations délirantes, qui restaient toutefois toujours présentes. Une sortie avait été décidée au 17 février 2015 afin que le patient puisse reprendre rapidement ses activités thérapeutiques au programme de jour et éviter une probable régression dans une structure hospitalière. ![/endif]>![if> 15. À teneur d'une lettre de sortie établie le 20 mars 2015 par la docteure O_____, médecin interne, et le docteur P_____, médecin chef de clinique, du service de psychiatrie générale des HUG, l'assuré a résidé dans ce service du 1^{er} mars au 7 avril 2015. Le diagnostic principal était un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques. Le diagnostic d'accentuation de certains traits de personnalité était également retenu. Il s'agissait de la troisième hospitalisation en entrée ordinaire pour mise à l'abri d'idées suicidaires. À son arrivée, le patient s'était montré déprimé, avec la présence de ruminations anxieuses autour de sa maladie. Il était toujours convaincu qu'il souffrait d'une maladie cérébrale et que son cerveau ne fonctionnait plus. Il exprimait une souffrance profonde et arrivait à identifier au fil du temps l'origine psychique de sa problématique. Le Seroquel avait été augmenté de 400 à 600 mg/j et le traitement antidépresseur de Sertraline avait été augmenté de 100 à 150 mg. Il avait été transféré à la clinique La Métairie le 7 avril 2015. Les médecins avaient appuyé le projet de la famille du patient de le transférer à la clinique de la Métairie, car elle avait l'impression que son état stagnait. Au fil du temps, le patient s'était montré légèrement plus détendu, avec moins de ruminations obsédantes et gardait un sentiment d'espoir pour l'avenir. Néanmoins, un retour à domicile n'était pas envisageable pour lui, ni la reprise de son suivi au CAPPI. ![/endif]>![if> 16. À teneur de la lettre de sortie établie le 6 août 2015 par le docteur Q_____ et la docteure R_____, de la clinique La Métairie, le diagnostic principal était troubles schizo-affectifs de type dépressif et troubles de la personnalité sans

précision. L'assuré y avait séjourné du 7 avril au 15 juin 2015. À l'admission, l'assuré était très anxieux, perplexe et ralenti. Il était orienté aux trois modes. La thymie était dépressive, sans idées suicidaires actives. On notait des pensées et un sentiment d'inutilité, des idées de dévalorisation, de dissociation entre le corps et les pensées. Il n'y avait pas de trouble de la perception. Durant son séjour, le patient avait bénéficié d'entretiens psychothérapeutiques individuels, de couple et avec son père. Il ne s'était que peu investi dans les activités paramédicales. Malgré les angoisses envahissantes, au plan psychopharmacologique, le patient n'avait pas souhaité une augmentation de son traitement de Seroquel, mais il avait accepté l'introduction de Temesta. Cette réticence d'un traitement psychopharmacologique semblait en lien avec la péjoration de son état psychique qu'il liait à la prise de plusieurs médicaments. Il aurait vécu des effets paradoxaux notamment avec le Stilnox et le Xanax. L'Efexor aurait eu un effet anxiogène. L'état de l'assuré ne s'était que peu amélioré. On notait tout de même une légère diminution des angoisses et une amélioration du contact avec l'interlocuteur et un discours moins centré. Dans les entretiens de couple, on notait une grande tension. L'épouse de l'assuré supportait difficilement l'état de son mari et était dans l'attente constante d'un changement, évoquant à plusieurs reprises une possible séparation, ce qui ne faisait qu'augmenter les angoisses du patient. Après plusieurs semaines d'hospitalisation, ce dernier avait accepté une proposition de centre de jour à La Métairie. Il y serait suivi par le docteur S_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. 17. Le 23 juin 2015, l'assuré a informé l'OAI que les frais de soins et séjour à la clinique La Métairie était couverte pendant deux mois par son assurance-maladie. Depuis le 22 juin, il aurait dû poursuivre ses traitements médicaux en ambulatoire dans cette clinique. Il avait été prévenu le même jour que l'accès à ces soins nécessitait un dépôt de garantie de CHF 2'000.- qu'il n'était pas en mesure d'assumer n'ayant aucune source de revenus depuis plus de trois ans. Son assurance ne prenant pas en charge les soins ambulatoires, il devait interrompre les traitements médicaux entrepris lors de son hospitalisation. Il attendait sa décision quant à sa demande d'aide financière qui lui avait adressée en 2012. 18. Le 24 juin 2015, l'OAI a confié une expertise psychiatrique au docteur T_____, psychiatrie et psychothérapie FMH. 19. Le 14 août 2015, Monsieur U_____, psychologue, spécialiste FSP en neuropsychologie et psychothérapie, a informé le Dr T_____ que, du point de vue cognitif, la capacité de travail de l'assuré était pleine et entière dans l'activité antérieure et dans toute autre activité de même niveau d'exigence cognitive. Toutefois, les résultats avaient été observés dans un environnement cadré par des consignes clairement énoncées où l'examineur guidait l'expertisé dans ses tâches. On pouvait faire l'hypothèse, compte tenu des plaintes psychiques et du comportement anxieux dans le contexte de l'examen, que, livré à lui-même, l'assuré pourrait présenter un moins bon fonctionnement cognitif. En ce sens, une activité d'indépendant n'était probablement pas conseillée. Il serait préférable qu'il retrouve un travail en tant que salarié avec des tâches précises qui lui seraient assignées. Des mesures de réinsertion professionnelle et d'accompagnement au retour en emploi étaient parfaitement possibles, et même probablement souhaitables, chez un expertisé qui n'avait plus travaillé depuis trois ans et demi. Le psychologue mentionnait dans son rapport avoir constaté de nombreux signes d'anxiété lors de l'examen de l'assuré. Ce dernier répondait de manière précipitée aux premières tâches, mais il s'en était rendu compte et était parvenu à adopter un rythme de réponse plus adéquat par la suite. Il anticipait des échecs. Il s'inquiétait de ses résultats en permanence, mais les retours qu'il avait pu lui faire, systématiquement positifs au vu de ses performances au test bonnes à excellentes, ne le

rassuraient pas. Il restait très critique envers la qualité de ses réponses aux tests. Il avait demandé une pause cigarette après un peu plus d'une heure d'examen. Il n'y avait pas de signes cliniques de surcharge ou de défaut d'effort. L'engagement dans les tâches était normal. En particulier, on n'observait pas les renoncements (« je ne sais pas; je n'y arrive pas ») qui étaient fréquents chez les personnes déprimées. À teneur du rapport établi le 14 septembre 2015 par le Dr T_____, son expertise se fondait sur l'examen de l'expertisé, qui avait eu lieu le 16 juillet 2015, l'examen du dossier mis à sa disposition, le rapport médical établi le 22 juillet 2015 par le Dr V_____, l'examen neuropsychologique du 3 août 2015 de M. U_____, la lettre de sortie du 6 août 2015 de la clinique La Métairie, un entretien téléphonique du 14 août 2015 avec le Dr S_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et les lettres de sortie des 20 mars et 12 mai 2015 du service de psychiatrie générale des HUG reçues le 10 septembre 2015. L'expert a résumé les pièces médicales au dossier et les données subjectives de l'expertisé. L'expert a mentionné que le Dr S_____ l'avait informé connaître l'assuré depuis sa sortie de la clinique La Métairie où il avait passé un séjour de presque deux mois. Le début de son suivi à l'hôpital de jour avait été compliqué par un problème de l'assuré avec son assurance maladie, raison pour laquelle le Dr S_____ ne l'avait rencontré que deux fois en juin 2015. Au début du mois de juillet 2015, l'assuré pouvait finalement intégrer l'hôpital de jour où il présentait un état de stupeur avec plus ou moins d'éléments psychotiques, comme des moments de dépersonnalisation et l'impression qu'il ne maîtrisait plus son corps. Éventuellement, ces symptômes s'accompagnaient d'hallucinations et de symptômes dépressifs peu clairs. Ainsi l'assuré décrivait une culpabilité peu claire et n'arrivait pas à élaborer sa situation lors des entretiens. Cette situation, des problèmes de couple et la perte de son travail le stressaient. Le Dr S_____ avait observé une personnalité pré-morbide fragile d'un patient qui n'avait jamais été stable. Sa mère se montrait très envahissante en répondant à sa place lors des entretiens. L'assuré ne luttait pas contre cette situation et souffrait d'angoisses importantes. Il se rendait à l'hôpital de jour une fois par semaine pour une demi-journée depuis juillet 2015 et participait surtout à des groupes d'arts et d'ergothérapie. Comme le Dr S_____ n'avait vu le patient que trois ou quatre fois au total, il n'avait pas changé sa médication. Sous données personnelles et familiales, l'expert a notamment mentionné qu'à l'âge de 18 ans, l'expertisé s'était engagée dans une première relation sentimentale avec sa future épouse. Le couple vivait ensemble depuis 2002. Il avait attendu neuf ans pour se mettre en ménage à cause de son besoin d'indépendance. Le couple s'était marié en 2011 en raison de la grossesse de la compagne de l'assurée. L'expertisée décrivait subir des tensions récurrentes avec son épouse, décrite comme assez froide et pas très compatissante. De leur union était né un garçon le _____ 2011. Comme il tenait à son indépendance, l'expertisé s'était engagé dans plusieurs relations extraconjugales par période. En 2013, il s'était engagé dans une dernière relation extraconjugale avec une étudiante de 21 ans sa cadette. Cette relation avait duré une année. Face aux disputes avec son épouse, il avait mis un terme à cette relation, soit à fin 2014. En 2001, l'expertisé avait fondé un club de modélisme et aménagé un local ouvert aux membres les mercredis et les week-ends. Jusqu'en été 2014, il s'y était rendu au moins une fois par semaine pour passer du temps en faisant du bricolage. Cette activité lui procurait beaucoup de plaisir et il ne pouvait pas dire pourquoi il n'était plus retourné dans ce local depuis environ une année, ni pourquoi il n'avait plus participé à des réunions de son association depuis 2015. Il décrivait des relations proches avec deux amis qu'il connaissait depuis l'adolescence et qu'il voyait au moins une fois par mois. Il décrivait une relation difficile avec sa mère qui le bousculait et

