

GE_GERICHTE A/4744/2017 vom 12. Juni 2018

GE Cour de justice, 2018-06-12, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_4744_2017

FR: GE_GERICHTE A/4744/2017 du 12 juin 2018

IT: GE_GERICHTE A/4744/2017 del 12 giugno 2018

Erwägungen

E. 5

ème Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié à CHÂTELAINÉ, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Sarah BRAUNSCHMIDT SCHEIDEGGER Recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, Service juridique, sis Rue des Gares 12, GENEVE Intimé EN FAIT 1. Monsieur A_____, né le _____ 1986 en Suisse et de nationalité suisse, est au bénéfice d'une formation de polymécanicien. Il n'a toutefois pas trouvé un emploi dans cette profession. Depuis juin 2013, il est à la charge de l'Hospice général. Sur mandat de l'Hospice général, il a suivi des mesures de réinsertion auprès de l'entreprise Intégration pour tous (IPT). Dans son rapport final du 26 novembre 2014, IPT a notamment indiqué que l'intéressé avait effectué un stage au sein de la Fondation Pro en tant qu'employé de production à 50 % et que le bilan de stage s'était avéré positif. L'intéressé s'était également investi dans les modules préparatoires « gestion du changement » et « résonnement logique et communication ». Toutefois, une certaine difficulté à gérer la pensée a été parfois mise en lumière. Dans le cadre du module « vers une nouvelle activité professionnelle », il avait réussi à se faire engager en tant que polymécanicien dans un petit atelier. Cependant, le module avait été interrompu, l'intéressé n'ayant pas passé la phase test. Le poste avait été à 100 % et le rendement demandé avait été trop élevé. Il est par ailleurs précisé dans ce rapport que l'intéressé a besoin d'un travail à 50 %, non répétitif, avec des consignes claires et sans exigence d'un trop grand rendement. Par la suite, il avait été amené vers la cible de « chauffeur-livreur » et une réelle évolution avait été constatée, malgré les anticipations négatives de l'intéressé quant à une possibilité de reprise d'emploi. Puis, il a testé le métier de chauffeur-livreur dont le bilan de stage s'était avéré positif et avait confirmé son envie de travailler dans ce domaine. Toutefois, il avait dû suspendre la mesure pendant un certain temps en raison d'une intervention médicale. Au retour, les bénéfices et les changements positifs obtenus durant la mesure semblaient avoir disparu et l'intéressé avait fait part à l'IPT de son découragement général et qu'il ne souhaitait pas reprendre son traitement thérapeutique. Malgré les énormes progrès durant la mesure, il avait été constaté qu'il était nécessaire de mettre en place un travail personnel de façon à remonter la pente et d'améliorer sa situation de santé avant de reprendre les démarches d'emploi. En mai 2015, l'assuré a formé une demande de prestations de l'assurance-invalidité. Dans son rapport du 28 août 2015, la doctoresse B_____ a émis le diagnostic de trouble obsessionnel-compulsif, forme mixte, avec idées obsessionnelles et comportements compulsifs. Le trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger n'avait pas d'influence sur la capacité de travail. Dans les constatations médicales, elle a mentionné une humeur fluctuante, une idéation noire dans le contexte d'épuisement par des ruminations obsédantes et des rituels de vérification, de prise de douches avec un long protocole, parfois pendant des heures, un isolement social, un sentiment d'être

différent et une tristesse. Son pronostic était réservé, voire plutôt défavorable actuellement. L'assuré avait interrompu le traitement médicamenteux à cause des effets secondaires (ralentissement, fatigue, diminution de la libido). Le traitement consistait en soutien thérapeutique très important. Sa capacité de travail était de 50 %. Dans les restrictions, ce médecin a mentionné un épuisement psychologique assez rapide (chute de la concentration, de l'attention, de la capacité d'organisation, sentiment de fatigue). Il devrait travailler dans un emploi sans trop de stress et sans trop d'efforts de la concentration. Le rendement était par ailleurs réduit en raison de la baisse de la concentration, notamment dans les tâches répétitives. Les restrictions pouvaient être réduites par des mesures médicales, mais seulement de manière limitée, la fragilité demeurant. Les mesures médicales tendaient à maintenir une normothymie et à aider l'assuré à diminuer et à gérer l'angoisse.

