

## GE\_GERICHTE A/830/2014 vom 27. August 2015

GE Cour de justice, 2015-08-27, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_830\\_2014](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_830_2014)

FR: GE\_GERICHTE A/830/2014 du 27 août 2015

IT: GE\_GERICHTE A/830/2014 del 27 agosto 2015

### Erwägungen

#### E. 3

ème Chambre En la cause Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à COLOGNY 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), né en novembre 1959, a exercé diverses professions (responsable d'agence de voyage, conseiller de vente en automobiles, courtier en immobilier ou encore opérateur en informatique) avant d'être employé à compter de 1999 par B\_\_\_\_\_, qui l'a licencié avec effet au 30 septembre 2005. Il gagnait alors CHF 6'500.- bruts par mois, versés douze fois l'an. [endif]>[if> Après une période de chômage, l'assuré a travaillé en qualité d'employé d'administration, puis de secrétaire, pour la Ville de C\_\_\_\_\_, du 1<sup>er</sup> mars 2007 au 31 décembre 2009. 2. Le 1<sup>er</sup> novembre 2012, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI) en invoquant des troubles psychiques et une dépression chronique. [endif]>[if> 3. Dans un rapport du 30 novembre 2012, la doctoresse D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie qui suit l'assuré depuis décembre 2011, a diagnostiqué un état dépressivo-anxieux permanent et conclu à une totale incapacité de travail en raison du ralentissement, des troubles de la concentration et des angoisses induits par cette affection. [endif]>[if> Le psychiatre a précisé que son patient avait souffert d'une ambiguïté sexuelle depuis la naissance (hypospadias, à l'origine d'une importante dysfonction sexuelle) et que, comme c'est très souvent le cas dans ces situations, il souffrait d'un syndrome dépressif de très longue date, quasi résistant à toute forme de chimiothérapie antidépressive. Après une scolarité chaotique et de multiples épisodes dépressifs, l'assuré avait vu son sentiment d'humiliation exacerbé par plusieurs licenciements. A cet itinéraire de souffrance s'était ajoutée une probable anxiété généralisée, avec des états d'agitation et des difficultés de concentration, ainsi que des trous de mémoire en situation de stress. Le médecin a conclu à une importante altération du fonctionnement socio-professionnel de son patient qu'elle a qualifié de dysthymique, avec une anxiété généralisée surajoutée se manifestant presque sans discontinuer, en relation avec sa malformation sexuelle. Au final, le psychiatre traitant a retenu les diagnostics suivants : anxiété généralisée, troubles dysthymiques et dysfonction sexuelle due à une combinaison de facteurs et hypospadias. 4. Le docteur E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et médecin traitant de l'assuré, a également rendu un bref rapport médical en date du 16 février 2013, aux termes duquel il n'a retenu que quelques affections somatiques sans répercussion sur la capacité de travail, tout en précisant avoir adressé son patient à un psychiatre en raison d'un état anxio-dépressif résistant aux traitements. Le médecin ne s'est en revanche pas prononcé sur les conséquences de cette atteinte psychique. [endif]>[if> 5. L'assuré a alors été adressé par l'OAI, pour expertise, au docteur F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, qui a rendu son rapport le 21 novembre 2013, sur la base d'un entretien avec l'assuré, de tests