qui était un peu envahissante. Il la voyait néanmoins deux fois par semaine, de même que son père avec lequel il avait une relation distante. En juillet 2014, il avait entrepris un dernier voyage dans la région d'Uzès avec sa femme, son enfant et sa mère, dans la maison de cette dernière. Ce séjour lui avait fait du bien. Il avait fabriqué quelques maquettes et fait de la cuisine. S'agissant de sa vie quotidienne, l'expertisé indiquait se lever vers 10h00, regarder la télévision pendant environ deux heures, faire une sieste d'une heure, consulter Internet pendant une heure, parler au téléphone avec des amis, en grignotant en fonction de ses envies, sans repas fixe. Vers 17h00, sa mère amenait son fils de la crèche et il s'occupait de lui en attendant que son épouse rentre vers 17h30. Il discutait un peu avec cette dernière avant de préparer le repas du soir parce qu'il aimait bien cuisiner. Après le repas, il discutait un peu avec son épouse et ils passaient le reste de la soirée à regarder des films. Il se couchait vers 1h00, profitant des soirées pendant lesquelles il se sentait mieux. Il aidait son épouse à ranger et nettoyer l'appartement ainsi qu'à faire les courses. Sous données objectives, l'expert a décrit le status psychique de l'assuré. L'humeur était déprimée à la base avec des baisses d'humeur et des moments avec des larmes aux yeux face à l'évocation du décès de plusieurs amis ainsi que de sa crainte de souffrir d'une psychose ou d'une démence. L'humeur s'allégeait lorsque des thèmes plus positifs étaient abordés, comme son intérêt pour certains films ou séries, notamment. Sur le plan anxieux, il ne présentait pas de sentiment de nervosité ou d'angoisse, s'accompagnant de symptômes neurovégétatifs et d'une attente craintive dépassant la peur d'une maladie psychiatrique, en faveur d'une anxiété généralisée. Néanmoins, il se plaignait d'un sentiment d'angoisse quasi permanent qui s'aggravait par moments, actuellement environ deux fois par semaine, sans survenue brutale d'un sentiment de panique avec une peur secondaire de mourir en faveur d'attaque de panique actuelle. L'expert a posé les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de troubles dépressifs récurrents, épisode actuel léger, sans syndrome somatique, existant depuis 2004 et accentuation de traits de personnalité évitante existant probablement depuis l'âge de jeune adulte. Sous synthèse et discussion, il a mentionné que son examen clinique psychiatrique n'avait pas montré de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de troubles phobiques dépassant la description anamnétique d'une phobie de sang, ni de syndrome douloureux somatoforme persistant. La plainte principale de l'expertisé concernait l'idée de souffrir d'un trouble psychotique ou d'une démence. Décrivant cette idée comme bizarre, il se plaignait d'angoisses ainsi que d'une impossibilité de se reposer à cause de ruminations et de pensées envahissantes s'accompagnant d'une grande tristesse avec un sentiment d'impuissance et de désespoir. En parallèle, il se plaignait d'une fatigue et d'un épuisement à cause de ses angoisses, décrites d'une manière dramatique. Selon lui, ses symptômes persistaient et s'aggravaient depuis fin 2011, malgré diverses démarches thérapeutiques, comme des traitements stationnaires, laissant penser à un épisode dépressif sévère, résistant aux traitements. Cette description dramatique des plaintes subjectives montrait des incohérences avec des éléments objectivables de l'anamnèse et de l'examen. Malgré l'expression d'une tristesse et d'un sentiment de désespoir persistant depuis 2011, l'expertisé faisait preuve de sa réactivité émotionnelle à des événements agréables. Ainsi, il se déridait facilement, une fois ses plaintes subjectives exprimées, se montrait souriant, par exemple lorsqu'il abordait son intérêt pour certains films, des sujets politiques et des rencontres avec des amis et son frère. Laisant apparaître un sens de l'humour, il faisait de petites blagues et se montrait souriant à quelques reprises. Contrairement à sa plainte concernant une fatigue quasi permanente et un sentiment d'épuisement, il avait participé activement à un entretien d'une durée de plus de trois

heures, sans signe de fatigue après des efforts minimes. Il n'y avait pas de diminution majeure de la concentration ou de l'attention et l'assuré maîtrisait des tests cognitifs vers la fin de l'examen. Ces observations correspondaient à sa capacité à passer régulièrement du temps en lisant sur internet et à conduire sa voiture en ville de Genève. Malgré la description d'un repli sur soi, il n'y avait pas de sentiments de gêne ou de timidité dans des situations sociales ainsi que d'autres éléments en faveur d'une diminution majeure de l'estime de soi ou de la confiance en soi. Décrivant spontanément son attachement à ses amis proches et son frère, il n'exprimait pas d'idées de dévalorisation, mais uniquement un sentiment de culpabilité par rapport à ses symptômes. Il les expliquait par sa fixation sur la peur d'un trouble psychique, entraînant également une attitude plutôt pessimiste face à l'avenir, à cause de la conviction d'être gravement malade. Néanmoins, il niait avoir eu l'idée ou commis des actes auto-agressifs en dehors d'une tentative de suicide en janvier 2014. Sans difficultés d'endormissement, par exemple à cause de ruminations anxieuses ni de réveils fréquents, il décrivait un bon sommeil et constatait une diminution de la libido qui restait légère ainsi qu'une dépression plus marquée le matin. En parallèle, il n'y avait pas de signes objectivables d'une diminution de l'appétit chez un expertisé qui décrivait une prise de poids jusqu'en janvier 2015, suivie d'une réduction volontaire depuis. L'examen neuropsychologique du 3 août 2015 ne mettait en évidence aucun déficit cognitif chez l'expertisé qui performait de manière efficiente à tous les tests. Présentant d'excellents scores à deux sous-tests de raisonnement, l'expertisé ne montrait pas de ralentissement, de troubles de l'attention ou de la mémoire épisodiques tels qu'on pouvait les observer chez des patients dépressifs. Il ne manifestait pas non plus face aux tâches les comportements typiques d'un patient dépressif et montrait des capacités cognitives surprenantes par rapport à ses plaintes subjectives. Par conséquent, l'anamnèse et les examens actuels de l'assuré ne permettaient pas de retenir un épisode dépressif dépassant un degré léger, en prenant en considération des signes non spécifiques d'anxiété et les plaintes subjectives qui ne se trouvaient pas en contradiction avec des éléments objectivables. Il ne souffrait pas non plus d'une agitation ou d'un ralentissement marqué, contrairement au tableau clinique typiquement observé lors d'un épisode dépressif sévère. En dehors des crises ponctuelles qui avaient notamment motivé trois hospitalisations à la clinique de Belle-Idée, les éléments objectivables de l'anamnèse ne permettaient pas de confirmer un tel degré de sévérité des symptômes dépressifs. Ainsi, l'expertisé s'était engagé dans une relation sentimentale jusqu'à fin 2014 et poursuivait volontiers des activités associatives et des loisirs, comme le bricolage de figurines, jusqu'en été de la même année. Il restait toujours capable de mettre en question sa peur d'une psychose et d'une démence. Ses idées anxigènes ne justifiaient pas le diagnostic de symptômes psychotiques. Les observations faites lors du séjour du 26 juin au 17 juillet 2012 à la clinique genevoise de Montana n'étaient pas le degré de sévérité des symptômes dépressifs retenus dans la lettre de sortie de cette institution. Sans changement du traitement psychotrope, l'expertisé avait fait preuve de sa réactivité émotionnelle lors de ce séjour. Il avait ainsi bénéficié de contacts sociaux lui permettant de relativiser sa situation et de développer des objectifs professionnels constructifs, comportement typiquement observé en cas de symptômes dépressifs relativement légers. Malgré une exacerbation de la symptomatologie anxio-dépressive qui avait motivé des consultations ponctuelles au CTB Pâquis, le docteur C_____ avait retenu seulement un épisode dépressif moyen lors du suivi du 20 juin au 4 octobre 2012. En revanche, le diagnostic simultané d'un trouble panique retenu par le Dr C_____ était incompatible avec les directives des classifications retenues comme la CIM-10. Ainsi, on ne devait pas faire un

