

## GE\_GERICHTE A/4065/2018 vom 28. Oktober 2019

GE Cour de justice, 2019-10-28, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_4065\\_2018](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_4065_2018)

FR: GE\_GERICHTE A/4065/2018 du 28 octobre 2019

IT: GE\_GERICHTE A/4065/2018 del 28 ottobre 2019

### Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 28.10.2019  
A/4065/2018

A/4065/2018 ATAS/990/2019 du 28.10.2019 ( AI ) , PARTIELMNT ADMIS En fait En droit République et canton de Genève POUVOIR JUDICIAIRE A/4065/2018  
ATAS/990/2019 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 28 octobre 2019 6<sup>ème</sup> Chambre En la cause Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à GENEVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Stéphane REY 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), né le \_\_\_\_\_ 1965, originaire d'Egypte, divorcé, titulaire d'une autorisation d'établissement C, électromécanicien, a travaillé comme gestionnaire (service logistique) pour la B\_\_\_\_\_, société suisse d'assurance sur la vie S.A., du 8 décembre 2008 au 31 août 2014. Il a ensuite bénéficié d'indemnités de l'assurance chômage dans un délai-cadre d'indemnisation du 1<sup>er</sup> janvier 2015 au 31 décembre 2016 ; il a suivi un stage en qualité d'employé d'économat hôtelier du 7 au 18 mars 2016 à la Clinique C\_\_\_\_\_, organisé par Passerelle+. 2. Dès le 19 septembre 2016, la doctoresse D\_\_\_\_\_, FMH psychiatrie, a attesté d'une incapacité de travail totale de l'assuré jusqu'au 9 août 2017. 3. Selon une attestation du 3 mai 2017 de l'Office cantonal de la population et des migrations (ci-après : l'OCPM), l'assuré avait annoncé son départ pour le 19 mai 2017 pour San José (Costa Rica). 4. Le 30 juin 2017, l'assuré a déposé une demande de prestations d'invalidité. 5. Le 7 juillet 2017, la doctoresse E\_\_\_\_\_, FMH médecine générale, a attesté d'une pathologie psychiatrique chez l'assuré, incapacitante depuis septembre 2016 et d'un suivi par la Dresse D\_\_\_\_\_. 6. Le 17 août 2017, la Dresse D\_\_\_\_\_ a indiqué à l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI) qu'elle suivait l'assuré depuis le 10 août 2010, qu'il lui avait été adressé par la Dresse E\_\_\_\_\_. Il avait décompensé en août 2016, suite à son licenciement en 2014 et à une période de chômage. Il présentait un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F 32.1) et un trouble de personnalité paranoïaque (F 60.0), incapacitants depuis septembre 2016 (décompensation de la personnalité paranoïaque sur un mode dépressif permanent). Il n'était plus capable de s'adapter à un emploi. 7. Le 24 avril 2018, le docteur F\_\_\_\_\_, FMH psychiatrie et psychothérapie, et Madame G\_\_\_\_\_, psychologue spécialiste en psychothérapie FSP, ont rendu, à la demande de l'OAI, un rapport d'expertise, fondé notamment sur deux entretiens avec l'assuré, un entretien téléphonique avec un voisin de l'assuré et un autre avec la Dresse D\_\_\_\_\_. L'assuré se plaignait de fatigue due à son traitement médicamenteux. Ils ont posé les diagnostics, sans répercussion sur la capacité de travail, de troubles mentaux et du comportement liés l'utilisation de dérivés du cannabis, syndrome de dépendance, utilisation continue (F 12.2) dès le début de l'âge adulte ; traits de personnalité émotionnellement labile, type borderline (Z 73.1) dès le début de l'âge adulte. Actuellement on ne retrouvait pas d'affects dépressifs

