

GE_GERICHTE A/932/2017 vom 29. August 2017

GE Cour de justice, 2017-08-29, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_932_2017

FR: GE_GERICHTE A/932/2017 du 29 août 2017

IT: GE_GERICHTE A/932/2017 del 29 agosto 2017

Erwägungen

E. 1

ère Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié au GRAND-LANCY, représenté par l'Association suisse des assurés (ASSUAS) 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 en 1964, travaille en qualité de collaborateur scientifique pour le Département de l'environnement, des transports et de l'agriculture (DETA) du canton de Genève.!

2. Le 28 janvier 2015, le DETA a indiqué à l'assuré que ses absences cumulées représentaient un total de 384 jours civils. Conformément à la procédure, son cas devait être communiqué à l'office de l'assurance-invalidité (ci-après l'OAI ou l'intimé).!

3. Le 3 février 2015, le DETA a adressé un formulaire de détection précoce concernant l'assuré à l'OAI. Il a indiqué que les absences répétées de celui-ci avaient débuté le 25 janvier 2012. L'incapacité de travail, d'abord complète puis de 50 %, avait débuté le 12 mai 2014.!

4. Lors d'un entretien de détection précoce avec l'OAI en date du 10 mars 2015, l'assuré a mentionné une incapacité de travail totale depuis le 12 mai 2014, et de 50 % depuis le 1^{er} octobre 2014. Le cumul des jours d'absence était lié à des causes différentes : il avait souffert d'une hernie discale opérée en 2013, d'une déchirure ligamentaire du pouce lors d'un accident de ski en février 2014 et d'un burn out dès mai 2014. Son employeur avait modifié son cahier des charges de manière injuste et irrespectueuse. L'assuré mentionnait du dénigrement et une surcharge de travail de 2008 à 2014. Il avait envie de travailler et s'y sentait actuellement apte. Il avait repris le travail à 100 % depuis le 1^{er} mars 2015. Il estimait ne pas avoir besoin de prestations de l'assurance-invalidité.!

5. Le 16 mars 2015, l'OAI a informé l'assuré que le dépôt d'une demande de prestations n'était pas indiqué.!

6. Le 11 juillet 2016, l'assuré a adressé un nouveau formulaire de détection précoce à l'OAI, signalant une incapacité de travail complète depuis le 22 avril 2016 pour motifs psychiques. Il sollicitait un nouvel entretien avec l'OAI.!

7. Le 26 septembre 2016, l'OAI s'est entretenu avec l'assuré. Ce dernier a exposé qu'il travaillait pour l'État de Genève depuis 1997, et au Service de l'environnement et des risques majeurs du DETA depuis 2014. Il ne « s'y retrouvait pas en termes de valeurs ». Il s'était adressé au groupe de confiance et au service des ressources humaines, qui l'invitaient à postuler aux postes vacants. Il avait envie de travailler mais ne savait pas comment faire. Il évoquait également des événements personnels difficiles, tels que le décès de sa mère et une séparation.!

8. À la même date, d'entente avec l'OAI, l'assuré a rempli un formulaire de demande de prestations.!

9. Lors d'un entretien avec l'OAI en date du 17 octobre 2016, l'assuré a signalé qu'il avait eu une séance avec son directeur, son chef direct, le service des ressources humaines et une collaboratrice du service de santé. La reprise du travail était fixée à 50 % au 7 novembre 2016. L'assuré s'y