diagnostic principal de troubles paniques quand le sujet répondait en même temps aux critères d'un trouble dépressif (CIM-10). Comme dans le cas des pensées obsédantes décrites par l'expertisé, ces symptômes constituaient un phénomène d'accompagnement du trouble dépressif. Étant donné un premier épisode dépressif en 2004, motivant un suivi psychiatrique avec un traitement psychotrope suivi par une rémission jusqu'à la survenue d'un deuxième épisode dépressif à fin 2011, l'anamnèse de l'expertisé correspondait à un trouble dépressif récurrent. Néanmoins, il avait limité les traitements spécialisés à quelques semaines, comme dans le cas du CTB, qui ne décrivait que des consultations ponctuelles. Il avait présenté une thymie neutre, sans signe affectif dépassant la description d'une anxiété, d'un discours très pauvre et moyennement informatif, lors d'un bref séjour à la clinique genevoise de Montana en mars 2013. Étant donné les incohérences entre des plaintes subjectives et des éléments objectivables, la validité des tests psychométriques utilisés par le Dr J_____ en été 2013 restait limitée, notamment dans le cas des tests d'auto-évaluation. En même temps, le status psychiatrique de son rapport du 30 août 2013 ne permettait pas de constater un épisode dépressif dépassant le degré léger, en l'absence d'un trouble de la concentration et de l'attention, d'idée suicidaire, de perturbation du sommeil ou de diminution de l'appétit. Observant un patient qui s'exprimait avec un discours cohérent, informatif et sans élément délirant, il avait pourtant retenu un trouble dépressif récurrent avec un épisode actuel moyen, en parallèle à un trouble de panique, malgré l'absence d'attaque de panique récente décrite par l'expertisé. À nouveau, l'importance du degré de sévérité des diagnostics semblait influencée par les plaintes subjectives de l'expertisé. Cependant, le caractère dramatique de ses plaintes était incompatible avec les éléments objectivables de l'anamnèse d'un expertisé qui continuait à poursuivre ses activités sociales et ses loisirs en 2013. Lors de sa première hospitalisation à la clinique de Belle-Idée, après un geste auto-agressif, à fin janvier 2014, l'expertisé avait montré une évolution favorable avec disparition des idées suicidaires et un début de critique de ses idées hypochondriaques. Lors de sa sortie à fin février 2014, ses symptômes dépressifs ne correspondaient plus à un épisode sévère, ni moyen, car il avait pu reprendre ses loisirs et activités sociales, selon ses propres dires. Malgré l'observation d'un tableau clinique qui n'évoluait que très peu, lors du suivi au CAPPI Pâquis du 23 janvier 2014 au 1^{er} mars 2015, il s'était engagé dans une relation extraconjugale et avait affronté des conflits avec son épouse. En parallèle, il avait profité de vacances en juillet 2014 et poursuivait son engagement associatif, participant encore à des réunions jusqu'à fin 2014. Au début de l'année 2015, il avait subi une nouvelle aggravation de son état au moment de sa séparation d'avec sa compagne, face aux conflits avec son épouse, lesquels avaient nécessité deux séjours à la clinique de Belle-Idée en janvier et mars 2015. À nouveau, le degré de sévérité de l'épisode dépressif retenu par les thérapeutes semblait se baser principalement sur les plaintes subjectives d'un expertisé confronté avec un système familial, décrit par plusieurs intervenants comme omniprésent, envahissant et source de stress. Les lettres de sortie des 20 mars et 12 mai 2015 qui décrivaient seulement une thymie triste par moments et l'absence d'agitation psychomotrice ou de troubles cognitifs ne permettaient pas d'étayer un épisode dépressif sévère. Ainsi, le status au début de sa dernière hospitalisation à la clinique de Belle-Idée ne permettait pas de confirmer un épisode dépressif dépassant un degré léger. Malgré la description d'une amélioration légère au cours de cette hospitalisation, l'expertisé avait pourtant demandé d'enchaîner avec un autre traitement stationnaire à la clinique La Métairie jusqu'au 15 juin 2015. Cependant, il avait refusé une adaptation de son traitement psychotrope, refusant même une augmentation de son

traitement avec Seroquel, ce qui contrastait avec sa plainte concernant des angoisses envahissantes. À l'admission, le status se limitait à la description d'un patient très anxieux, perplexe et ralenti exprimant un sentiment d'inutilité et des idées de dévalorisation ainsi qu'une plainte concernant une dissociation entre son corps et les pensées. Puis, la lettre de sortie de La Métairie décrivait un patient peu investi dans les activités paramédicales sans autre élément objectivable permettant de confirmer le diagnostic d'un trouble schizo-affectif, notamment l'absence d'un trouble de perception. Par contre, ce diagnostic caractérisé par des symptômes affectifs et schizophréniques qui se trouvaient conjointement au premier plan, contrastait avec la bonne performance de l'expertisé à l'examen neuropsychologique actuel, notamment, en dépit de l'absence d'amélioration observée par ses thérapeutes. Leur diagnostic d'un tel épisode, qui par ailleurs guérissait complètement dans la plupart des cas, paraissait à nouveau basé sur les plaintes subjectives d'un expertisé fixé sur l'idée d'une maladie psychiatrique grave, qu'il mettait pourtant en question à l'exploration. Depuis sa sortie de la clinique La Métairie, l'expertisé avait repris une vie organisée en fonction de ses envies et intérêts, par exemple pour la politique et des films, sans incapacité à faire face aux exigences de la vie quotidienne. Au contraire, il faisait preuve de capacités, notamment à l'examen neuropsychologique, permettant d'exclure la persistance d'un épisode dépressif sévère ou d'un trouble schizophrénique. En conséquence, les éléments objectivables de son anamnèse et des examens correspondaient à un trouble dépressif récurrent qui ne dépassait pas un épisode léger en dehors de ses hospitalisations psychiatriques. Le décalage entre le vécu subjectif de l'expertisé et les éléments objectivables s'inscrivait dans une problématique systémique déjà observée au CAPPI Pâquis du 23 janvier 2014 au 1^{er} mars 2015. Face à une accumulation de facteurs de stress psychosocial, comme des problèmes financiers lors de son travail indépendant, un conflit de couple et des parents envahissants, l'expertisé se montrait réticent à faire des efforts sans récompense immédiate. Ayant adopté un rôle passif de malade, il montrait une tendance à réagir au conflit avec un sentiment envahissant de tension et d'appréhension, tout en s'engageant dans des relations extraconjugales jusqu'à fin 2014. Exprimant son besoin d'autonomie, il ne s'était marié que lorsque son épouse était tombée enceinte et paraissait ambivalent quant à son rôle de père en décrivant un cortège de plaintes psychiques variables depuis la naissance de son enfant. Étant donné les incohérences entre une partie de ses plaintes, par exemple concernant un épuisement, un repli sur soi ainsi qu'une perte de plaisir et les éléments objectivables des examens, il paraissait actuellement peu enclin à surmonter ce rôle de malade. Sans signe d'une simulation, ce rôle de malade semblait maintenu par des bénéfices secondaires, comme le soulagement de la confrontation avec ses difficultés à subvenir au besoin de sa famille et d'un travail indépendant vécu comme contraignant ainsi qu'avec ses responsabilités en tant que père de famille. Se présentant comme complètement infantilisé vis-à-vis de ses proches omniprésents, selon les thérapeutes du CAPPI Pâquis, il poursuivait pourtant des activités en fonction de ses envies, contrastant avec ses plaintes subjectives. Contrairement aux patients souffrant d'un épisode dépressif moyen ou sévère, subissant typiquement une aggravation de leurs symptômes lors d'un changement de la routine, l'expertisé avait entrepris un voyage au sud de la France où il occupait volontiers ses loisirs. Refusant une augmentation du Seroquel lors de son séjour à La Métairie, il avait réduit la dose de cette médication à la moitié après sa sortie et poursuivi des thérapies à l'hôpital de jour, se limitant à une demi-journée par semaine et des consultations psychiatriques occasionnelles. Ces démarches contrastaient avec la sévérité du diagnostic retenu par ses thérapeutes ainsi