et les symptômes rapportés (fatigue, solitude, humeur fluctuante) étaient de faible intensité non compatible avec un diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte. In fine, les seuls diagnostics concernaient les traits borderline patents (instabilité affective, transgression de la loi, impulsivité, intolérance aux frustrations) et la dépendance au cannabis. Ces deux diagnostics (le premier concernait des traits et non pas un trouble franc) n'étaient pas invalidants et imposaient tout au plus un retour progressif au monde du travail. L'assuré était conscient de cette réalité qui faisait que sa problématique était à l'heure actuelle essentiellement psychosociale. La privation de ses soutiens en Suisse (femme, travail) amenait un flottement, qui était aujourd'hui la véritable source de son désarroi. Les traits paranoïaques étaient absents (sa quérulence et son sentiment d'injustice en lien avec son licenciement étaient très superficiels et non organisés selon un système délirant ou interprétatif). Un travail de logisticien ou de magasinier était à sa portée dès 2016, d'abord à 50 % pendant six mois. 8. Le 19 juillet 2018, le docteur H\_\_\_\_\_, du Service Médical Régional AI (ci-après : le SMR) a estimé que la capacité de travail de l'assuré était totale. 9. Par projet de décision du 20 juillet 2018, l'OAI a refusé une rente et des mesures professionnelles à l'assuré, au motif qu'il présentait une capacité de travail entière dans toute activité. 10. Le 31 août 2018, la Dresse D\_\_\_\_\_ a écrit à l'OAI, en relevant les limitations fonctionnelles suivantes : trouble de l'attention, de la concentration, de la mémoire. Irritabilité. Psychorigidité, manque de souplesse et de capacité d'adaptation. Tendance rigide à avoir toujours raison, incapacité à se remettre en question. Supporte mal la frustration, qu'on le contredise ou lui refuse quelque chose. Tendance à la persécution, à croire qu'on est contre lui dès qu'on n'est pas d'accord avec lui ; croit qu'on veut profiter de lui et de son travail. Elle craignait un risque hétéro-agressif. L'assuré supportait un traitement psychotrope très important, confirmant sa pathologie globale. L'incapacité de travail était totale. 11. Le 4 septembre 2018, l'OAI a répondu à la Dresse D\_\_\_\_\_ qu'elle n'avait pas communiqué de procuration la désignant comme mandataire, de sorte que son courrier était irrecevable. 12. Le 12 septembre 2018, l'assuré a écrit à l'OAI qu'il contestait son refus de prestations ; il présentait une dépression, des oublis, des problèmes psychologiques et psychiatriques, des troubles de l'attention et de la concentration et une sciatique à la jambe gauche, de sorte que dès qu'il marchait plus de dix minutes, il avait de fortes douleurs. 13. Par décision du 18 octobre 2018, l'OAI a refusé une rente et des mesures professionnelles à l'assuré, faisant référence à un avis du même jour du Dr I\_\_\_\_\_, du SMR, selon lequel le rapport de la Dresse D\_\_\_\_\_ du 31 août 2018 n'apportait pas d'élément nouveau. 14. Le 19 novembre 2018, l'assuré, représenté par un avocat, a recouru auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice à l'encontre de la décision de l'OAI du 18 octobre 2018, en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité, en faisant valoir qu'il n'avait pas été soumis à une expertise. Il a communiqué des certificats médicaux de la Dresse D\_\_\_\_\_ attestant de son incapacité de travail totale du 19 septembre 2016 au 30 novembre 2018, ainsi que des ordonnances prescrivant des médicaments. 15. Le 3 décembre 2018, l'OAI a conclu au rejet du recours, en se ralliant à un avis du SMR du 29 novembre 2018, estimant que les certificats d'arrêt de travail de la Dresse D\_\_\_\_\_ n'indiquaient pas de motif et que le traitement n'avait pas été modifié depuis l'expertise psychiatrique, de sorte que les précédentes conclusions du SMR restaient valables. Par ailleurs, l'expertise psychiatrique avait pleine valeur probante et permettait de statuer en pleine connaissance de cause, sans ordonner des mesures d'instruction. 16. Le 14 janvier 2019, l'assuré a répliqué en contestant le rapport d'expertise psychiatrique, qui était contraire aux avis des Dresses E\_\_\_\_\_ et D\_\_\_\_\_ ; en particulier, celle-ci avait