5. En novembre et décembre 2016, l'assuré a été soumis à une expertise médicale psychiatrique par la doctoresse C_____, psychiatre-psychothérapeute FMH, et Madame D_____, psychologue. Dans leur rapport du 6 janvier 2017, les expertes ont émis les diagnostics de trouble obsessionnel compulsif, forme mixte, avec idées obsédantes et comportements compulsifs, peu importants cliniquement et évoluant depuis l'enfance selon l'anamnèse. L'assuré présentait par ailleurs des traits de personnalité émotionnellement labile de type impulsif, actuellement non compensés. A cela s'ajoutait un état de perturbation émotionnelle se situant dans le contexte d'une dysthymie, laquelle était sans influence sur la capacité de travail. Les limitations fonctionnelles étaient peu importantes et sans impact objectif sur la journée-type, ni sur les jeudis lorsque l'assuré travaillait à 100 % en tant que chauffeur-livreur. Il s'agissait de limitations fonctionnelles essentiellement subjectives, à savoir un épuisement psychologique, des troubles de la concentration et de l'attention, des difficultés d'organisation et une fatigue. La baisse thymique ne s'accompagnait pas d'anhédonie, ni d'aboulie, ni de troubles de la concentration significatifs. La baisse thymique n'était pas présente la majeure partie de la journée. Les expertes ont retenu au demeurant des avantages secondaires importants, l'assuré expliquant souhaiter une rente d'invalidité à 100 %, ce qui lui permettrait de conserver son emploi actuel à 30 % de chauffeur-livreur dans lequel il travaillait depuis plus d'une année. Ces avantages secondaires étaient à intégrer dans un contexte de déconditionnement. Il y avait par ailleurs une exagération des symptômes, probablement consciente, avec un net décalage existant entre les plaintes subjectives et non objectivées au moment de l'expertise. Par ailleurs, en ce qui concerne l'anamnèse, il n'avait pas été possible de clarifier avec l'assuré ce qui s'était passé au niveau professionnel entre 2011 et 2013 ni par qui il aurait été suivi durant cette période. L'assuré a confirmé avoir interrompu un traitement antidépresseur en raison des effets secondaires au niveau sexuel. En outre, il ne présentait pas d'isolement social, ayant des contacts avec sa mère, ses frères et sœurs, ainsi qu'avec des amis. Sa collaboration paraissait insuffisante en ce qui concerne les psychotropes et la psychothérapie. La prescription d'un traitement antidépresseur et des entretiens psychothérapeutiques pourraient améliorer la situation. Des mesures de réadaptation professionnelle étaient envisageables à hauteur de 100 % avec une baisse du rendement de l'ordre de 30 % en raison de la dysthymie et des troubles obsessionnels compulsifs. En ce qui concerne la cohérence, les experts ont retenu des divergences importantes entre les plaintes subjectives, les activités quotidiennes et l'examen clinique psychiatrique. Il n'y avait pas de limitations fonctionnelles significatives chez un assuré qui arrivait à gérer son ménage, à conduire la voiture et à travailler à 30%. La capacité de travail était de 100 % avec une diminution de rendement de 30 %. Du point de vue médico-théorique, on pouvait

s'attendre, dans six mois environ, d'obtenir une capacité de travail de 100 % sans baisse de rendement avec une probabilité de l'ordre de 75 % en cas d'introduction d'un traitement antidépresseur avec un suivi psychothérapeutique. Une réinsertion professionnelle par l'assurance-invalidité était recommandée, cette démarche pouvant améliorer le pronostic, mais seulement après la mise en place d'un suivi psychothérapeutique et au cas où l'assuré désirerait travailler à plus de 30 %.