que les indications de l'expertisé concernant l'intensité de sa thérapie laissant penser à une tendance à la déformation de la vérité. Malgré sa structure de personnalité, l'expertisé gardait des relations proches dans un cadre psychosocial stable depuis de nombreuses années. Il avait été capable de poursuivre deux formations professionnelles avant de faire preuve de ses capacités d'adaptation en travaillant dans différents contextes avec des engagements de plusieurs années. Sans signe d'une perturbation sévère sur plusieurs niveaux de fonctionnement, persistant depuis l'adolescence, son anamnèse et l'examen actuel ne montraient pas de décompensation d'un trouble de la personnalité. Cependant, ses particularités de fonctionnement correspondaient à l'accentuation de traits de personnalité évitante n'ayant pas de valeur de maladie tout en favorisant l'adoption d'un rôle passif de malade au lieu d'affronter les problèmes en lien avec sa relation conjugale et sa situation professionnelle. En conclusion, le trouble dépressif récurrent et l'accentuation de traits de personnalité de l'expertisé ne justifiaient pas d'incapacité de travail en dehors de ses traitements stationnaires de janvier à février 2014 ainsi que de janvier à juin 2015. En faisant abstraction de ses plaintes subjectives et incohérentes, l'effort à surmonter ses symptômes dépressifs relativement légers et fluctuants depuis 2011 restait raisonnablement exigible afin de reprendre une activité professionnelle à plein temps, par exemple comme informaticien, au plan psychique. Afin de tenir compte du fonctionnement en lien avec son accentuation de traits de personnalité évitante, la reprise d'une activité plus structurante dans un cadre clairement défini, par exemple comme employé dans l'informatique, serait préférable à un travail indépendant. Comme discuté avec M. U_____, un travail de salarié lui permettrait davantage de mettre en valeur ses bonnes capacités cognitives dont il avait fait preuve à l'examen ainsi que ses expériences professionnelles dont témoignait son anamnèse. Après plus de trois ans sans travail, l'expertisé pourrait ainsi bénéficier de mesures de réinsertion professionnelle dans le but d'un reconditionnement et d'une aide au placement. En parallèle, il serait souhaitable de le soutenir par des démarches thérapeutiques visant la clarification de sa situation familiale, notamment face au fonctionnement envahissant d'une partie de son entourage. Ainsi, de telles démarches pourraient motiver l'expertisé à mettre en valeur ses ressources personnelles dont témoignaient ses activités sociales et les examens actuels, au lieu de rester fixé sur un rôle de malade. La reprise d'un travail en tant que salarié avec des tâches précises et un cadre structurant dans son domaine de formation, l'informatique, était susceptible de faciliter à l'expertisé la poursuite stable d'une activité à 100% au lieu d'être livré à lui-même en tant qu'indépendant. La capacité était de 100% après quelques mois d'augmentation progressive du taux de travail afin de tenir compte de son déconditionnement. Il n'y avait pas de diminution du rendement à condition d'une reprise progressive de travail. 21. Dans son avis du 12 novembre 2015, la Dre W_____, du SMR, a considéré que l'expertise répondait aux exigences de qualité attendues et était convaincante. 22. Le 18 décembre 2015, l'assuré a transmis à l'OAI ses avis de taxation pour les années 2006 à 2011. Il a précisé qu'il avait été employé chez X_____ de 2006 à 2007, qu'il avait été au chômage de 2008 à 2009 et qu'il avait exercé une activité indépendante de 2010 à 2011. Il n'avait eu qu'un seul client régulier et était tombé malade avant d'avoir pu terminer son dernier mandat pour lui. Il avait entamé les démarches pour s'inscrire à la FER ou au registre du commerce, mais cela n'avait pas été finalisé. L'avis de taxation pour 2010 ne prenait en compte que les revenus de sa conjointe alors qu'il avait signalé avoir obtenu en tant qu'indépendant CHF 1'110.- en juillet 2010, CHF 2'000.- en octobre 2010, CHF 176.- en mars 2010, CHF 1'680.- en juin 2010 et CHF 1'238.- en juin 2010. En 2011, il lui

semblait avoir fait encore un contrat ou deux, puis son fils était né et il était tombé malade quatre mois après. [endif]>[if> 23. Dans une note de l'OAI du 27 avril 2016, il est mentionné que l'activité salariée avait été retenue comme activité habituelle, car elle était la plus adaptée et parce que l'activité indépendante n'avait pas généré de gains et que l'assuré n'avait pas cotisé comme tel. Le statut retenu était celui d'actif.[endif]>[if> 24. Par projet de décision du 4 mai 2016, l'OAI a informé l'assuré qu'il ne lui reconnaissait pas de droits à des prestations de l'assurance-invalidité. En date du 29 octobre 2012, l'assuré avait déposé une demande de prestations à l'OAI à la suite d'une incapacité de travail ayant débuté en janvier 2012. Avant l'atteinte à la santé, il exerçait une activité d'informaticien à temps complet. Au vu des éléments du dossier, il était vraisemblable que, sans l'atteinte à la santé, il aurait continué à exercer son activité habituelle à 100%. Dès lors le statut retenu était celui d'actif. Après avoir questionné ses médecins et complété l'instruction du dossier par une expertise, l'OAI constatait que les atteintes à la santé présentées ne pouvaient justifier d'une incapacité de travail durablement installée. Hormis pour quelques périodes d'interruption momentanées, la capacité de travail raisonnablement exigible dans les activités professionnelles habituelles demeurait à ce jour complète sans baisse de rendement. [endif]>[if> 25. Le 26 mai 2016, l'assuré a formé opposition au projet de décision. Contrairement à ce que l'OAI avait retenu, il était suivi par différents services des HUG depuis sa demande de prestations et des hospitalisations ambulatoires de longue durée avaient suivi ses sorties d'hôpital. Il n'y avait donc pas eu d'interruption momentanée de son traitement. Les médecins qu'il avait consultés avaient attesté de son incapacité de travail durant sa maladie. Il était, à l'heure actuelle, encore suivi par les HUG- CAPPI auprès du docteur Y_____ et, dans le privé, par le Dr S_____, dont les rapports ne figuraient pas au dossier de l'OAI à sa connaissance. Il sollicitait un entretien pour clarifier la situation et fournir d'autres pièces au dossier si nécessaire. [endif]>[if> 26. Le 31 mai 2016, l'OAI a demandé à l'assuré de compléter son audition par des éléments médicaux circonstanciés et lui a suggéré de transmettre son dossier à ses médecins.[endif]>[if> 27. Par décision du 27 juin 2016, l'OAI a confirmé son projet de décision, constatant que l'assuré n'avait pas transmis de nouveaux éléments médicaux circonstanciés dans le délai qui lui avait été imparti pour ce faire.[endif]>[if> 28. Le 26 août 2016, l'assuré, assisté d'un conseil, a formé recours contre la décision de l'OAI auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice. Il demandait que son audition et toutes mesures probatoires utiles pour établir les faits pertinents de la cause soient ordonnées – y compris si nécessaire une expertise judiciaire – ainsi que l'audition des Drs S_____ et Y_____. Il concluait, principalement, à l'annulation de la décision de l'OAI et à ce qu'il soit constaté qu'il avait droit à une rente d'invalidité entière depuis le 1^{er} avril 2013, avec suite de frais et dépens, subsidiairement, à ce qu'il soit dit qu'il avait droit à des mesures d'ordre professionnel depuis le 1^{er} avril 2013 et à ce qu'il soit ordonné à l'OAI de prendre à sa charge les frais de formation ou de reconversion professionnelles engendrés par son invalidité. Il persistait à affirmer que les troubles dont il souffrait avaient un caractère invalidant et contestait avoir une quelconque capacité de travail dans son ancienne activité professionnelle, que ce soit en qualité d'indépendant ou de salarié. Il avait à maintes reprises signalé à ses médecins des épisodes de panique, d'anxiété, de dépersonnalisation ainsi qu'une éventuelle intolérance aux benzodiazépines. Or, l'OAI s'était borné à requérir de certains médecins des rapports médicaux sans pour autant les interpeller sur les points susmentionnés. L'on se trouvait donc en présence d'un dossier médical qui présentait de sérieuses lacunes concernant des symptômes potentiellement invalidants. L'OAI n'avait

interpelé que son médecin traitant, la Dre F_____ et pas ses médecins-psychiatres. Ainsi, les rapports médicaux de ces derniers manquaient au dossier. Alors que le diagnostic principal était la dépression, aucun rapport du son psychiatre au moment du dépôt de sa demande ne figurait au dossier, pas plus que ne figurait un rapport de son psychiatre au moment du prononcé de la décision. Les spécialistes l'ayant suivi en consultation et à l'occasion de ses diverses hospitalisations n'avaient ainsi pas eu l'occasion de s'exprimer sur le caractère invalidant ou non des troubles dont il souffrait. Pour cette raison, la décision devait être annulée. L'expertise médicale effectuée par le Dr T_____ surprenait à plus d'un égard. Si elle était détaillée, elle était principalement basée sur son récit le jour de l'expertise et sur l'analyse effectuée par M. U_____. Les diverses tentatives de suicides, les crises de panique, la réaction aux benzodiazépines, les épisodes de dépression sévère et de dépersonnalisation pourtant attestés par des psychiatres n'avaient pas ou peu été investigués par l'expert. Cela était d'autant plus étonnant qu'il avait en sa possession les diverses lettres de sortie des établissements psychiatriques où il avait séjourné à sept reprises durant les trois dernières années. S'agissant de la capacité de travail, force était de constater que l'expert avait repris mot pour mot et exclusivement l'analyse de M. U_____ qui, en qualité de neuropsychologue, avait porté une analyse sur le plan cognitif seulement. En conséquence, l'expert avait conclu à une capacité de travail pleine et entière dans une activité d'informaticien salarié, sans considération de son état psychique et notamment de ses épisodes de dépression sévère, sans parler des angoisses et des crises de panique. L'expert semblait avoir fait fi de toutes ses hospitalisations et n'avait pris en considération que celles à la clinique de Belle-Idée. Tous les spécialistes qui l'avaient reçu en consultation avaient diagnostiqué, à tout le moins, une dépression, épisode sévère à moyen, parfois accompagnée d'épisodes psychotiques. En conséquence, l'expertise était non seulement lacunaire, mais elle divergeait en tous points des constatations des autres médecins l'ayant soigné. L'expertise ne remplissait ainsi pas les critères de valeur probante et la décision de l'OAI, qui s'appuyait sur cette expertise, devait en conséquence être annulée. La chambre de céans pourrait constater, sur la base de tous les rapports médicaux écartés par l'OAI, sauf celui de l'expert, les différentes atteintes à sa santé psychique qui constituaient des maladies ayant un caractère invalidant. À défaut, il conviendrait de procéder à une expertise judiciaire. 29. Par réponse du 22 septembre 2016, l'OAI a conclu au rejet du recours. Dans sa demande reçue le 29 octobre 2012, le recourant avait indiqué être suivi par les Drs F_____ et E_____, ainsi que par Madame H_____, psychologue et psychothérapeute FSP. Le 31 octobre 2012, les questionnaires avaient été envoyés aux deux médecins précités. Le Dr E_____ avait indiqué ne pas souhaiter le remplir, car il ne suivait plus le recourant. L'OAI avait alors appris que ce dernier était suivi par le CTB. Un questionnaire avait été adressé à ce dernier le 21 décembre 2012, auquel il avait été répondu le 17 janvier 2013. Le 30 mai 2013, un questionnaire avait été adressé à la Dre N_____, qui avait répondu le 14 juin 2013 qu'elle était en vacances. Par la suite, l'OAI avait appris que la Dre N_____ ne suivait plus le recourant, qui était dorénavant suivi par le Dr J_____ aux HUG. Un questionnaire avait en conséquence été adressé aux HUG le 19 juillet 2013, auquel il avait été répondu le 12 mai 2014. Au vu des nombreux changements de psychiatre traitant, dont la majorité avait estimé ne pas être en mesure de répondre au questionnaire de l'OAI en raison de l'absence de suivi, une expertise psychiatrique avait été mise en place. L'expertise du Dr T_____ devait se voir reconnaître pleine valeur probante tant dans son aspect objectif que subjectif. L'anamnèse et les examens médicaux étaient complets, l'intégralité du dossier médical du recourant avait été examinée par le détail, les