confirmé le 31 août 2018 une incapacité de travail totale ; par ailleurs, les problèmes physiques (sciatique à la jambe gauche, hernie discale) n'avaient pas été investigués. Il a communiqué : - Un rapport d'IRM du 20 novembre 2018 concluant à la présence d'une hernie discale L4-L5 postéro-latérale gauche comprimant la racine L5 gauche à sa sortie du sac dural. Discopathie dégénérative multi-étagée prédominant en L3-L4 de type MODIC I principalement, accompagnée d'un discret rétroisthémisme de L3, dégénératif. - Un rapport de radiographie de la colonne lombaire du 1<sup>er</sup> octobre 2018 concluant à un alignement conservé. Absence de fracture ou de tassement. Ostéochondrose intervertébrale étagée, plus marquée et modérée au niveau D12-L1 et L1-L2. Spondylarthrose étagée, plus marquée et modérée au niveau L4-L5 et L5-S1 avec rétrécissement d'origine multifactorielle osseux débutant L4-L5 et L5-S1. Apposition ostéophyttaire antérieure étagée. Apposition ostéophyttaire latérale à prédominance droite notamment au niveau L1-L2. Absence d'arthrose sacro-iliaque significative. Absence de coxarthrose significative, partiellement investiguée. 17. Le 4 février 2019, la chambre de céans a entendu les parties en audience de comparution personnelle. Le recourant a déclaré : « Je précise que c'est mon ex-femme qui est partie au Costa Rica de sorte que mon inscription figurant à l'OCPM ne me concerne pas. J'ai été vu par les experts en 2018. Pour moi l'expertise s'est bien passée. Je me considère totalement incapable de travailler car j'ai des problèmes psychiques et physiques. J'ai mal dans tout le dos, j'ai eu des traitements de Cortisone, j'ai des douleurs quand je marche et quand je porte des charges. Je reste beaucoup à la maison. Je sors faire quelques courses et je me fais à manger. J'ai de la peine à faire notamment la vaisselle en raison de mes douleurs dorsales. S'agissant de ma consommation de cannabis, je l'ai débuté en même temps que j'ai diminué mon traitement médicamenteux antidouleurs, dans le but de remplacer celui-ci. Depuis j'ai fait une demande formelle à mon médecin pour obtenir un traitement officiel au cannabis. La demande est en court. J'ai rendez-vous après demain à l'hôpital à ce sujet avec mon médecin ». L'avocat du recourant a déclaré : « Nous sollicitons une nouvelle expertise psychiatrique mais aussi l'audition des Dosses D\_\_\_\_\_ et E\_\_\_\_\_. Je relève que, déjà dans la demande AI, l'atteinte rhumatologique avait été évoquée (demande p. 7) ». La représentante de l'intimé a déclaré : « Les pièces médicales transmises avec la réplique ne seront en principe pas transmises au SMR car elles sont postérieures à la décision litigieuse. Je relève qu'à la demande de l'OAI, la Dresse E\_\_\_\_\_ a rendu un rapport médical le 7 juillet 2017, lequel ne faisait état que d'un trouble psychiatrique ». 18. A la demande de la chambre de céans, la Dresse D\_\_\_\_\_ a indiqué le 23 février 2019 qu'elle était d'accord avec les diagnostics posés par les experts F\_\_\_\_\_ et G\_\_\_\_\_, que l'assuré avait une dépendance au cannabis mais que depuis octobre 2018 il était pris en charge dans une consultation spécialisée des HUG pour suivre un traitement de cannabis sur prescription médicale, qu'elle se ralliait à l'expertise qui était très exhaustive et convaincante, qu'actuellement elle était d'accord avec une capacité de travail totale de l'assuré en tant que logisticien ou magasinier, avec une reprise progressive de six mois à un taux de 50 %. 19. Le 21 mars 2019, le recourant a observé qu'il ne comprenait pas le changement radical de position de sa psychologue et qu'il était désormais suivi par un autre psychologue qui devait prendre connaissance de l'expertise. Il a produit un certificat d'arrêt de travail total en mars 2019 délivré par la Dresse E\_\_\_\_\_ et quatre certificats médicaux d'arrêt de travail total du 1<sup>er</sup> novembre 2018 au 28 février 2019, délivrés par la Dresse D\_\_\_\_\_ le 29 octobre 2018. 20. Le 21 mars 2019, l'OAI s'est référé à un avis du SMR du 20 mars 2019 constatant que la Dresse D\_\_\_\_\_ se ralliait à l'expertise et précisant qu'il n'y avait aucune raison de retenir une baisse de capacité de travail à 50 % durant six mois. 21.