psychométriques et du dossier médical. Dans l'anamnèse, l'expert a relevé que des difficultés scolaires, y compris relationnelles, ayant conduit à placer l'assuré en école privée ; il avait obtenu une maturité, qui n'avait pas été suivie de formation professionnelle. L'expert a remarqué que, d'un point de vue professionnel, l'assuré avait occupé en général des activités peu qualifiées, durant deux à trois ans au maximum, jusqu'à ce qu'il soit engagé par B\_\_\_\_\_ au service à la clientèle. L'expert a également noté que l'assuré avait souffert, enfant, d'un hypospadias qui avait été opéré, ce qui ne l'empêchait pas de ressentir encore parfois des douleurs. L'expert a enfin relevé que l'assuré avait interrompu son suivi psychiatrique en mars 2013 parce qu'il ne voyait pas de progression et qu'il disait en avoir assez de parler de lui ; depuis lors, c'était le médecin traitant qui renouvelait les ordonnances d'année en année. L'expert a relaté que l'assuré se plaignait d'une certaine irritabilité, d'un sentiment d'injustice, parfois de problèmes d'attention et de concentration, ainsi que de difficultés de sommeil. L'expert a pour sa part constaté de légères variations de l'humeur. Il a fait passer à l'assuré des tests psychométriques. A cet égard, l'expert a relevé que l'assuré ne les avait pas tous réalisés, alléguant qu'il n'avait pas le temps d'en passer d'autres que celui qui avait été expressément indiqué sur sa feuille de convocation ; il s'était refusé à revenir une seconde fois pour les terminer. Le test Hamilton 17 items plaidait pour une symptomatologie dépressive subclinique légère. Le test Hamilton anxiété plaidait en faveur d'une anxiété mineure. Le Spielberger donnait un score favorable à une anxiété élevée, alors que le SCL-90R donnait des scores fortement pathologiques pour tous les items, à l'exception de celui d'hostilité, ce qui se révélait contradictoire, selon l'expert. Celui-ci a expliqué que ce profil exprimait surtout une certaine tendance à la dramatisation et à l'amplification des plaintes, ce qu'il avait d'ailleurs constaté durant son examen. Il en a tiré par avance la conclusion que cela pourrait expliquer une discordance potentielle d'appréciation entre lui-même et le médecin traitant. A l'examen, l'expert a dit ne pas avoir constaté de dépressivité marquée, juste un tempérament un peu morose et des préoccupations concernant la situation, ressentie comme une humiliation. D'un point de vue anxieux, l'expert n'a pas trouvé d'arguments pour un trouble de l'anxiété généralisé ou un trouble panique. L'expert a relevé une certaine méfiance et une réticence à se confier, l'assuré ayant une tendance à éluder toute question pouvant mettre en évidence ses failles ou insuffisances. L'expert a considéré que certains éléments permettaient de s'orienter vers une personnalité paranoïaque avec des éléments sensitifs. Au final, l'expert a retenu les diagnostics de dysthymie, troubles de l'adaptation avec humeur anxio-dépressive en rémission et personnalité paranoïaque à traits sensitifs, aucune de ces atteintes n'ayant de répercussion sur la capacité de travail. L'expert a expliqué que le parcours professionnel de l'assuré avait été marqué par des rapports très conflictuels avec ses différents employeurs, l'assuré ayant souvent l'impression d'être victime d'injustice. Son activité la plus durable avait été celle exercée auprès de B\_\_\_\_\_. En définitive, d'un point de vue psychopathologique, l'expert a indiqué avoir observé une symptomatologie dépressive légère, évoquant tout au plus une dysthymie, se caractérisant par de légères variations de l'humeur, sans néanmoins atteindre une intensité qui puisse entrer dans le cadre d'un épisode dépressif de gravité moyenne à sévère. Il a exclu tout trouble de l'anxiété généralisé au motif que celle-ci n'était pas constante et que l'assuré semblait avoir retrouvé une certaine sérénité depuis plusieurs années. Certes, il était parfois débordé par les émotions (rage, colère, injustice) mais il s'agissait-là de réactions émotionnelles ponctuelles ayant trait avec sa personnalité. L'expert a estimé qu'il n'était pas impossible que l'assuré ait souffert à un moment donné d'un trouble de l'adaptation avec humeur anxio-dépressive,