6. Dans son rapport du 23 février 2017, le docteur E_____, psychiatre-psychothérapeute FMH, qui suit l'assuré depuis le 13 novembre 2015, a émis les diagnostics de trouble dépressif récurrent, sans précision, et de trouble obsessionnel compulsif depuis plusieurs années. Les deux pathologies étaient difficiles à traiter, l'assuré ayant du mal à se motiver et à organiser son quotidien. Il souffrait d'une baisse de l'élan vital, d'anhédonie, de fatigue, de trouble de la concentration et de l'attention, ainsi que de pensées obsédantes et négatives sans idéation suicidaire. Après avoir effectué une série de séances de stimulation magnétique transcrânienne, son état clinique ne s'était que très peu amélioré et les idées obsédantes n'avaient pas disparu. Il continuait à présenter une thymie dépressive l'empêchant de reprendre une activité professionnelle même à temps partiel. L'incapacité de travail était ainsi totale. Des restrictions physiques étaient une fatigue, une amotivation, un trouble de la concentration et de l'attention, ainsi que des idées obsédantes. Les limitations ne pourraient être réduites que partiellement par des mesures médicales, celles-ci n'ayant qu'un effet minimal sur la capacité de travail. On ne pouvait donc pas s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle, respectivement à une amélioration de la capacité de travail.

7. Dans son avis médical du 10 mai 2017, la doctoresse F_____ du service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) s'est alignée sur les conclusions de l'expertise psychiatrique, jugeant qu'elle avait été conduite selon les règles de l'art et qu'elle était convaincante.

8. Le 28 juin 2017, l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (OAI) a informé l'assuré qu'il avait l'intention de lui refuser le droit à une rente d'invalidité, le degré d'invalidité de 30 % n'ouvrant pas le droit à cette prestation.

9. Par courrier du 26 juillet 2017, l'assuré s'est opposé à ce projet de décision, alléguant souffrir de graves problèmes de santé depuis plusieurs années qui l'empêchaient de travailler, malgré tous ses efforts. Il avait par ailleurs une activité de réinsertion par l'intermédiaire de l'Hospice général depuis plus de deux ans. En raison de ses problèmes de santé, il n'arrivait pas à tenir cette activité plus de dix heures par semaine, alors même qu'elle se déroulait en milieu protégé et qu'il n'y avait pas d'exigence de rendement. Il a ainsi invité l'OAI à lui allouer une rente d'invalidité.

10. A l'appui de son courrier, l'assuré a annexé le rapport du 24 juillet 2017 du Dr E_____ confirmant son rapport à l'OAI antérieur. Ce médecin a par ailleurs précisé que l'assuré prenait de l'Escitalopram jusqu'à 40 mg par jour depuis plusieurs mois, sans aucune modification ou amélioration de son état clinique global. Il était totalement incapable de reprendre une activité professionnelle, même à temps partiel.

11. Dans son avis médical du 19 septembre 2017, la Dresse F_____ du SMR a considéré que le rapport du Dr E_____ n'apportait aucun élément en faveur d'une aggravation ou d'une nouvelle atteinte, si bien que ses précédentes conclusions restaient valables.

12. Par décision du 30 octobre 2017, l'OAI a rejeté la demande de l'assuré sur la base de l'expertise.

13. Par acte du 28 novembre 2017, l'assuré a recouru contre cette décision, par l'intermédiaire de son conseil, en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité entière, sous suite de dépens.