A la demande de la chambre de céans, la Dresse D\_\_\_\_\_ a rendu un rapport complémentaire le 2 avril 2019. L'expertise du 24 avril 2018 dont elle avait pris connaissance en février 2019, avait porté un nouvel éclairage sur le status psychiatrique du recourant et l'avait poussée à remettre en cause le diagnostic de trouble de personnalité paranoïaque. En considérant les analyses et conclusions de ladite expertise, solidement argumentées, elle reconnaissait une erreur d'appréciation de sa part, qu'elle attribuait à une surestimation de certaines réactions irritables et ombrageuses du recourant, ainsi qu'à ses difficultés de communication avec le recourant, la thérapie étant menée en allemand. Elle se ralliait à l'expertise en ce qu'elle concluait à des traits de personnalité borderline, à tendance impulsive, avec intolérance aux frustrations, sans présenter les caractéristiques d'une paranoïa qualifiée. En revanche, elle contestait l'expertise en ce qu'elle concluait de manière rétroactive que le recourant présentait une capacité entière de travail depuis 2016. En effet, le licenciement qu'il avait subi en 2014, les frustrations liées aux stages non-payés effectués en 2016 et l'impossibilité de retrouver un emploi avaient conduit, en 2016, à une décompensation sous forme d'un trouble dépressif sévère, de sorte que le recourant, en cette année, ne disposait plus des ressources psychiques nécessaires pour s'adapter à un emploi. Le diagnostic de cet état dépressif, d'abord identifié par la Dresse E\_\_\_\_\_ et qu'elle avait pu confirmer dans son suivi dès septembre 2016, justifiait une mise à l'arrêt de travail et ne pouvait être remis en cause par une anamnèse établie deux ans plus tard. Elle rectifiait en ce sens sa réponse du 23 février 2019. Le status psychiatrique du recourant s'était amélioré au cours de l'année 2018 du point de vue de ses troubles dépressifs. Les certificats médicaux d'incapacité de travail qu'elle avait établis en 2018 se fondaient sur un diagnostic de personnalité paranoïaque qu'il convenait désormais de considérer comme erroné. Elle révisait dès lors son jugement et considérait que le recourant était capable de travailler, tout du moins à temps partiel, à partir d'avril 2018, tel que l'expertise avait pu le mettre en évidence à ce moment. Dans cette mesure, elle se ralliait à l'expertise et se voyait contrainte de révoquer les certificats médicaux attestant d'un arrêt total de travail pour la période d'avril 2018 à février 2019. 22.

A la demande de la chambre de céans, la Dresse J\_\_\_\_\_, FMH psychiatrie et psychothérapie, a rendu un rapport médical le 20 juin 2019. Elle était partiellement d'accord avec les diagnostics posés par les experts ; elle considérait, comme la Dresse D\_\_\_\_\_, que l'assuré présentait un trouble de personnalité paranoïaque, avec des idées de malveillance et de profit de la part d'autrui, et l'impression tenace qu'on voulait profiter de lui. En effet, l'assuré présentait plusieurs éléments en faveur d'un trouble de personnalité paranoïaque, tel qu'un caractère soupçonneux et une tendance à interpréter les actions d'autrui comme hostiles ; au contraire de l'avis de l'expert, elle évaluait que l'assuré présentait un sens tenace et combatif de ses propres droits légitimes hors de proportions avec la situation réelle et il avait une attitude procédurière, comme il l'avait vécu avec son dernier employeur, ou avec sa demande de l'assurance-invalidité, où il se sentait et restait convaincu qu'il était victime de la machination du système à son encontre. Il présentait aussi une dépendance au cannabis ayant un impact sur les traits paranoïaques ; il était en incapacité de travail pour le moment, en raison de son trouble de personnalité ; il vivait isolé du point de vue relationnel et n'avait pas de contact avec sa famille, en raison de sa personnalité paranoïaque. 23.

Le 12 juillet 2019, le recourant s'est rallié à l'avis de la Dresse J\_\_\_\_\_. 24.