plaintes de celui-ci avaient été entendues et les conclusions de l'expert étaient motivées et cohérentes. L'OAI avait interrogé tous les médecins traitants indiqués par le recourant. Leur réponse, quelle qu'elle soit, n'était pas de sa responsabilité. En conséquence, l'instruction médicale qui avait été faite ne pouvait être critiquée. Si le recourant avait été suivi par d'autres médecins que ceux annoncés, il était de son devoir de l'en informer. Certes, il avait sollicité, dans le cadre de la procédure d'audition, de pouvoir produire d'autres pièces médicales. Toutefois, malgré l'invitation qui lui avait été faite dans ce sens, aucun document n'était parvenu à l'OAI. Aucune nouvelle pièce médicale n'avait en outre été jointe au mémoire de recours. [endif]>[if> 30. Par réplique du 17 octobre 2016, le recourant a admis que l'OAI avait interpellé les médecins mentionnés dans sa réponse du 22 septembre 2016. Il persistait néanmoins à affirmer que l'instruction demeurait lacunaire, dès lors que le dossier en main de l'OAI au moment de la transmission du dossier à l'expert ne comportait aucune indication provenant de Mme H_____, qui était, certes psychologue, mais qui avait néanmoins eu une connaissance approfondie de sa situation sur le plan psychique, ni d'informations précises du Dr S_____, son psychiatre au moment de l'expertise. [endif]>[if> Le Dr T_____ n'était pas en possession d'un dossier complet lors de son expertise. Si son anamnèse était complète, ses conclusions n'étaient ni motivées ni cohérentes. Elles étaient intégralement calquées sur l'avis de M. U_____. L'expert ne donnait aucune explication à l'appui de ses conclusions, qui étaient pourtant en totale contradiction avec celles de tous les autres médecins qui l'avaient examiné. À la lecture de son rapport, on ne pouvait par ailleurs s'empêcher de s'interroger sur l'absence totale de questions en lien avec le comportement du recourant pourtant constaté par les différents médecins, certes nombreux, ayant eu connaissance de ses maux. En conséquence, le recourant persistait à nier toute valeur probante à l'expertise du Dr T_____. L'OAI semblait lui reprocher de ne pas avoir collaboré à l'instruction de l'affaire de manière suffisante. Il admettait ne pas avoir transmis d'avis médical écrit à réception du projet de décision. Toutefois, en requérant de l'OAI qu'il fasse suivre son dossier médical aux deux médecins psychiatres qui le suivaient à cette époque, il avait collaboré de manière suffisante à l'instruction de l'affaire. Il appartenait à l'OAI de transmettre une demande de rapport médical aux Drs Y_____ et S_____. En faisant fi de leur avis médicaux détaillés et circonstanciés et en se satisfaisant des nombreuses lettres de sortie d'un avis médical ancien, l'OAI avait violé la maxime inquisitoire. Il ressortait des documents joints à la réplique de même que des pièces du dossier qu'il avait effectivement été souvent reçu en consultation de manière ponctuelle au CTB ou au service des urgences. S'il était vrai que cela rendait la lecture de sa situation quelque peu fastidieuse, cela démontrait sa très grande instabilité psychique, dont on ne pouvait nier le caractère invalidant. Le Dr Y_____ n'avait finalement pas retenu d'indication de prise en charge actuellement, de sorte qu'il semblait que le traitement par résonance magnétique n'était plus d'actualité. Enfin, le Dr S_____ avait diagnostiqué le 13 octobre 2016 un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen sans syndrome somatique, ainsi qu'une accentuation de traits de personnalité évitante. Selon le Dr S_____, l'atteinte à la santé dans sa sévérité actuelle impliquait une diminution de la capacité de travail. Le trouble dont souffrait le patient se manifestait notamment par un comportement évitant du fait de son anxiété importante. La démotivation et la perte de l'élan vital lui rendaient difficile de maintenir un rythme de travail régulier. Il avait besoin de périodes plus importantes de récupération. Du fait d'un trouble anxio-dépressif, il présentait certaines limitations relationnelles au vu de son irritabilité et de sa perte de l'estime de soi. Le Dr S_____ avait ainsi conclu à une capacité de travail

partielle « en tous les cas pas dans le domaine de l'informatique ». Il avait précisé que l'activité qu'il pourrait éventuellement exercer devait être exempte de stress et non exigeante sur le plan cognitif. Il était selon lui nécessaire qu'il bénéficie d'une activité lucrative permettant des moments de récupération et ne nécessitant pas une concentration élevée de manière continue. Ainsi, les conclusions des médecins-psychiatres ayant une connaissance approfondie de sa situation et de sa problématique étaient en totale contradiction avec celles de l'expert. Vu la prise en charge parfois très brève par les spécialistes susmentionnés, on ne pouvait leur reprocher d'être trop empathiques ou complaisants à son égard. En conséquence, la décision de l'OAI devait être annulée du fait qu'il était attesté, médicalement, que le recourant était bel et bien touché dans sa santé par des atteintes invalidantes. Le recourant persistait dans l'intégralité des conclusions de son recours. Le recourant a produit, à l'appui de son écriture : - un courrier adressé le 13 septembre 2016 par le docteur Z_____, de l'unité d'accueil et urgences psychiatriques, au conseil du recourant l'informant que l'assuré avait eu une consultation psychiatrique en urgence le 22 janvier 2014. Selon l'avis de sortie daté du lendemain, le diagnostic posé avait été : Anxiety Disorder NOS. L'assuré présentait des angoisses et des ruminations hypochondriaques. Il avait été orienté au CAPPI pour un suivi de crise. ![/endif]>![if> - un courrier adressé le 7 septembre 2016 par le Dr Y_____ au conseil du recourant l'informant avoir vu ce dernier au CAPPI Jonction à trois reprises en avril et mai précédents, dans le cadre d'une évaluation pour un traitement spécifique. Il n'avait pas retenu d'indication de prise en charge actuellement. Il précisait ne pas être le médecin-psychiatre de l'assuré, qui était suivi par le Dr S_____ ;![endif]>![if> - selon un rapport médical établi par le Dr S_____ le 13 octobre 2016, l'assuré présentait des symptômes anxieux avec angoisses, une tension interne et des ruminations anxieuses récurrentes avec peur de souffrir d'une pathologie mentale grave comme une démence ou une schizophrénie. Il présentait également une thymie dépressive avec perte de l'élan vital, anhédonie, idées de dévalorisation et perte de confiance en lui-même. Il avait présenté antérieurement des attaques de panique, mais cette symptomatologie avait évolué favorablement depuis qu'il prenait régulièrement son traitement pharmacologique. Les diagnostics étaient : trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, sans syndrome somatique et accentuation de traits de personnalité évitante. ![/endif]>![if> Le patient était au bénéfice d'un traitement de Deroxat (20 ml/j) et Temesta (1 mg). L'atteinte à la santé dans sa sévérité actuelle constituait une diminution de la capacité de travail. Le trouble dont souffrait le patient se manifestait notamment par un comportement évitant du fait de son anxiété importante. La démotivation et la perte de l'élan vital lui rendaient difficile le maintien d'un rythme de travail régulier. Il avait besoin de périodes plus importantes de récupération. Du fait du trouble anxiodépressif, il présentait certaines limitations relationnelles au vu de son irritabilité et de sa perte de l'estime de soi. Il n'était pas possible au médecin de se prononcer sur la capacité de travail de l'assuré antérieure à son suivi. Dès juin 2015, il présentait une capacité de travail fluctuante, sans jamais atteindre les 100%. Actuellement, il était capable de travailler quelques heures par jour en respectant certaines conditions, telles que pouvoir bénéficier de moments de récupération et exercer une activité qui ne nécessitait pas une concentration élevée de manière continue. L'activité d'informaticien n'était plus adaptée à son état de santé. Le patient était capable d'exercer d'autres activités moins stressantes et moins exigeantes sur le plan cognitif avec une capacité de travail de 50% environ. Il ne souffrait pas d'hypocondrie. Il présentait des ruminations récurrentes concernant une atteinte qu'il pensait probable au niveau psychique et passait plusieurs