14. Le 5 janvier 2018, le recourant a complété son recours et a sollicité un délai complémentaire pour pouvoir

s'exprimer sur le contenu de l'expertise en détail, ce qui était très fastidieux pour lui, dès lors qu'il avait de la peine à s'exprimer sur sa maladie. Il a par ailleurs indiqué que les échanges avec le médecin-expert avaient été tendus et que celle-ci n'avait notamment rien entrepris pour le mettre en confiance. Elle l'avait questionné avec rudesse et parfois avec ironie, lui donnant l'impression de le considérer comme un simulateur. Il n'avait en outre jamais indiqué refuser des mesures professionnelles et vouloir uniquement une rente entière. Au contraire, il avait toujours souhaité pouvoir exercer une activité professionnelle. Cependant, sa maladie ne lui permettait pas de travailler à plus de 30, voire 50 % dans un cadre protégé, dépourvu de stress et sans exigence de rendement. Cela ressortait au demeurant du rapport final d'IPT, tout comme son investissement et sa motivation. Cela étant, il considérait que son état dépressif, ses répercussions sur son quotidien et ses incapacités avaient été sous-évalués. Notamment ses idées obsédantes n'avaient pas été évaluées correctement, s'agissant de leur répercussion dans son quotidien, particulièrement sur sa capacité de concentration. Il a enfin sollicité son audition, ainsi que celle de son médecin traitant et de sa mère. ![/endif]>![if> 15. Dans sa réplique du 6 février 2018, l'intimé a conclu au rejet du recours, se fondant sur la décision querellée, en ce qui concerne les motifs.![endif]>![if> 16. Dans sa réplique du 14 mars 2018, le recourant a persisté dans ses conclusions. Concernant l'expertise, il a relevé qu'il était erroné qu'il était engagé comme chauffeur-livreur depuis un an et demi, dès lors qu'il s'agissait d'une activité de réinsertion proposée par l'Hospice général qui ne se déroulait pas sur le marché de l'emploi réel, mais en milieu protégé, sans aucune exigence de rendement. Par ailleurs, il ne travaillait pas toute la journée le jeudi, mais au maximum quatre heures d'affilées par jour. Lors de l'expertise, il avait senti une animosité de la part du médecin-expert, laquelle avait essayé de le déstabiliser. Concernant la médication, il avait remis au médecin-expert une liste de médicaments qu'il avait essayés au fil des années sans succès, ce que celle-ci n'avait toutefois pas mentionné dans son rapport. Il était également erroné de dire qu'il avait refusé des traitements, alors qu'il s'était tourné vers les stimulations corticales à raison d'une séance hebdomadaire, ce qui constituait un investissement conséquent dans une démarche thérapeutique. Actuellement, il était suivi régulièrement par le Dr E_____, ce qui n'avait pas été le cas au moment de l'expertise. S'il était vrai qu'il avait suivi une formation de polymécanicien, cela n'avait pas été sans embûches à cause de ses problèmes de santé qui avaient engendré des heures d'absences et des retards considérables. Il y avait un arrêt de près de trois ans durant la formation. Il était en outre erroné qu'il n'avait pas pu terminer le stage à l'IPT en raison du fait qu'il avait arrêté son traitement. Il était allé au bout du stage, mais celui-ci n'avait pas débouché sur un emploi. Les expertes n'avaient pas non plus tenu compte des autres informations ressortant du rapport final de l'IPT. Enfin, l'experte ne lui avait pas demandé comment se manifestaient ses troubles obsessionnelles compulsifs et quelles répercussions ils avaient sur son quotidien. L'expertise était ainsi sommaire et partielle, si bien qu'elle ne pouvait se faire reconnaître une valeur probante. ![/endif]>![if> 17. A l'appui de ses dires, le recourant a annexé le rapport du 9 janvier 2018 du Dr E_____, lequel a confirmé pour l'essentiel ses rapports antérieurs.![endif]>![if> 18. Le 3 mai 2018, la chambre de céans a entendu la mère du recourant qui a déclaré ce qui suit :![endif]>![if> « La scolarité de mon fils s'est bien passée. Elle était sans particularité. Mon fils a un caractère calme et réservé mais ne présente pas d'autres particularités. A 17 ans, il a commencé un stage pratique de trois mois dans le cadre de l'école d'ingénieurs. Toutefois, il était très lent et manquait d'initiative. Après la scolarité, il a voulu entrer à la HES. Toutefois, il n'arrivait pas à suivre les cours et