probablement en 2011, à la fin de ses prestations de chômage. Quant aux troubles du sommeil, de l'attention et de la concentration évoqués, il a expliqué qu'ils étaient en grande partie consécutifs à un syndrome d'apnées du sommeil. Ils répondaient en effet favorablement à l'appareillage (repris en décembre 2012). La reprise de l'appareillage expliquait aussi l'évolution favorable des symptômes dépressifs atypiques discrets antérieurement constatés. Selon l'expert, l'élément essentiel chez l'assuré est une personnalité de fonctionnement paranoïaque avec des éléments sensitifs, trouble important de la personnalité à l'origine de longue date de difficultés, notamment relationnelles, sur le lieu de travail (emplois en général de relative brève durée, se terminant souvent par des licenciements sur un mode conflictuel). L'assuré a été décrit comme rigide, volontiers moralisateur et donneur de leçons, ayant adopté une attitude de victime et ne donnant au demeurant pas le sentiment de vouloir se réinsérer professionnellement. A la question de savoir si ce trouble de la personnalité devait être considéré comme une atteinte à la santé mentale justifiant une incapacité de travail complète et définitive dans toute activité, l'expert a répondu par la négative. Il a expliqué à cet égard que l'assuré n'avait pas présenté de décompensation de personnalité durable (comme par exemple une évolution paranoïaque envahissant tous les champs de l'existence, qui peut souvent justifier une incapacité de travail complète). Au contraire, l'assuré paraît vivre sereinement « sa vie maritale avec sa mère » et ne connaît pas, à titre d'illustration, de conflit de voisinage manifeste. On ne note pas non plus de décompensation du registre de l'hypochondrie, d'épisode dépressif sévère, d'expression atypique ou de délire de revendication plus ou moins structuré. En définitive, l'importance des bénéfices secondaires paraît au premier plan. L'expert a relevé que l'assuré, après avoir vécu la perte de son dernier emploi, avait pu faire face à une séparation, retrouver une nouvelle amie et trouver les ressources pour la faire venir des Philippines en Suisse pour l'épouser. Désormais, il vivait avec sa femme chez sa mère et assumait toutes les tâches domestiques. L'expert en a tiré la conclusion que le trouble de la personnalité, non décompensé par rapport au fonctionnement antérieur, sans comorbidité psychiatrique, était présent depuis toujours et ne saurait justifier à lui seul une incapacité de travail complète. Néanmoins, l'expert a préconisé de rechercher une activité simple, permettant à l'assuré d'échapper aux contraintes de la hiérarchie et du groupe (par exemple dans la sécurité ou tout autre domaine lui permettant une certaine indépendance). L'expert a conclu à une possible incapacité de travail de six à douze mois dès le 1<sup>er</sup> octobre 2011, par analogie à un trouble de l'adaptation. 6. Le 13 décembre 2013, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision dont il ressortait qu'il se proposait de rejeter sa demande. 7. Le 8 janvier 2014, l'assuré a fait part de son opposition à ce projet, en se référant à l'avis de son psychiatre traitant selon lequel sa capacité de travail serait nulle. 8. Par décision du 7 février 2014, l'OAI a rejeté la demande de l'assuré. 9. L'OAI a considéré que si l'intéressé avait effectivement été dans l'incapacité totale d'exercer son activité habituelle depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2011, il avait recouvré une pleine capacité, quelle que soit l'activité envisagée, dès le 1<sup>er</sup> septembre 2012. Cette décision, adressée à l'assuré par pli recommandé, lui a été distribuée le 19 février 2014. 9. Par écriture du 19 mars 2014, l'assuré a interjeté recours auprès de la chambre de céans. 10. Il conteste être capable d'exercer une activité lucrative et relève que seul l'expert conclut en ce sens, à l'inverse de ses médecins traitants. 10. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 16 avril 2014, a conclu au rejet du recours. 11. L'intimé se réfère à l'expertise psychiatrique du Dr F\_\_\_\_\_, dont il considère qu'elle doit se voir reconnaître pleine valeur probante. 11. Par écriture du 23