heures par jour à chercher sur internet les symptômes d'une démence, persuadé que ses difficultés cognitives (diminution de la concentration, oublis et fatigabilité) pouvaient rentrer dans ce cadre. Ses ruminations rentraient dans le spectre des symptômes anxio-dépressifs. Ils avaient évolué de manière partiellement favorable depuis l'amélioration de la compliance thérapeutique au traitement antidépresseur. Le patient n'avait pas de certitudes d'être atteint par une maladie précise et ne demandait pas des examens complémentaires pour être rassuré. 31. Par duplique du 7 novembre 2016, l'OAI a persisté dans ses conclusions. Il faisait valoir que la reconnaissance de l'existence de troubles psychiatriques supposait la présence d'un diagnostic émanant d'un psychiatre et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu. L'avis d'un psychologue ne pouvait supplanter l'avis d'un médecin-psychiatre. En revanche, il convenait de relever que la conduite de l'expertise était laissée au libre arbitre de l'expert, dans les limites du mandat confié, ce qui incluait de faire appel à un neuropsychologue dans la mesure où l'expert l'estimait pertinent. À teneur des lignes directrices de qualité des expertises psychiatriques dans le domaine de l'assurance-invalidité de la société suisse de psychiatrie et de psychothérapie, lors d'une expertise monodisciplinaire, l'expert pouvait confier à des tiers non seulement des analyses de laboratoire, mais aussi des tests psychologiques, par exemple des tests de personnalité ou de capacité fonctionnelle sur le plan neuropsychologique, dont il pouvait intégrer ensuite les résultats dans son appréciation. L'examen clinique restait toutefois la base pour juger de la plausibilité des résultats obtenus lors des tests psychologiques. Le recours à un psychologue ou à un médecin spécialisé était utile lorsqu'il fallait pratiquer des tests plus complexes, notamment un test de personnalité ou un examen du niveau de capacité cognitive. Ces résultats devaient être intégrés dans l'appréciation médicale globale et dans l'évaluation psychiatrio-assurantielle de l'expertise en tant que donnée complémentaire. En l'occurrence, M. U_____ était intervenu à la demande de l'expert, qui avait intégré son rapport au sien, sans en faire son unique source. On ne pouvait ainsi comparer une expertise faite dans les règles de l'art avec des rapports indépendants de psychologues, sur lequel aucun psychiatre n'avait pris position pour en tirer des conclusions objectives. Il fallait également relever que l'expert avait eu un entretien téléphonique avec le Dr S_____ le 14 août 2015. On ne pouvait ainsi considérer que les données à disposition de l'expert avaient été lacunaires. S'agissant des pièces médicales produites dans le cadre du recours, elles avaient été soumises au SMR pour appréciation. Il en ressortait principalement que la seule divergence entre l'appréciation de l'expert et celle du médecin traitant, était l'intensité du tableau dépressif et ses répercussions sur la capacité de travail. Or, outre le lien patient médecin reconnu par la jurisprudence, l'expert avait relevé des incohérences entre les éléments objectivables et les plaintes subjectives. Il n'existait aucun élément permettant de remettre en cause l'expertise du Dr T_____. L'OAI persistait ainsi dans ses conclusions. 32. Entendu par la chambre de céans le 25 janvier 2017, le recourant a déclaré qu'il ne comprenait pas comment on pouvait poser un diagnostic psychiatrique après trois heures d'expertise sur un vécu de trois ans de prise en charge psychiatrique lourde. Il contestait aussi bien le diagnostic retenu par l'expert que son appréciation sur sa capacité de travail. La Dresse F_____ était son médecin généraliste. C'était elle qui lui prescrivait des médicaments antidépresseurs et anxiolytiques. Sa première psychiatre avait été la doctoresse AA_____. Elle l'avait suivi pendant six mois dès la fin 2011. Il avait ensuite interrompu ce traitement, car ce médecin lui avait prescrit des benzodiazépines qui avaient eu des effets néfastes qu'il n'avait pas supportés. Il ne savait même plus comment il

s'appelait. Il avait tenté un sevrage dur et avait fini à l'hôpital. Il avait souffert alors de dépersonnalisation et ce symptôme avait été déclenché par la prise de benzodiazépines. Actuellement il était toujours suivi par le Dr S_____. Au CTB, il avait été suivi par différents intervenants, de même qu'à Belle-Idée. Avant d'être pris en charge par le Dr S_____, c'était la Dresse F_____ qui assurait son suivi psychiatrique. Elle travaillait dans un cabinet médical où il y avait trois médecins, dont un psychiatre et une psychologue. Il avait suivi une thérapie cognitivo-comportementale avec la psychologue, Mme H_____. À l'époque, il avait des symptômes très sévères, de fortes angoisses et un état de panique permanent. Tous les médecins qui l'avaient examiné n'avaient pas une vue d'ensemble de sa situation. Le Dr T_____ n'avait eu qu'une photographie d'un moment donné. Il n'avait pas eu accès au dossier complet, car des médecins n'avaient pas répondu à l'OAI, notamment le Dr V_____ du CTB, ainsi que le Dr S_____ qui avait mis beaucoup de temps à répondre. Il n'était pas d'accord avec les conclusions de l'expert s'agissant de sa capacité de travail en 2015. Il ne pensait pas qu'une activité salariée soit moins stressante qu'une activité indépendante. Il essayait de s'en sortir actuellement et de voir ce qu'il pouvait faire. Aujourd'hui, il n'arrivait pas à remplir ses journées de la même manière et à faire autant de chose qu'avant 2011. Il ne sortait pas et vivait avec sa femme et son fils de 5 ans. Il avait des crises d'angoisse qui survenaient brusquement. En cinq ans, il avait vécu plusieurs choses. Il y avait eu un élément déclencheur à fin 2011 qu'il attribuait fortement au Xanax retard qu'il avait pris pendant quatre mois. Il s'était senti dédoublé, quitter son corps et il ne se reconnaissait plus dans le miroir. Il avait pensé qu'il était schizophrène. Il était imprégné de ces sensations terrifiantes. Il avait vécu des instants de mort imminente en permanence. La seule chose qu'avait faite la Dresse AB_____, à l'époque, avait été de doubler les doses. Il avait pris la décision par lui-même et avec sa famille d'arrêter le Xanax. À l'heure actuelle, il était dans un état d'angoisse latent. Il n'avait plus de fortes attaques de panique. L'OAI semblait lui reprocher de ne pas suivre la médication proposée. Il était clair qu'il refusait catégoriquement de prendre du Xanax. En revanche, il prenait ce que la Dresse F_____ lui prescrivait en faisant attention. Actuellement, il prenait la médication prescrite par le Dr S_____ qui était plus douce. C'était un antidépresseur et un neuroleptique. Cela allait mieux, mais il avait pris 30 kg. [endif]>![if> 33. Entendue par la chambre de céans le 5 avril 2017, Mme H_____ a déclaré avoir pris en charge le recourant en 2012, lequel lui avait été adressé par les Dres F_____ et N_____ avec lesquelles elle travaillait dans le même cabinet. La Dre N_____ le lui avait délégué. Il s'agissait d'une psychothérapie et psychiatrie intégrée. Elle s'était chargée de l'aspect psychothérapie. En 2012, elle avait eu une douzaine de séances avec le recourant et en 2013 une vingtaine. Ils avaient préparé pendant son congé-maternité sa prise en charge par un groupe aux HUG sous la direction du Dr I_____ dans le cadre du programme de patients présentant des troubles anxieux. En 2015, elle avait à nouveau suivi le recourant, qui lui avait été adressé cette fois par le Dr AC_____. Cette année-là cependant, il avait été difficile pour le patient de venir au cabinet parce qu'il n'allait pas bien. Ils avaient des conversations par Skype. Elle l'avait vu cinq à six fois. Depuis le 16 octobre 2012, le suivi était régulier de l'ordre de une à deux fois par semaine. En 2013, c'était à peu près le même rythme jusqu'à juin 2013. Le patient présentait une symptomatologie dépressive sévère, voire inquiétante avec beaucoup d'idées morbides. Dans ce cas-là, le suivi était intense. En plus de cette symptomatologie dépressive qui était lourde, le patient présentait une pathologie anxieuse avec des ruminations, des obsessions qu'on avait beaucoup de peine à assouplir. Cette symptomatologie devait exister depuis longtemps et était ancrée. C'était un trouble anxieux