a arrêté après un ou deux mois. Il est ensuite resté à la maison sans rien faire, le plus souvent couché dans sa chambre, mais il participait aux repas avec la famille. C'est à ce moment-là que j'ai remarqué les TOC consistant en des douches pendant très longtemps et des lavages des mains fréquents. Nous avons alors consulté un psychiatre aux HUG qui lui a prescrit des antidépresseurs, lesquels n'ont toutefois eu aucun effet sur son humeur. En raison des effets secondaires, mon fils a finalement arrêté ce traitement médicamenteux après deux ou trois mois. Il n'a pas bénéficié d'une psychothérapie à proprement parler, voyant son psychiatre seulement quelques fois par mois. Il habite aujourd'hui seul et arrive à gérer son ménage. Il s'occupe des démarches administratives avec une assistante sociale. Il vient toutefois souvent à la maison et a des bons contacts avec son frère et ses sœurs. Une année après avoir arrêté la HES, il a commencé un apprentissage de polymécanicien au CEPTA. Il a pu entrer en deuxième année de cet apprentissage et celle-ci s'est bien passée et il avait réussi les examens. Cependant, l'année suivante, il manquait très souvent les cours. Cela avait été une année chaotique, mais il avait néanmoins réussi. Nous avons alors de nouveau consulté un psychiatre, cette fois-ci à la consultation psychiatrique des HUG à la rue de Lausanne. Je précise par ailleurs qu'au moment de commencer l'apprentissage, mon fils avait repris des antidépresseurs. Pendant cette quatrième année, respectivement la troisième année d'apprentissage de mon fils, il n'a rien fait du tout. Il était déprimé et exprimait d'en avoir marre de la vie. Puis, il a quand même réussi la quatrième année d'apprentissage l'année suivante. Après son CFC, il a cherché du travail, sans succès. Cela ne m'a pas étonné, car il est extrêmement renfermé, n'exprime aucune émotion et est très passif. Même à la maison, il faut tout lui dire, afin qu'il fasse quelque chose. Il a par ailleurs des listes qu'il regarde fréquemment. Toutefois, je ne sais pas ce qu'il a écrit sur ses listes. Le principal problème de mon fils est qu'il est toujours dans ses pensées, absent. Il a pu travailler toutefois dans des emplois temporaires pour les déménagements, par exemple. Cela s'était bien passé, même s'il est lent. Mon fils a pris un appartement fin 2012. Actuellement il travaille bénévolement comme chauffeur-livreur pour G_____ à 30 %. Il aime conduire. Il a postulé à l'IMAD pour la livraison des repas deux fois, mais n'a pas été pris. » La chambre de céans a également auditionné le recourant à la même date. Sa déclaration était la suivante : « Je travaille pour G_____ en tant que livreur. Il s'agit d'une activité proposée par l'Hospice général sans exigence de rendement. Je travaille au maximum quatre heures par jour et cela se passe bien. J'aime bien conduire et je pourrais m'imaginer de travailler en tant que chauffeur de taxi mais non pas à 100 %. En effet, après quatre heures de travail, je me sens très fatigué, je rentre à la maison et me couche. Je désire travailler, à temps partiel. Je ne me verrais pas travailler comme polymécanicien, car c'est un travail qui demande beaucoup de concentration que je n'ai pas. Cela pourrait même être dangereux. Par contre, la conduite de voiture ne me pose pas de problème, car c'est quelque chose de simple. Comme je ne peux pas travailler à 100 %, je requière une demi-rente d'invalidité. » 19. Le 8 mai 2018, la chambre de céans a fait part aux parties qu'elle avait l'intention de mettre en œuvre une expertise psychiatrique et de mandater à cette fin la doctoresse H_____, ainsi que d'inviter celle-ci à s'adjoindre un neuropsychologue pour la réalisation d'un examen neuropsychologique. Elle leur a également communiqué la mission de l'experte.![endif]>![if> 20. Dans son avis médical du 18 mai 2018, le docteur I_____ du SMR a indiqué ne pas comprendre la nécessité d'une nouvelle expertise, mais qu'il n'avait pas de motif pour s'y opposer ni de question complémentaire.![endif]>![if> 21. Par écriture du 22 mai 2018, l'intimé a fait savoir à la chambre de céans qu'il n'avait pas de question supplémentaire à poser à l'experte judiciaire pressentie.![endif]>![if> 22. Par