sentait apte, mais il craignait les conditions de travail. Il estimait que des mesures d'intervention précoce n'étaient pas utiles. 10. Selon le questionnaire rempli par le DETA en date du 9 novembre 2016, l'assuré a été absent à 100 % en raison d'une maladie dès le 22 avril 2016. 11. Lors de l'entretien téléphonique du 18 novembre 2016 avec l'OAI, l'assuré a indiqué que bien qu'il eût préparé sa reprise, il était à nouveau en incapacité de travail totale depuis le 16 novembre 2016. Le jour de son retour au travail, le 7 novembre 2016, sa responsable lui avait annoncé un entretien d'évaluation suivi d'un entretien de service. La semaine s'était déroulée dans un contexte très difficile, et l'assuré s'estimait victime de maltraitance. Son médecin lui avait suggéré une nouvelle incapacité de travail afin de le protéger. Il ne pouvait accepter la situation. Il ne bénéficiait pas pour l'heure des services de la cellule de retour au travail, et il s'interrogeait quant aux moyens d'action du service des ressources humaines. Il allait réfléchir à une éventuelle mesure d'intervention précoce. 12. Le 24 novembre 2016, l'assuré a adressé à l'OAI la copie d'un courrier qu'il a fait parvenir le même jour au service des ressources humaines du DETA. Il y signalait que son retour au travail le 7 novembre 2016 n'avait pas entouré de bienveillance, avec une mise sous pression, une planification d'entretiens d'évaluation et de recadrage, et une menace d'entretien de service. Les doutes et les allégations retenus à son encontre portaient atteinte à sa santé et à sa personnalité. Il était à nouveau en arrêt de travail à 100 % depuis le 16 novembre 2016, et se disait prêt à explorer toute piste de transfert. Il invitait le service des ressources humaines à tout mettre en œuvre pour que sa requête de transfert soit entendue. 13. Dans un rapport du 29 novembre 2016, le docteur B _____, spécialiste FMH en psychiatrie, a posé le diagnostic de trouble mental sans autre indication (F 99), avec effet sur la capacité de travail. L'assuré était connu depuis 2014 pour un trouble dépressif récurrent, apparu dans un contexte de difficultés familiales et professionnelles. La situation au travail restait précaire, les facteurs favorisant une rechute n'ayant pas été réglés. Entre 2009 et 2014, l'assuré était souvent en porte-à-faux avec les décisions prises par sa hiérarchie. Il considérait qu'on l'empêchait de faire son travail, lequel consistait à prendre des mesures pour protéger la population. La peur de la faute et du licenciement s'était installée. Il avait le sentiment de ne jamais bien faire son travail. Lors de la séance de préparation de la reprise du travail du 6 novembre 2016, son directeur et son chef lui avaient reconnu de bonnes compétences techniques et avaient dit qu'il était un bon collaborateur. On lui reprochait en revanche son manque de productivité et le non-respect des délais de rédaction des rapports. Il se reconnaissait dans cette description. Son analyse des relations l'inquiétait beaucoup. Il pensait que son directeur et son chef n'étaient pas bienveillants et créaient une ambiance le rendant incapable de bien remplir sa fonction. Cette stratégie était entretenue par des propos contradictoires, l'un prônant le dialogue, l'autre s'y refusant. L'entrée en matière lors de la reprise du 7 novembre 2016 l'avait déstabilisé. Les symptômes étaient une fatigue chronique, une anxiété, une tristesse, des insomnies, des difficultés à agir, une peur d'agir, de se projeter dans l'avenir, ainsi qu'une peur des conséquences, de représailles, et une méfiance. Le discours était clair, informatif et descriptif. Le Dr B _____ n'avait a priori pas de raison de douter des propos de l'assuré et de la double contrainte, c'est-à-dire du dilemme de la communication entretenu par son directeur et son chef. Il n'était cependant pas exclu que cette description soit fantasque, voire délirante. Comme l'assuré n'avait jamais eu de symptômes psychotiques, il paraissait cependant nécessaire d'envisager des mesures de réinsertion pour changer le contexte de travail et sécuriser l'environnement. Il devrait être facile de créer un climat bienveillant qui