Le 17 juillet 2019, le Dr K\_\_\_\_\_, du SMR, a rendu un avis médical selon lequel, s'agissant de la période 2016 - 2018, l'assuré ne rapportait qu'une fatigue, une solitude et une humeur fluctuante qui ne relevaient, selon l'expert, même pas d'un trouble anxieux et dépressif mixte ; quant au diagnostic de trouble de la personnalité paranoïaque

posé par la Dresse J\_\_\_\_\_, il était contredit pas l'expert F\_\_\_\_\_, de sorte que le SMR maintenait ses conclusions. 25. Le 17 juillet 2019, l'OAI s'est rallié à l'avis du SMR du 17 juillet 2019. 26. Le 14 août 2019, le recourant a produit : - Des certificats d'arrêt de travail total signés par la Dresse E\_\_\_\_\_ du 31 mai au 19 août 2019. - Une convocation au Service de neurochirurgie des HUG en vue d'une intervention le 8 août 2019. - Un rapport médical du 9 août 2019 du service de neurochirurgie des HUG, attestant d'une intervention chirurgicale le 8 août 201 en raison d'un diagnostic d'hernie discale L4-L5 gauche en conflit avec la racine L5 gauche et d'un arrêt de travail total du 8 août au 15 septembre 2019. 27. Sur quoi 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 1er janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3). 3. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA). 4. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité, singulièrement sur l'évaluation de sa capacité de travail. 5. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008). 6. 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). 7. En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA. Selon l'art. 29 al. 3 LAI, la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance. 8. 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 LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. 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). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une

décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en oeuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3). Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; ATF 142 V 58 consid. 5.1; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1). En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1). 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 oeuvre 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. À 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). 9. 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). 10. 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 oeuvre 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 oeuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3). 11. 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). 12. En l'occurrence, l'intimé a instruit le dossier du recourant du point de vue psychiatrique en ordonnant une expertise auprès du Dr F \_\_\_\_\_ et de Mme G \_\_\_\_\_, lesquels ont rendu leur rapport d'expertise le 24 avril 2018. Ce rapport, fondé sur les pièces du dossier, comprenant les plaintes du recourant, une anamnèse complète, un status clinique, des diagnostic clairs et une appréciation du cas et des conclusions bien motivées, répond aux réquisits jurisprudentiels précités pour qu'il lui soit reconnu une pleine valeur probante, sous réserve de l'appréciation médicale portée sur la période de septembre 2016 à mars 2018, comme il sera expliqué ci-après. Les autres avis médicaux au dossier ne sont pas à même de mettre en doute ce rapport d'expertise. En particulier, interpellée par la chambre de céans, la Dresse D \_\_\_\_\_ a exposé en détail les motifs qui l'avait conduite à revenir sur ses appréciations antérieures, à révoquer les certificats médicaux attestant d'un arrêt de travail total du recourant d'avril 2018 à février 2019 et à se rallier aux conclusions de l'expertise psychiatrique, pour la période courant depuis avril 2018. Quant au rapport médical de la Dresse J \_\_\_\_\_, du 20 juin 2019, il se borne, d'une part, à se rallier à l'avis de la Dresse D \_\_\_\_\_ en considérant que le recourant présente des traits de personnalité paranoïaque, alors même que la Dresse D \_\_\_\_\_ est revenue sur son appréciation, d'autre part, à certifier d'une incapacité de travail totale du recourant en raison d'un trouble de personnalité, sans