écriture du 29 mai 2018, le recourant n'a pas non plus fait valoir des motifs de récusation à l'encontre de l'experte pressentie ni n'a posé de question complémentaire.!

EN DROIT 1. Selon le principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge doit établir (d'office) les faits déterminants pour la solution du litige, avec la collaboration des parties, administrer les preuves nécessaires et les apprécier librement (art. 61 let. c LPG; cf. ATF 125 V 193 consid. 2) ;! Il 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. En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; ATFA non publié 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. 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 ; ATF non publié 8C_760/2011 du 26 janvier 2012, consid. 3). 2. Dans sa jurisprudence récente (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7), le Tribunal fédéral a modifié sa pratique lors de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques. La jurisprudence développée pour les troubles somatoformes douloureux, selon laquelle il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (ATF 141 V 281), s'applique dorénavant à toutes les maladies psychiques, en particulier aux dépressions légères à moyennes. En effet, les maladies psychiques ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée. La question des effets fonctionnels d'un trouble doit dès lors être au centre. La preuve d'une invalidité ouvrant le droit à une rente ne peut en principe être considérée comme rapportée que lorsqu'il existe une cohérence au niveau des limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation de la capacité de travail invalidante n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée. Selon la jurisprudence rendue jusque-là à propos des dépressions légères à moyennes, les maladies en question n'étaient considérées comme invalidantes que lorsqu'on pouvait apporter la preuve qu'elles étaient «résistantes à la thérapie » (ATF 140 V 193 E. 3.3 p. 197; arrêts du Tribunal fédéral 9C_841/2016 du 8 février 2017 consid. 3.1; 9C_13/2016 du 14 avril 2016 consid. 4.2). Selon la nouvelle jurisprudence, il importe plutôt de savoir, si la personne concernée peut objectivement apporter la preuve d'une incapacité de travail et de gain invalidante. Le fait qu'une dépression légère à moyenne est en principe traitable au moyen d'une thérapie, doit continuer à être pris en compte dans l'appréciation globale des preuves, dès lors qu'une thérapie adéquate et suivie de manière conséquente est considérée comme raisonnablement exigible.!

3. En l'occurrence, le recourant a certes déjà été soumis à une expertise psychiatrique par la Dresse C_____ et Mme D_____, psychologue. Les diagnostics posés concordent en large partie avec ceux émis par les psychiatres traitants. Toutefois, la répercussion de ces diagnostics sur la capacité de travail est contestée, notamment par le Dr E_____. Selon l'IPT, le recourant a besoin d'un travail à 50 %, non répétitif, avec des consignes claires et sans exigence d'un grand rendement. Tel est également l'avis de la Dresse J_____, dans son rapport du 28 août 2015. Par ailleurs, les expertes retiennent à tort que le recourant travaille toute la journée le jeudi, alors qu'il travaille au maximum quatre heures d'affilée par jour. ! Il ne