juin 2014, l'assuré a persisté dans ses conclusions. [endif]>[if> Il conteste les conclusions du Dr F\_\_\_\_\_ dont il soutient que le rapport serait « bourré d'erreurs et d'imprécisions ». À l'appui de sa position, le recourant produit une brève attestation médicale rédigée le 16 mai 2014 par son médecin traitant, attestant qu'il le suit depuis septembre 2008, qu'il lui prescrit un traitement de Trittico et que cette médication n'a pas été interrompue. 12. Par écriture du 28 juillet 2014, l'intimé a persisté dans ses conclusions. [endif]>[if> S'agissant des erreurs et imprécisions relevées par le recourant, il fait remarquer que, dans une expertise psychiatrique, c'est avant tout l'examen clinique qui est déterminant (relevé de l'anamnèse, saisie des symptômes et observation du comportement) et qu'au surplus, la plupart des éléments relevés par le recourant n'ont aucune influence sur l'appréciation de son état de santé et aucune conséquence quant aux observations cliniques et aux conclusions de l'expertise. Quant au traitement dont le recourant a produit la preuve, il fait remarquer que c'est le même que celui mentionné dans l'expertise. L'intimé soutient qu'il n'existe aucun élément objectivement vérifiable de nature à justifier la mise en place d'une expertise judiciaire. 13. Par écriture du 21 août 2014, le recourant a persisté dans ses conclusions. [endif]>[if> Il fait remarquer que l'expert, en page 24 de son rapport, a conclu à l'absence de traitement psychotique, ce que l'attestation fournie par son médecin a permis de contester. Au contraire, ce traitement s'est intensifié au fil du temps, ce qui semble contradictoire avec la conclusion d'une amélioration de sa capacité de travail. Pour le reste, l'assuré persiste dans les arguments déjà développés dans son recours. 14. Une audience s'est tenue en date du 20 novembre 2014, au cours de laquelle le recourant a expliqué que si le suivi psychiatrique a été interrompu, c'était avec l'accord du spécialiste. [endif]>[if> Le recourant s'est plaint de l'infamie commise par l'expert qui a retenu qu'il « vivait maritalement avec sa mère ». A cet égard, l'intimé a fait remarquer qu'il s'agissait d'un simple malentendu ; il ressortait clairement du rapport, lu dans son intégralité, qu'aucune relation incestueuse n'était sous-entendue. Le recourant s'est également plaint de la brièveté de l'examen de l'expert (20 minutes). Il soutient que l'expertise est incomplète puisque, aux dires mêmes du Dr F\_\_\_\_\_, il n'a pas fait tous les tests proposés. 15. Les enquêtes se sont poursuivies avec l'audition, en date du 29 janvier 2015, du Dr E\_\_\_\_\_. [endif]>[if> Le témoin a indiqué ne pas partager les conclusions de l'expert. Selon lui, l'état dépressif devrait être qualifié de grave et ce, depuis longtemps déjà, raison pour laquelle, n'ayant pas les compétences spécifiques pour le suivre sur le plan psychique, il l'a adressé à la Dresse D\_\_\_\_\_. Pour le reste, le témoin a tenu à faire part à la Cour d'un élément plus subjectif qu'objectif : son impression suite à l'expertise telle que l'a relatée son patient : l'entretien avec l'expert n'a duré qu'une vingtaine de minutes, le reste ayant été consacré à des tests neuropsychologiques. Il lui paraît difficile, pour un médecin pratiquant, même expert, de pouvoir adopter une opinion aussi déterminée en aussi peu de temps. Le médecin s'est également étonné de n'avoir pas été contacté par l'expert. Le médecin traitant a expliqué la gravité de l'état de son patient par l'existence de nombreux symptômes classiques (troubles du sommeil et du comportement alimentaire, découragement, repli social, idées noires, tristesse, etc.) et leur persistance, malgré le traitement. Il a émis l'avis que son patient était dans l'incapacité totale d'exercer une activité, même légère. 16. Le même jour, a été entendue la doctoresse D\_\_\_\_\_, qui a suivi l'assuré de la fin de l'année 2011 au début de l'année 2013. [endif]>[if> Le témoin a expliqué avoir mis un terme au suivi d'un commun accord avec son patient, car cela ne servait à rien : de par sa pathologie, l'assuré est très peu accessible à la psychothérapie ; qui plus est, les séances étaient précédées de trois jours d'angoisse et d'insomnie et suivies de