étayer cette conclusion et sans discuter l'appréciation contraire des experts. Il n'est dès lors pas à même de remettre en cause les conclusions de l'expertise psychiatrique. En revanche, s'agissant de la période antérieure à avril 2018, soit antérieurement à l'examen clinique du recourant dans le cadre de l'expertise psychiatrique, il n'y a pas de motif permettant de s'écarter de l'appréciation effectuée par la Dresse D\_\_\_\_\_, laquelle a expliqué de façon claire et convaincante, que le recourant avait, suite à son licenciement intervenu en 2014, à des frustrations survenues après un stage effectué en 2016 et à l'impossibilité de retrouver un emploi, présenté une décompensation sous forme d'un trouble dépressif sévère, justifiant une incapacité de travail totale de septembre 2016 à mars 2018. Cette incapacité de travail a été constatée par la Dresse D\_\_\_\_\_ alors qu'elle suivait le recourant. Dans le même sens, l'expertise psychiatrique relève d'ailleurs un conflit professionnel vécu par le recourant comme la goutte d'eau qui fait déborder le vase, avec un vécu de désillusion et affects dépressifs (expertise p. 11) ainsi qu'une situation, à partir de 2014, où le recourant décrit un flou dans son histoire de vie, privé des supports dont il bénéficiait auparavant (expertise p. 8) et une grande frustration liée au fait que le stage non rémunéré de 2016 ne débouche pas sur un emploi (expertise p. 5). L'expertise psychiatrique relève aussi une incapacité de travail du recourant certifiée depuis le 19 septembre 2016 ainsi qu'une décompensation de la personnalité paranoïaque de celui-ci, sur un mode dépressif permanent, avec des idées de malveillance et de profit de la part d'autrui, attestées par la Dresse D\_\_\_\_\_. Toutefois, les experts ne discutent pas cette incapacité de travail certifiée depuis septembre 2016, tout comme ils n'apprécient pas la période antérieure à avril 2018, tant sous l'angle des diagnostics posés que de la capacité de travail du recourant. En outre, l'avis du SMR du 17 juillet 2019 n'est pas pertinent ; en effet, il réfute la présence d'une incapacité de travail totale du recourant entre 2016 et 2018, au motif que celui-ci n'aurait, selon l'expertise psychiatrique, rapporté que des plaintes ne relevant même pas d'un trouble anxieux et dépressif mixte, alors que ce constat se réfère à la période à partir d'avril 2018, soit au moment de l'examen clinique du recourant par les experts, et non pas à la période antérieure. Il convient ainsi de confirmer les conclusions de l'expertise psychiatrique pour la période à partir d'avril 2018 et de s'en écarter pour la période antérieure, le recourant devant être reconnu totalement incapable de travailler du 19 septembre 2016 au 31 mars 2018, au vu du rapport médical de la Dresse D\_\_\_\_\_, dont les conclusions n'ont pas été valablement remises en question par l'expertise psychiatrique. 13. S'agissant de l'aspect somatique, la chambre de céans constate qu'il n'a pas été investigué. Or, le 12 septembre 2018, soit avant la décision litigieuse du 18 octobre 2018, le recourant avait signalé à l'intimé d'importantes douleurs après dix minutes de marche en raison d'une sciatique à la jambe gauche. Il a communiqué le 14 janvier 2019 un rapport d'IRM du 20 novembre 2018 montrant principalement une hernie discale L4-L5 gauche comprimant la racine L5 gauche ainsi qu'une radiographie de la colonne lombaire du 1<sup>er</sup> octobre 2018 concluant, notamment, à des atteintes dégénératives. Il a indiqué, lors de l'audience du 4 février 2019, qu'il avait des douleurs au dos, à la marche et au port de charges et qu'il était limité dans ses mouvements, de sorte qu'il avait dû, en 2018, consulter plus souvent la Dresse E\_\_\_\_\_. Le recourant a ensuite transmis des pièces médicales démontrant qu'il avait dû subir une intervention chirurgicale le 8 août 2019, en raison d'une hernie discale lombaire. Les suites de cette intervention ne sont pas connues, ni les conséquences de cette affection sur la capacité de travail du recourant tant avant qu'après la prise en charge chirurgicale. Une investigation médicale somatique est ainsi nécessaire. 14. Au vu de ce qui précède, il convient d'admettre partiellement le recours, d'annuler la décision litigieuse et de renvoyer la cause à

l'intimé afin qu'il procède à une instruction médicale somatique et rende une nouvelle décision, laquelle devra tenir compte, à tout le moins, d'une incapacité de travail totale du recourant du point de vue psychiatrique de septembre 2016 à mars 2018. 15. Vu l'issue du litige, une indemnité de CHF 1'500.- sera accordée au recourant à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]), à charge de l'intimé. Etant donné que, depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.-. **PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES** : Statuant À la forme : 1. Déclare le recours recevable. Au fond : 2. L'admet partiellement. 3. Annule la décision de l'intimé du 18 octobre 2018. 4. Renvoie la cause à l'intimé, dans le sens des considérants. 5. Alloue une indemnité de CHF 1'500.- au recourant, à la charge de l'intimé. 6. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé. 7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. La greffière Julia BARRY La présidente Valérie MONTANI Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le

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