dépressif grave. Il y avait une partie dépressive sévère et une partie liée à l'anxiété avec des attaques de panique. Lors de ses attaques de panique, le patient avait des sensations corporelles réelles, c'est-à-dire que le rythme cardiaque s'accélérait, la tête pouvait tourner, il avait des picotements dans les membres. Le degré de croyance à ses interprétations chez ce patient était très élevé, ce qui faisait qu'il était extrêmement difficile de pouvoir l'atténuer. Il devait s'agir probablement de réflexes cognitifs qui existaient depuis très longtemps et souvent renforcés. Le patient avait décrit des sensations de dépersonnalisation. Pour sa part, elle le mettait plutôt dans le cadre de pics de crise lorsqu'il avait des attaques de panique. Le patient avait des ruminations et des idées fixes en ce sens qu'il était malade et que cela n'allait pas. Il se mettait aussi à distance parce qu'il pensait ne pas pouvoir reprendre le contrôle. Il s'était souvent senti impuissant dans son développement psychique personnel. À cette époque, il était très isolé. Il avait conservé très peu d'amis. Il y avait peut-être une personne avec laquelle il conservait des liens. Une partie de leur activité avait consisté à tenter de le remettre en contact avec son milieu social et des activités de loisirs. Ils avaient essayé de le sortir de son inertie. Quand elle avait revu le patient en 2012 et 2013, il n'avait pas de disponibilités psychiques pour être à son affaire. Il ne pouvait pas travailler dans n'importe quelle activité. Sa dépression était trop sévère à l'époque. Il était dans une situation où seuls les éléments de base de la vie quotidienne étaient possibles, à savoir boire et manger. Tout lui était difficile, amener son fils à la crèche ou prendre soin de lui. Même le fait de venir à la consultation était une réussite pour lui. Il ne pouvait pas faire l'objet d'une pression supplémentaire. Le patient n'avait pas de troubles ni de déficits cognitifs. Il n'était pas du tout curieux qu'il ait présenté des performances aux tests. Il était très intelligent. Le contenu de ses pensées n'était pas rationnel, mais cela ne voulait pas dire que lui-même n'était pas rationnel. Il avait un trouble anxieux et raisonnait toujours avec des anticipations anxieuses. Il avait de la peine à être dans l'instant présent. Cela pouvait se travailler. Il était possible qu'en 2015, sa dépression ait été moins prononcée. En 2012 et 2013, elle le voyait une à deux fois par semaine. Il était rare qu'elle voie les patients deux fois par semaine. Sa psychiatre et elle ne voulaient prendre aucun risque à son sujet.

!endif]>![if> 34. Le Dr S_____ a déclaré à la chambre de céans le 5 avril 2017 être le psychiatre traitant du recourant depuis l'été 2015. L'évolution de son état de santé avait été fluctuante, mais globalement pas très favorable. Il y avait eu une amélioration claire depuis juillet 2016 pour les diagnostics de trouble dépressif récurrent et surtout pour le trouble anxieux. La capacité de travail n'était pas totale. Il pensait que le patient pouvait travailler quelques heures par jour depuis septembre 2016. Depuis la fin de l'été 2016, il ne l'avait pas revu régulièrement, car celui-ci avait eu beaucoup de difficultés familiales. Avant, la capacité de travail était fluctuante sans jamais être totale dans n'importe quelle activité. Lorsque le trouble anxieux était important, le patient était très invalidé. Il avait beaucoup de mal à sortir de chez lui et n'avait pas de vie sociale. Il avait quelques contacts avec son père et sa mère. Cela pouvait durer quelques semaines. Entre l'été 2015 et l'été 2016, il était très mal. À partir de l'été 2016, il avait adhéré beaucoup mieux au traitement pharmacologique et avait moins d'angoisses. Il y avait eu une amélioration de son état dépressif et de son trouble anxieux. La capacité de travail du patient commençait à s'améliorer. À l'heure actuelle, il ne pouvait toutefois pas être soumis à un rendement exigeant ou à un milieu stressant. Il devrait être mis au bénéfice d'une phase de réentraînement, de réadaptation de trois mois au minimum. Quoi qu'il en soit, à l'issue de cette période, sa capacité de travail ne serait pas totale. Le patient préférerait une activité indépendante qui le mettrait à l'abri des contraintes horaires. Après des années d'inactivité, une reprise de travail dans le cadre

d'une activité salariée, respectant ses limitations, serait toutefois plus structurante pour lui. Les limitations en lien avec son état dépressif étaient les difficultés à maintenir un rythme régulier, à maintenir la motivation et des difficultés cognitives au niveau de la concentration. Le Dr S _____ a relevé qu'il avait mis beaucoup de temps à poser les diagnostics afin d'être le plus sûr possible et écarter un diagnostic d'une pathologie de type psychotique. L'anxiété était tellement présente chez le patient qu'il fallait tenir compte de ses plaintes et ensuite les vérifier. Il n'avait pas objectivé de symptômes de type psychotique positifs, par exemple des hallucinations ou des déréalisations. Par contre, il n'avait jamais réussi à exclure la présence de symptômes négatifs comme l'apathie, la démotivation et la perte de l'élan vital. Dans le passé, le tableau était encore plus complexe. Il avait des idées suicidaires et était agité. Cela il ne l'avait pas vu. On pouvait observer des symptômes psychotiques dans le cas d'une dépression sévère, mais ce n'était pas une raison pour dire que le patient souffrait d'une psychose. Ces symptômes étaient réversibles avec l'amélioration de la dépression. Au début du traitement, ils s'étaient vus une fois toutes les semaines, voire deux fois. Ils avaient fait beaucoup d'entretiens à domicile, parce que le patient se décourageait de venir au cabinet. Parfois, le patient ne pouvait pas venir pendant un mois. Ils avaient fait beaucoup d'entretiens de famille avec son père et son épouse. Depuis juillet 2016, les entretiens se déroulaient à raison d'une fois par mois au grand maximum. Au début du traitement, le patient prenait irrégulièrement ses médicaments, car il avait trop peur des effets secondaires. Après, il avait compris qu'il allait trop mal et avait mieux accepté de s'appuyer sur cette aide. Il avait pris du Deroxat et ensuite l'Abilify. L'état anxieux s'était partiellement amélioré. Depuis l'été 2016, sa dépression était de sévérité moyenne de même que le trouble anxieux. S'agissant de l'expertise du Dr T _____, le Dr S _____ n'avait pas de remarques à faire à ce sujet. Il était d'accord avec les diagnostics retenus pour cette période-là. En revanche, il n'était pas d'accord avec l'évaluation de la capacité de travail avant le rapport d'expertise. On ne pouvait pas considérer que le patient qui avait été hospitalisé avec des idées suicidaires soit capable de travailler. Parfois il avait été hospitalisé deux mois. On ne gardait pas quelqu'un à l'hôpital aussi longtemps pour considérer ensuite qu'il était capable de travailler. S'agissant du trouble anxieux, peut-être que l'expert ne l'avait pas objectivé au moment de l'expertise. Mais au moment des hospitalisations, ce diagnostic avait été évoqué sous une forme ou une autre, par exemple la phobie. >![endif]>![if> 35. Entendu le même jour par la chambre de céans, le Dr T _____ a déclaré qu'il ne pouvait pas dire pourquoi il n'avait pas contacté la psychologue, Mme H _____, qui avait suivi l'assuré en 2012. Il avait demandé un examen neuropsychologique en raison des plaintes incohérentes qui pouvaient évoquer un trouble schizophrénique. En plus, il y avait des plaintes concernant des pertes de mémoire qui n'étaient pas objectivables pour lui à l'examen clinique. L'expertise neuropsychologique était un moyen d'évaluer des atteintes au niveau cognitif. Il confirmait que l'assuré avait évoqué des angoisses qu'il avait explorées avec lui. Lorsqu'on posait un diagnostic de trouble dépressif, les symptômes anxieux étaient inclus dans ce diagnostic. C'était le trouble dépressif qui était au premier plan dans la CIM-10 et on pouvait décrire au second plan des troubles anxieux ou alors il fallait avoir de très bons arguments pour le faire. En revanche, le trouble anxieux, qui était au premier plan, éliminait le diagnostic de trouble dépressif. Donc le trouble dépressif englobait le diagnostic de trouble anxieux et d'anxiété généralisée. Il ne comprenait pas pourquoi ses confrères retenaient les deux diagnostics simultanément. Il y avait un décalage entre ce que lui disait le patient et la réalité, par exemple en ce qui concernait sa fréquence de rendez-vous avec sa psychiatre et de ses

rendez-vous à l'hôpital de jour. Par exemple en 2012, il avait appris par le patient qu'il avait gardé des activités et qu'il voyait notamment ses amis. Il avait une activité associative. Il avait fondé un club de modélisme en 2001 et avait ouvert un local, dans lequel il se rendait jusqu'à l'été 2014 au moins une fois par semaine pour passer du temps et faire du bricolage. Cela était étonnant au regard de la description faite par la psychologue, Mme H_____.!

36. Il n'était pas exclu qu'une personne qui avait été hospitalisée durant un ou deux mois en clinique psychiatrique présente à sa sortie une capacité de travail totale. La multiplicité des intervenants pouvait expliquer le fait qu'il était difficile de poser un diagnostic parce qu'il y avait plusieurs incohérences. Il y avait eu plusieurs suivis auxquels l'assuré n'avait pas adhéré. Il avait cherché à avoir toutes les informations. Il était toujours possible d'en avoir d'autres. Il précisait avoir pu conclure sur la base des éléments à sa disposition, sinon il ne l'aurait pas fait.