plusieurs jours de tristesse. Le témoin a indiqué ne pas partager les conclusions du Dr F\_\_\_\_\_, qualifiées de « légères » par rapport à ses propres observations. Le témoin a indiqué être en revanche d'accord avec les diagnostics retenus. Le psychiatre a expliqué qu'aux diagnostics principalement retenus par l'expert (dysthymie et personnalité paranoïaque), s'en ajoute un troisième, particulièrement important : l'hypospadias (ambiguïté sexuelle à la naissance), qui constitue le nœud du problème. L'expert l'a certes évoqué, mais ne s'y est pas arrêté. Le témoin a émis l'avis qu'une dysthymie est plus compliquée qu'une dépression grave : la seconde se soigne, alors que l'on traîne la première toute sa vie. La dysthymie peut se soigner également, mais en l'occurrence, la personnalité de l'assuré entrave l'accès à la psychothérapie qui pourrait l'aider, si bien qu'il n'en tire aucun bénéfice. Depuis trente ans, il enchaîne des états dépressifs plus ou moins sévères. S'il lui arrive d'aller très légèrement mieux, il ne va jamais bien. En définitive, le témoin a exprimé l'opinion que son patient est dans l'incapacité totale de travailler : après trente ans de dépression chronique conjuguée à une personnalité paranoïaque, il se trouve dans un état d'épuisement tel qu'aucune activité n'est plus envisageable. Le pronostic est très sombre. Quant aux divergences de conclusions avec le Dr F\_\_\_\_\_ quant à la capacité de travail, le témoin les a expliquées par la pathologie dont souffre son patient, qui a pour conséquence que l'entretien ne peut se dérouler que de manière tendue et conflictuelle, de sorte que ce genre de patient n'inspire ni pitié ni empathie, mais plutôt un sentiment de rejet. Au surplus, percevant toute personne comme un persécuteur potentiel, le patient est incapable de s'ouvrir, de mener un dialogue fluide. Il est difficile d'établir une relation de confiance. Le témoin a reconnu que son patient est capable de se mobiliser, alléguant qu'il est beaucoup plus actif à la maison que ne l'a décrit le Dr F\_\_\_\_\_ : c'est grâce à lui que sa mère peut éviter d'intégrer un EMS. Mais il lui paraît difficile qu'il puisse se mobiliser pour une autre activité, puisqu'il est dans l'incapacité totale de se confronter à des gens. Enfin, le témoin a émis l'avis qu'une nouvelle expertise n'apporterait rien de neuf, car elle se déroulerait dans les mêmes conditions que la première, l'expert étant par définition « un ennemi ». Le témoin a indiqué que si la personnalité de son patient s'est encore rigidifiée, au point qu'il est obsédé jour et nuit par sa crainte du rejet, pour autant, la personnalité paranoïaque n'est pas décompensée, puisqu'il n'a jamais souffert de délire. Il s'agit d'une personnalité paranoïaque sensitive, plutôt douce, ainsi que l'a relevée le Dr F\_\_\_\_\_, qui se traduit surtout par une distorsion de la réalité. Quant à l'hypospadias, il s'agit d'un diagnostic somatique qui entraîne ensuite des dysfonctions sexuelles au sens de la CIM-10. 17. Dans ses écritures après enquêtes du 12 février 2015, l'intimé a persisté dans ses conclusions. En substance, il se réfère à l'avis de son service médical régional (SMR) et s'oppose à la mise en place d'une expertise judiciaire. Il répète qu'à son avis aucun élément objectif permettant de remettre en question la valeur probante de l'expertise du 24 septembre 2013 n'a été apporté. 18. Quant au recourant, il a également persisté dans ses conclusions par écriture du 9 mars 2015. Il maintient que l'expertise n'est pas complète et que des faits ont été négligés, reproche à l'expert de n'avoir pas contacté ses médecins traitants et répète que l'examen n'a duré que 20-25 minutes. Il reproche à l'expert de ne pas avoir expliqué pourquoi il conclut à une pleine capacité de travail, alors que les tests qu'il lui a fait passer laissent planer des doutes sur ce point. Enfin, il s'insurge une fois encore des termes utilisés par l'expert, lui reprochant d'avoir sous-entendu qu'il menait une vie incestueuse. 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).  
2. Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, de même que les modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4ème révision), entrée en vigueur le 1er janvier 2004, ont entraîné la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Conformément au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 445 ), le droit litigieux doit être examiné à l'aune des dispositions de la LAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 pour la période courant jusqu'à cette date, puis à celle de la nouvelle réglementation pour la période postérieure au 1er janvier 2003, respectivement au 1er janvier 2004, étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 1 consid. 1.2). Cela étant, les notions et les principes développés jusqu'alors par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité n'ont pas été modifiés par l'entrée en vigueur de la LPGA ou de la 4ème révision de la LAI (voir ATF 130 V 343 ).  
3. Par ailleurs, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la LAI est entrée en vigueur le 1er juillet 2006 (RO 2006 2003), apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). Le présent cas est soumis au nouveau droit, dès lors que le recours de droit administratif a été formé après le 1er juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).  
4. Le recours interjeté respectant les forme et délai prévus par la loi (art. 56 à 60 LPGA), il y a lieu de le déclarer recevable.  
5. Le litige porte sur le droit de l'assuré aux prestations de l'assurance-invalidité.  
6. Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).  
7. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI).  
8. 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 275 consid. 4a, 105 V 207 consid. 2). 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 (MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8).  
9. Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2, 105 V 158 consid.1). La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur

l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1), étant rappelé que l'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage est un principe général du droit des assurances sociales (ATF 129 V 463 consid. 4.2, 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 et les arrêts cités). Dès lors, le juge ne peut pas se fonder simplement sur le travail que l'assuré a fourni ou s'estime lui-même capable de fournir depuis le début de son incapacité de travail, ceci pour éviter que le recourant soit tenté d'influencer à son profit, le degré de son invalidité (ATF 106 V 86 consid. 2 p. 87).

7. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un diagnostic médical pertinent soit posé par un spécialiste et que soit mise en évidence une diminution importante de la capacité de travail (et de gain; ATF 127 V 299 ). Ainsi, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir.

8. L'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office AI, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'AI (ATF 123 V 175 ), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b; Stéphane BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). Lors de l'évaluation de l'invalidité, la tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1 in fine).

9. 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.

10. 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 125 V 352 ss consid. 3). S'agissant de la valeur probante des 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2) Quant aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs, le juge peut leur accorder pleine valeur probante 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 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee). 9. 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. 10. Parmi les atteintes à la santé psychique pouvant provoquer une invalidité, on doit mentionner – à part les maladies mentales proprement dites – les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies, étant précisé que l'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. Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son infirmité mentale, exercer une activité que le marché du travail lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Le point déterminant est ici de savoir quelle activité peut raisonnablement être exigée dans son cas. 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 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine). 10. En l'espèce, le recourant fait grief à l'administration d'avoir fondé son appréciation de la capacité de travail sur le rapport du Dr F\_\_\_\_\_, dont il soutient qu'il ne saurait se voir reconnaître pleine valeur probante. Force est toutefois de constater que le rapport d'examen du Dr F\_\_\_\_\_ se fonde sur une anamnèse détaillée, un examen clinique du recourant et qu'il tient compte des plaintes rapportées par ce dernier. Il a été établi en pleine connaissance du dossier et ses conclusions, dûment motivées, ne laissent pas apparaître de contradictions. Il y a donc lieu de lui reconnaître pleine valeur probante, ce d'autant que les diagnostics retenus par l'expert ont été dûment confirmés par le psychiatre traitant. Certes, les conclusions de l'expert et du psychiatre traitant divergent quant à la capacité de travail. Cela étant, il n'est pas suffisant de juxtaposer l'avis différent de son médecin traitant à celui de l'expert dont les conclusions sont contestées, en se prévalant de ce que le premier suivrait l'assuré régulièrement depuis de nombreuses années, car en procédant de la sorte, on ne démontre pas encore que l'expertise comporterait des contradictions manifestes ou ignorerait des éléments cliniques ou diagnostiques essentiels. En l'occurrence, tous les éléments évoqués par le psychiatre traitant ont été examinés par l'expert. Le recourant n'explique pas non plus en quoi le point de vue de son psychiatre traitant serait objectivement mieux fondé que celui de l'expert ou justifierait la mise en œuvre d'un complément d'instruction sous la forme d'investigations médicales supplémentaires (cf. arrêt 9C\_506/2013 du 18 décembre 2013 consid., 4.2). Or, une évaluation médicale complète ne saurait être remise en cause au seul motif qu'un ou plusieurs médecins ont une