paraît pas non plus convaincant qu'une capacité de travail de 100 % sans baisse de rendement pourrait être obtenue avec une probabilité de l'ordre de 75 % en cas d'introduction d'un traitement antidépresseur avec un suivi psychothérapeutique. En effet, selon le Dr E_____, les pathologies sont difficiles à traiter. Par ailleurs, alors même que le recourant s'est soumis à une série de séances de stimulation magnétique transcrânienne à raison d'une séance par semaine, son état ne s'est que très peu amélioré et les idées obsédantes n'ont pas disparu. En outre, il y a lieu d'objectiver par un examen neuropsychologique les limitations au niveau cognitif, lesquelles sont non seulement alléguées par le recourant, mais ont été constatées notamment aussi par IPT et la Fondation Pro où le recourant a effectué un stage en 2014. Enfin, il semble que l'experte médecin avait un parti pris négatif dès le départ contre le recourant, au vu de l'impression d'animosité ressentie par le celui-ci. Cela peut expliquer qu'elle n'a pas réussi à clarifier ce qui s'était passé au niveau professionnel entre 2011 et 2013 ni par qui le recourant était suivi durant cette période. L'appréciation, selon laquelle les avantages secondaires, sous forme de rente à 100 %, sont à intégrer dans un contexte de déconditionnement, n'est pas non plus totalement convaincante, dès lors que le fait même, pour un jeune homme né en 1986 et en bonne santé physique, d'avoir pour but de l'existence de bénéficier d'une rente semble être plutôt le signe d'un désarroi considérable et d'un trouble psychique majeur. Au demeurant, le recourant admet pouvoir travailler à 50 % dans le cadre de son recours. Pour les raisons précitées, la chambre de céans n'est pas convaincue par l'expertise de la Dresse C_____ et de Mme D_____, notamment en ce qui concerne l'évaluation des limitations fonctionnelles. Par conséquent, il est nécessaire de mettre en œuvre une expertise judiciaire.

4. Cette expertise sera confiée à la Dresse H_____. Celle-ci devra par ailleurs s'adjoindre d'un neuro-psychologue.

*** PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

A. Ordonne une expertise judiciaire médicale.

B. La confie à la Dresse H_____.

C. Dit que la mission de ce médecin sera la suivante :

- Prendre connaissance du dossier médical de Monsieur A_____.
- Examiner personnellement l'expertisé.
- Prendre tous renseignements utiles, notamment auprès des médecins ayant eu connaissance du cas de l'expertisé, en particulier des médecins traitants.
- S'adjoindre un neuro-psychologue pour un examen neuropsychologique.
- Etablir un rapport écrit et répondre notamment aux questions suivantes :

1. Quels sont vos diagnostics dans une classification internationale reconnue ?
2. Quelles limitations fonctionnelles présente l'expertisé sur le plan psychiatrique ?
3. Y a-t-il des limitations fonctionnelles uniformes dans les activités de tous les domaines de la vie (activité lucrative, ménage, loisirs et activités sociales) ?
4. Quelle est la capacité de travail de l'expertisé dans la formation apprise de polymécanicien ?
5. Quelle est sa capacité de travail dans une activité adaptée ? Y a-t-il une diminution de rendement ?
6. Le traitement médical est-il adéquat et comment pourrait-il être amélioré ?
7. Quelle est la compliance ?
8. Y a-t-il un échec de tous les traitements conformes aux règles de l'art sur le plan psychiatrique ?
9. Y a-t-il une exagération des symptômes, des discordances, des incohérences ou d'autres phénomènes similaires ?
10. Quel est le contexte social (quotidien et environnement de l'expertisé) ?
11. Comment vous déterminez-vous sur l'expertise de la Dresse C_____ et de Mme D_____ du 6 janvier 2017 ?
12. Quel est votre pronostic ?
- 13.

Quelles autres observations avez-vous éventuellement encore à ajouter ?!

D. Invite la Dresse H_____ à déposer le plus rapidement possible un rapport en trois exemplaires à la chambre de céans.

E. Réserve le fond.

La greffière Diana ZIERI La présidente Maya CRAMER 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.