pourrait permettre à l'assuré de retrouver sa pleine capacité de travail et sa sérénité. L'incapacité de travail était complète depuis le 16 novembre 2016 pour une durée indéterminée, dans l'attente de la mise en œuvre de mesures sur le lieu de travail. La capacité de travail était de 50 %, mais elle était retardée en raison du contexte. Des mesures devraient être mises en place pour un poste avec reconnaissance du travail, contrôle de la charge de travail, définition des prestations à délivrer, autonomie et participation aux décisions, clarté du rôle et des missions, énoncé des objectifs et clarté de la structure et des rôles de chacun. ![/endif]>![if> 14. Dans son avis du 19 décembre 2016, la docteure C_____, médecin au Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), a retenu qu'il n'y avait pas d'atteinte à la santé notable et durable. L'assuré présentait un trouble réactionnel à un conflit au travail, qui ne devrait pas durer plus d'un an. Il ne prenait pas de traitement antidépresseur ou anxiolytique. ![/endif]>![if> 15. Le 6 janvier 2017, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision rejetant sa demande. Il a considéré que celui-ci ne présentait pas d'atteinte à la santé au sens de la loi. Le lien de causalité entre l'atteinte à la santé et l'incapacité de gain n'était pas établi et la capacité de travail était entière dans toute activité entrant en ligne de compte. ![/endif]>![if> 16. Le 6 février 2017, l'assuré a contesté le projet de l'OAI. Il a affirmé qu'il présentait bien une maladie, puisque le Dr B_____ avait diagnostiqué un trouble mental du comportement. Selon son médecin traitant, il souffrait en outre d'asthme, d'épicondylite, de sciatalgie et de dépression. C'était ainsi à tort que l'OAI excluait une atteinte à la santé. L'assuré présentait de plus une incapacité de gain insurmontable, puisque les tentatives de reprise s'étaient conclues par des échecs. C'était ainsi à tort que l'OAI avait refusé de lui octroyer une rente entière d'invalidité ou des mesures d'ordre professionnel. Il avait en effet présenté une incapacité de travail à 100 % pendant 520 jours. L'OAI avait omis d'en évaluer les conséquences économiques. L'absence de traitement antidépresseur ou anxiolytique n'était pas un motif de négation de l'atteinte à la santé, cette médication étant considérée comme contre-productive et toxique par son médecin. Les troubles duraient en outre depuis 2014, de sorte qu'on ne pouvait suivre la Dresse C_____ lorsqu'elle affirmait qu'ils ne persisteraient pas plus d'une année. ![/endif]>![if> L'assuré a joint une attestation du 27 janvier 2017 du Dr B_____. Ce médecin y a indiqué que l'assuré présentait en 2014 un trouble anxieux et dépressif mixte (F 41.2) selon la CIM-10. Actuellement, les symptômes définissant ce trouble étaient toujours présents, mais le diagnostic ne pouvait plus être retenu en raison du discours de l'assuré, qui décrivait clairement une situation de double bind sur son lieu de travail qui le mettait constamment en porte-à-faux. Or, il n'y avait aucun moyen de vérifier la réalité de cette description qui mettait en cause de hauts fonctionnaires. Comme personne n'avait vérifié la réalité de cette description, cet argument ne pouvait être retenu comme la cause des troubles. En l'occurrence, il pourrait s'agir d'une production intellectuelle délirante de type paranoïaque. Par contre, il était clairement établi par l'expérience que l'assuré était incapable de rester en présence des personnes citées, si celles-ci ne changeaient pas leurs attitudes. Le diagnostic retenu était celui de trouble mental sans autre indication (F 99). Ce diagnostic était plus approprié actuellement, car la symptomatologie ne correspondait à aucune autre catégorie définie dans la classification internationale. De plus, si les propos sur les conditions de travail s'avéraient exacts, on ne se trouvait plus dans le cadre de référence de la CIM-10. Cette classification ne s'appuyait pas sur les causes et elle était uniquement descriptive des symptômes psychiques et des comportements. Par contre, si on se basait sur la définition de l'OMS d'une maladie, qui s'organisait autour d'un agent pathogène, cet agent était représenté par la hiérarchie de