37. Le 12 mai 2017, le recourant a fait valoir, notamment, que s'il avait évoqué, lors de l'expertise, différentes relations extraconjugales, il entendait par là les relations extraconjugales vécues depuis le début de sa relation avec son épouse, alors qu'il avait 18 ans. Cela ressortait clairement du texte même de l'expertise. Il était par conséquent faux de situer plusieurs relations extraconjugales en 2013, contrairement à ce qu'avait fait le Dr T_____. Il était en revanche exact qu'il avait rencontré une personne lors de son hospitalisation à la clinique de Montana en 2013, alors qu'il était pour le surplus totalement replié sur lui-même, comme en avait témoigné ses différents thérapeutes. Cette seule relation extraconjugale ne pouvait en aucun cas démontrer qu'il entretenait des relations aisées avec autrui. Partant, cela n'était pas un indice de la préservation de ses ressources psychiques durant cette période. L'expert avait établi un lien entre son activité associative et la supposée absence de troubles dépressifs moyens et/ou sévères. Or, dans son expertise, le Dr T_____ avait précisément relevé qu'il lui avait indiqué ne plus se rendre depuis une année au local de modélisme ni avoir participé aux réunions de l'association. Comment parvenait-il à motiver l'absence de trouble dépressif invalidant sur la base de capacités sociales qui étaient justement inexistantes. L'expert usait de raccourcis et d'amalgames pour conclure à un trouble dépressif sans répercussion sur la capacité de travail et à une absence de trouble anxieux. L'expertise était exempte de toute valeur probante.

38. Le 1^{er} juin 2017, l'OAI a persisté dans ses conclusions se référant à un avis du SMR du 2 mai 2017. Il en ressortait principalement que les explications fournies par le Dr T_____ en audience renforçaient ses conclusions. Par ailleurs, les témoignages des médecins traitants n'étaient pas de nature à remettre en cause les conclusions de l'expertise. Lesdits médecins ne faisaient état d'aucun élément qui aurait été ignoré par l'expert. La seule divergence résidait dans l'intensité du tableau dépressif et ses répercussions sur la capacité de travail. À cet égard, tant l'expert que le SMR dans son avis du 2 mai 2017 s'étaient prononcés sur les divergences et incohérences résultant de l'appréciation des médecins traitants, laquelle n'emportait pas conviction.

39. Le 3 janvier 2018, la chambre de céans a informé les parties de son intention de confier une expertise au docteur AD_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et leur a transmis un projet de mission d'expertise en leur impartissant un délai pour éventuelle récusation de l'expert et pour se prononcer sur la mission d'expertise.

40. Le 16 janvier 2018, l'OAI a informé la chambre de céans n'avoir pas de motif de récusation de l'expert, ni de question complémentaire à poser.

41. Le recourant a informé la chambre de céans, le 23 janvier 2018, qu'il n'avait pas de motif de récusation de l'expert et a demandé que la mission d'expertises soit complétée.

Sur ce, la cause a été gardée à juger. EN

DROIT 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 1^{er} 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.

2. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.

3. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente entière d'invalidité depuis le 1^{er} avril 2013, subsidiairement à des mesures d'ordre professionnel.

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 1^{er} janvier 2008).

5. 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. 28a al. 1 LAI). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1). 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). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1). 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). 6. Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. A cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294 , consid. 4c, ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen), l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 237/04 du 30 novembre 2004 consid. 4.2). 7. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) 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). 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. A 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. Ainsi, en principe, 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). Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier 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; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées). 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). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le 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 traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

8. 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).

9. 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 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).¹ Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d).

10. En l'espèce, il convient en premier lieu d'examiner la valeur probante de l'expertise du 14 septembre 2015. Il faut relever d'emblée que cette dernière n'est pas fondée sur un rapport de Mme H_____, la psychologue qui a régulièrement suivi le recourant en 2012, 2013 et 2015. Or, quand bien même cette dernière n'est pas médecin, son appréciation de la situation était nécessaire pour évaluer l'état de santé du recourant durant ces années.

L'expert a conclu que l'expertisé ne souffrait que d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger, sans syndrome somatique, existant depuis 2004, et de traits de personnalité évitante existant probablement depuis l'âge de jeune adulte et qu'en dehors des crises ponctuelles qui avaient notamment motivé trois hospitalisations à Belle-Idée, les éléments objectivables de l'anamnèse ne permettaient pas de confirmer un tel degré de sévérité des symptômes dépressifs. Cette conclusion n'emporte pas totale conviction. En effet, il ressort du dossier que l'état de santé pourrait avoir été davantage atteint que ne l'a retenu l'expert. Selon le rapport établi le 9 août 2012 par la Dre B_____, l'assuré – qui avait séjourné à la clinique de Montana du 26 juin au 16 juillet 2012 – souffrait d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques. L'assuré a encore séjourné peu après, du 20 août au 4 octobre 2012, au CTB, où ont été retenus les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, sans syndrome somatique, trouble panique (anxiété épisodique paroxystique) et phobies spécifiques (sang). Le médecin traitant de l'assuré, la Dre F_____, a considéré, le 9 janvier 2013, que l'assuré était en incapacité de travail totale, en raison d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère. L'assuré a séjourné à la clinique genevoise de Montana du 7 au 13 mars 2013, où un état anxieux envahissant à la limite d'un état de dépersonnalisation a été constaté et le diagnostic de trouble dépressif récurrent a été posé. Le 8 mai 2013, la Dre F_____ a constaté que l'état de l'assuré était stationnaire et le 29 janvier 2014 que son état s'était aggravé. L'assuré a été hospitalisé du 23 janvier au 23 février 2014 après une tentative de suicide et le diagnostic d'épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques a été posé. L'assuré a ensuite été hospitalisé du 30 janvier au 17 février 2015, puis du 1^{er} mars au 7 avril au service de psychiatrie des HUG et il a séjourné à la clinique La Métairie du 7 avril au 15 juin 2015. Les lettres de sortie relatives à ces trois derniers séjours retiennent le diagnostic de trouble dépressif, épisode actuel sévère. Force est de constater que l'évaluation de l'état de santé de l'assuré par l'expert entre 2012 et 2015 est contredite par l'ensemble des rapports précités. Il convient également de relever que l'expert a pris en compte dans ses conclusions le fait que recourant avait refusé une adaptation de son traitement psychotrope –considérant

que cela contrastait avec sa plainte concernant des angoisses envahissantes – sans préciser que cette réticence pouvait provenir du fait que le recourant liait la péjoration de son état psychique à plusieurs médicaments, selon ce qui ressort de la lettre de sortie de la clinique La Métairie du 6 août 2015, ce qui était pourtant un élément important pour apprécier le comportement du recourant. Pour ces motifs, l'expertise établie par le Dr T_____ ne peut se voir reconnaître une pleine force probante et il se justifie, en conséquence, de faire procéder à une nouvelle expertise psychiatrique, laquelle sera confiée au Dr AD_____. Les questions complémentaires émises par le recourant seront intégrées à la mission d'expertise.

PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant

préparatoirement : 1. Ordonne une expertise médicale de Monsieur A_____.!endif>![if> 2. La confie au docteur AD_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, à Chêne-Bourg. !endif>![if> 3. Dit que la mission d'expertise sera la suivante : !endif>![if> a. Prendre connaissance du dossier de la cause.!endif>![if> b. Si nécessaire prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité l'assuré.!endif>![if> c. Examiner l'assuré.!endif>![if> d. Établir un rapport détaillé et répondre aux questions suivantes: !endif>![if> e. Quelle est l'anamnèse détaillée du cas ?!endif>![if> f. Quelle est l'atteinte ou quelles sont les atteintes à la santé dont a souffert l'assuré (diagnostics avec et sans répercussion sur la capacité de travail, dates d'apparition) ?!endif>![if> g. Quelles sont les limitations fonctionnelles ?!endif>![if> h. Compte tenu de vos diagnostics, l'assuré pouvait-il exercer une activité lucrative à partir du mois de novembre 2011, et à quel taux ? !endif>![if> i. Si non, à partir de quand pouvait-il exercer une activité lucrative et à quel taux ? !endif>![if> j. Cas échéant, l'incapacité de travail a-t-elle évolué depuis le mois de novembre 2011 ? cas échéant veuillez détailler votre réponse en précisant les dates de changement de capacité de travail et les taux de capacité.!endif>![if> L'assuré disposait-il d'une capacité de travail durant les périodes précédant et consécutives aux hospitalisations ? l. Êtes-vous d'accord avec le rapport d'expertise établi le 14 septembre 2015 par le Dr T_____ ?!endif>![if> m. Êtes-vous d'accord avec le rapport établi le 13 octobre 2016 par le Dr S_____ ?!endif>![if> n. Êtes-vous d'accord avec les rapports établis les 9 janvier et 8 mai 2013 et 29 janvier 2014 par la Dre F_____ ?!endif>![if> o. Êtes-vous d'accord avec les propos énoncés par le Dr S_____ lors de l'audience du 5 avril 2017 ?!endif>![if> Êtes-vous d'accord avec les propos énoncés par Mme H_____ lors de l'audience du 5 avril 2017 ? Êtes-vous d'accord avec les propos énoncés par la Dre F_____ lors de l'audience du 5 avril 2017 ? Êtes-vous d'accord avec les propos énoncés par le Dre T_____ lors de l'audience du 5 avril 2017 ? Faire toutes autres observations ou suggestions utiles. 4. Invite l'expert à déposer dans les meilleurs délais son rapport d'expertise en trois exemplaires à la chambre de céans.!endif>![if> 5. Réserve le sort des frais jusqu'à droit jugé au fond.!endif>![if> La greffière Isabelle CASTILLO La présidente Catherine TAPPONNIER Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties par le greffe le

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