opinion divergente. Il ne peut en aller différemment que si lesdits médecins font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et suffisamment pertinents pour en remettre en cause les conclusions (cf. notamment arrêt 9C\_631/2012 du 9 novembre 2012 consid. 3). Tel n'est pas le cas en l'occurrence. Toutes les atteintes retenues par le psychiatre traitant l'ont également été par l'expert, lequel était également informé de l'hypospadias. Le fait que la dysthymie constatée soit présente depuis longtemps ne saurait, en soi, expliquer la totale incapacité de travail alléguée par le psychiatre traitant, d'autant que l'assuré a, malgré tout, par le passé, été capable d'exercer une activité lucrative et que le psychiatre traitant reconnaît qu'il dispose encore de ressources lui permettant de se mobiliser - au plan privé - de manière même plus intense que ce qu'a retenu l'expert. L'expert, pour sa part, motive ses conclusions de manière convaincante, expliquant en particulier pour quelles raisons il avait finalement répondu par la négative à la question de savoir si le trouble de la personnalité devait se voir reconnaître un caractère invalidant. A cet égard, ses constatations sont d'ailleurs corroborées une fois encore par le psychiatre traitant, lequel a admis en audience que ce trouble n'était pas décompensé. Quant aux troubles du sommeil et de la concentration allégués, l'expert en a également tenu compte, tout en expliquant pourquoi ils devaient être mis en relation avec le syndrome d'apnées du sommeil plutôt qu'avec un état dépressif. Pour le reste, les éléments relevés par le recourant pour déduire que le rapport du Dr F\_\_\_\_\_ se baserait sur une « analyse sociale et sociologique superficielle » ne sont pas déterminants. Ainsi, le fait que l'expert ait par exemple indiqué que sa mère était infirmière (alors qu'elle était enseignante) ou que l'assuré avait redoublé deux fois en école primaire (alors que c'était au cycle d'orientation et à une seule occasion), ne sauraient avoir la moindre répercussion sur l'évaluation de la capacité de travail de l'intéressé. Quant à l'allégation selon laquelle l'assuré vivrait « maritalement » avec sa mère, il s'agit manifestement d'une formulation malheureuse. Si l'on peut comprendre l'indignation du recourant, la lecture de l'expertise dans son intégralité démontre que jamais l'expert n'a voulu insinuer par là une relation incestueuse ; il entendait simplement exprimer que l'assuré avait vécu, dans un premier temps, seul avec sa mère, avant que sa femme ne le rejoigne, en des termes, il est vrai, mal appropriés. Contrairement à ce qu'allègue le recourant, l'expert n'a pas purement et simplement écarté le résultat des tests psychométriques effectués. Au contraire, il en a détaillé les résultats, expliquant en quoi ils étaient contradictoires et révélateurs d'une certaine tendance à la dramatisation et à l'amplification des plaintes, qu'il a souligné avoir d'ailleurs constatée à l'examen. Au demeurant, si le Dr F\_\_\_\_\_ a cru bon de rendre son expertise sans faire passer à l'assuré tous les tests initialement envisagés, c'est qu'il a estimé disposer de suffisamment d'éléments pour se déterminer. A aucun moment il ne laisse en effet entendre que la valeur de ses conclusions pourrait avoir été influencée par le fait que certains tests n'auraient pas été passés. Quant au temps consacré pour l'entretien, il y a lieu de rappeler que la durée d'un examen n'est pas un critère permettant en soi de juger de la valeur probante d'un rapport médical (arrêt 9C\_382/2008 du 22 juillet 2008 consid. 2 et l'arrêt cité). Enfin, l'expert, s'il évoque effectivement l'interruption du suivi psychiatrique, n'en tire concrètement aucune conclusion quant à la capacité de travail de l'assuré. Eu égard aux considérations qui précèdent, force est de constater qu'il n'existe pas d'éléments objectifs permettant de faire douter de la valeur probante de l'expertise du Dr F\_\_\_\_\_ ou de justifier la mise sur pied d'une nouvelle expertise dont le psychiatre traitant lui-même a reconnu qu'elle conduirait probablement au même résultat. En conséquence, c'est à juste titre que l'intimé s'est fondé sur les conclusions du Dr F\_\_\_\_\_ pour nier à

l'assuré le droit à toute prestation. Le recours, mal fondé, est rejeté. PAR CES MOTIFS,  
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

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