l'assuré dans la situation qu'il décrivait, et le changement d'attitude de ses deux supérieurs hiérarchiques représentait le traitement. Le diagnostic F 99 était un trouble mental et du comportement, dont la traduction clinique était l'incapacité d'agir de l'assuré. Ce dernier prétendait être capable de travailler, et le Dr B _____ avait de bonnes raisons de penser que la reprise était pour l'heure possible à 50 % du point de vue psychique. Cependant, au vu de la complexité et la particularité de ce trouble, seule l'exposition permettrait de répondre à cette question. De surcroît, cette exposition devait s'accompagner de mesures de réinsertion agissant sur l'agent pathogène. Il n'y avait pas moyen de savoir si la tension entre l'assuré et ses deux supérieurs incriminés était la cause ou la conséquence de l'incapacité de réaliser les tâches qui lui étaient demandées. On ne pouvait pas se déterminer objectivement sur un caractère réactionnel. Le Dr B _____ est en outre revenu sur l'avis de la Dresse C _____, qu'il considérait peu rigoureux et à qui il reprochait de trier les informations. Il a rappelé qu'il avait fait état d'une tristesse et d'un état dépressif et anxieux en 2014. En outre, la Dresse C _____ montrait son inculture en signalant que l'assuré n'avait pas de traitement pharmacologique. L'expérience montrait que ces traitements étaient inefficaces sur la thymie et l'anxiété. Ils étaient contreproductifs, car en réduisant la capacité d'agir, ils contribuaient à augmenter les problèmes existentiels et, en cela, ils renforçaient la péjoration des symptômes anxieux et dépressifs. De plus, la littérature scientifique révélait qu'ils étaient toxiques, qu'ils induisaient des maladies somatiques et qu'ils augmentaient le risque de démence et de mort prématurée. L'assuré a également joint un rapport du 26 janvier 2017 du docteur D _____, spécialiste FMH en médecine interne, indiquant soigner celui-ci pour des problèmes d'asthme, d'épicondylite, de sciatalgie et de dépression. Ce médecin ne partageait pas l'avis du SMR, selon lequel le trouble ne devrait pas durer plus d'une année. Il s'agissait d'une maladie au sens de la loi. Il pensait que l'assuré ne pouvait reprendre son activité habituelle à 100 % en raison de l'échec des précédentes tentatives. Il ne savait pas si un changement de poste permettrait à l'assuré de trouver sa pleine capacité de travail. 17. Dans son avis du 10 février 2017, la Dresse C _____ a confirmé la nature réactionnelle de l'atteinte, en se référant à la notion d'agent pathogène décrite par le Dr B _____. Selon le rapport du généraliste, la cause principale de l'arrêt de travail était psychiatrique. La prise de position du SMR de décembre 2016 restait valable. 18. Par décision du 13 février 2017, l'OAI a rejeté la demande de l'assuré. Ce dernier ne présentait pas d'atteinte à la santé au sens de la loi. Il s'est référé à l'avis de la Dresse C _____ du 10 février 2017. 19. Par écriture du 14 mars 2017, l'assuré, par son mandataire, a interjeté recours contre la décision de l'OAI. Il a conclu, sous suite de dépens, à son annulation et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité. Il a répété en se référant à l'attestation du Dr B _____ du 27 janvier 2017 qu'il souffrait d'une maladie, soit d'une atteinte à la santé. Il a pour le surplus repris l'argumentation développée dans son courrier du 6 février 2017. 20. Dans sa réponse du 13 avril 2017, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il a retenu que le recourant ne présentait pas d'atteinte invalidante au sens de la loi. Selon la Dresse C _____, l'assuré présentait une atteinte psychiatrique réactionnelle au conflit de travail, qui ne devrait pas durer plus d'une année. Il n'y avait ainsi pas d'atteinte à la santé notable et durable. Le Dr B _____ avait indiqué que l'incapacité de travail était attestée à 100 % depuis le 16 novembre 2016, dans l'attente de mesures sur le lieu de travail. Le recourant avait du reste considéré pendant les entretiens d'intervention précoce que des mesures ne se justifiaient pas. Les troubles réactionnels pouvaient être traités médicalement de manière adéquate, et il ne pouvait en découler de handicap psychique invalidant. L'assuré était en arrêt de travail depuis le 22 avril 2016,

mais le psychiatre traitant attestait d'une incapacité médicalement justifiée seulement depuis le 16 novembre 2016.![endif]>![if> 21. Par réplique du 15 mai 2017, le recourant a persisté dans sa conclusion. Il a allégué que le Dr B_____ évoquait plusieurs causes à ses troubles, dont la prise en charge de sa mère, puis sa séparation. On ne pouvait ainsi considérer que les troubles étaient uniquement réactionnels au conflit au travail. Même si tel était le cas, on ne voyait pas en quoi les atteintes psychiques en résultant ne seraient pas invalidantes. Le recourant a affirmé qu'il ressortait de la réponse de l'intimé que le délai d'attente d'une année n'avait pas expiré. Il s'agissait là d'une nouvelle motivation qui n'emportait pas la conviction. Le recourant n'avait toujours pas repris le travail. Il totalisait 520 jours d'arrêt de travail, et il comprenait mal que l'intimé se focalise sur l'arrêt du 22 avril 2016.![endif]>![if> 22. Dans sa duplique du 7 juin 2017, l'intimé a persisté dans ses conclusions. Il a relevé que les troubles du recourant restaient réactionnels, quand bien même on tenait compte de causes autres que le conflit au travail. De plus, il existait au premier plan une problématique sociale, qui n'était pas du ressort de l'assurance-invalidité.![endif]>![if> 23. La chambre de céans a fait parvenir une copie de cette écriture au recourant le 12 juin 2017.![endif]>![if> 24. Sur ce, la cause a été gardée à juger. ![endif]>![if> EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1 er janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).![endif]>![if> Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. La loi sur la partie générale des assurances sociales (LPGA), entrée en vigueur le 1 er janvier 2003, est applicable au cas d'espèce.![endif]>![if> 3. Interjeté dans les formes et délai prescrits par la loi, le présent recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA).![endif]>![if> 4. Le litige porte sur la question de savoir si le recourant a droit à des prestations d'invalidité, plus particulièrement sur le point de savoir s'il présente une atteinte invalidante d'ordre psychique.![endif]>![if> 5. Aux termes de l'art. 8 al. 1 er LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 6 LPGA, 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. En vertu de 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 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. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI).![endif]>![if> 6. Conformément à l'art. 4 LAI, l'invalidité (art. 8 LPGA) peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. ![endif]>![if> Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état

psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1). Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. À cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut pratiquement plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294 consid. 4c; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen), l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 237/04 du 30 novembre 2004 consid. 4.2). 7. Seule une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé peut donner droit à des prestations d'invalidité. Les facteurs socioculturels ne font pas partie des atteintes à la santé qui peuvent conduire à une invalidité selon l'art. 4 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire dans chaque cas qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_144/2010 du 10 décembre 2010 consid. 4.1).

En d'autres termes, les circonstances générales et particulières qui conduisent à une situation psychosociale difficile ne suffisent pas à admettre une invalidité. De tels éléments peuvent cependant jouer un rôle dans le développement et la persistance d'une atteinte à la santé distincte. Afin de déterminer si une telle atteinte existe, il est utile de se référer aux descriptions de la CIM-10 (Thomas LOCHER, Die invaliditätsfremden Faktoren in der rechtlichen Anerkennung von Arbeitsunfähigkeit und Invalidität, in Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gall 2003, p. 253). Le code Z des atteintes répertoriées dans la CIM-10 vise à la classification de circonstances qui influent sur l'état de santé d'une personne mais ne constituent pas une atteinte ou une maladie. Ce code concerne les facteurs supplémentaires qui doivent être pris en compte lorsqu'une personne est traitée pour un état pathologique. Ces facteurs ne correspondent pas en tant que tels à la définition de l'atteinte à la santé au sens juridique. Les facteurs psychosociaux et socioculturels ont toutefois des

répercussions sur l'invalidité lorsqu'ils conduisent à une véritable altération de l'intégrité psychique, laquelle entrave la capacité de gain, lorsqu'ils entretiennent une atteinte à la santé distincte ou en aggravent les conséquences, qui elles-mêmes existent indépendamment des facteurs étrangers à l'invalidité (SVR 2008 IV N°15, consid. 2.2.2.2). À titre d'exemple, le burn out, classifié sous le chiffre Z 73.0 dans la CIM-10, n'est pas une atteinte à la santé invalidante selon la jurisprudence (arrêt du Tribunal fédéral 8C_302/2011 du 20 septembre 2011 consid. 2.3). 8. En vertu de l'art. 28 al. 1 er LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a); il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPG) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b); au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPG) à 40 % au moins (let. c). L'art. 28 al. 2 LAI dispose que l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à 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. 9. Conformément à l'art. 8 al. 1 er LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels, et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies. Aux termes de l'art. 17 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession lorsque son invalidité rend cette mesure nécessaire, et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée de manière notable. L'art. 6 al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité (RAI - RS 831.201) définit les mesures de reclassement comme les mesures de formation destinées à des assurés qui en ont besoin, en raison de leur invalidité, après achèvement d'une formation professionnelle initiale ou après le début de l'exercice d'une activité lucrative sans formation préalable, pour maintenir ou pour améliorer leur capacité de gain. La jurisprudence a apporté une précision à cette définition en indiquant que le concept de reclassement recouvre l'ensemble des mesures de réadaptation de nature professionnelle qui sont nécessaires et suffisantes pour procurer à l'assuré une possibilité de gain à peu près équivalente à celle que lui offrait son ancienne activité (ATF 124 V 108 consid. 2a). Dès lors, en règle générale, l'assuré ne peut pas prétendre à la meilleure formation possible dans son cas, la loi ne visant en effet qu'à assurer les mesures de réadaptation qui sont nécessaires et suffisantes compte tenu du cas d'espèce (ATF 121 V 258 consid. 2c). De plus, il faut que l'invalidité soit d'une certaine gravité pour que le droit à des mesures de réadaptation soit ouvert. La jurisprudence a ainsi fixé le seuil d'invalidité à partir duquel des mesures de réadaptation doivent être octroyées à 20 % (ATF 130 V 488 consid. 4.2; ATF 124 V 108 consid. 3a). 10. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou 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 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; ATF 115 V 133 consid. 2). Ces données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage

(arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 762/02 du 6 mai 2003 consid. 2.2).!

b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il convient 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 351 consid. 3; ATF 122 V 157 consid. 1c).

c. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, 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).

d. 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 351 consid. 3b/cc et les références). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un 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 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_405/2008 du 29 septembre 2008 consid. 3.2).

11. En l'espèce, l'intimé a nié le droit du recourant à des prestations au motif que ce dernier ne présenterait pas d'atteinte à la santé au sens de la loi. Il s'est référé à l'appréciation de la Dresse C_____, qui excluait une atteinte durable dans son avis du 9 décembre 2016 et qualifiait l'atteinte de réactionnelle dans son avis du 10 février 2017.!

En préambule, il faut souligner qu'il n'existe au dossier aucun rapport médical satisfaisant en tous points aux exigences dégagées par le Tribunal fédéral et rappelées ci-dessus. En effet, le rapport du Dr B_____ du 29 novembre 2016 ne contient pas d'anamnèse et n'est guère détaillé en ce qui concerne les troubles psychiques du recourant et leur évolution depuis 2014. De plus, le diagnostic retenu dans ce rapport – soit celui de trouble mental sans autre précision – paraît en contradiction avec l'atteinte évoquée par le psychiatre dans l'attestation qu'il a établie en janvier 2017, aux termes de laquelle le recourant subissait en 2014 un trouble anxieux et dépressif mixte au sens de la CIM-10. On peine en effet à comprendre pourquoi ce dernier diagnostic ne pourrait plus être retenu en

2017, dès lors que le Dr B_____ affirme que les critères diagnostiques afférents à ce trouble perdurent. Les propos du psychiatre à ce sujet ne sont pas suffisamment clairs, à l'instar de ses conclusions sur la capacité de travail. Ils n'emportent ainsi pas la conviction. Le rapport du Dr D_____ ne contient pas non plus tous les éléments nécessaires pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. Quant aux avis du SMR, dans lesquels la Dresse C_____ se borne à nier l'existence d'une atteinte invalidante, ils ne peuvent à l'évidence pas non plus se voir reconnaître une pleine valeur probante du point de vue formel. Sur le fond, ce médecin a notamment indiqué que le trouble du recourant ne devrait pas durer plus d'un an. Il apparaît pourtant que tel est bien le cas. En effet, même si le Dr B_____ a mentionné une incapacité de travail totale à partir du 16 novembre 2016 dans son rapport du 29 novembre suivant, le recourant semble être en incapacité de travail attestée par un certificat médical depuis le 22 avril 2016 selon le formulaire de détection précoce adressé à l'intimé et les informations émanant de son employeur, et il a indiqué, dans son écriture du 15 mai 2017, qu'il n'avait pas repris le travail, de sorte que l'atteinte paraît avoir duré depuis plus d'une année. L'intimé n'a du reste guère instruit la question du début de l'incapacité de travail. Par ailleurs, la nature du trouble, apparemment réactionnelle à une situation conflictuelle au travail, ne suffit pas en soi à exclure une atteinte à la santé au sens de la loi. Le Tribunal fédéral a certes relevé que les troubles réactionnels survenus à la suite d'une décision de suppression de rente de l'assurance-invalidité peuvent être médicalement traités de manière adéquate et ne peuvent pas être considérés comme une atteinte psychique invalidante (arrêt du Tribunal fédéral 9C_799/2012 du 16 mai 2013 consid. 2.5). Cependant, retenir que le pronostic de succès du traitement d'une affection psychique constitue un critère d'exclusion du droit à la rente est contraire au sens et au but d'une telle prestation, qui est de couvrir le risque d'une incapacité de gain liée à une atteinte à la santé, quelles que soient l'origine et la genèse de cette atteinte. S'il convient dans ce contexte de tenir compte du principe de la réadaptation par soi-même, selon lequel un assuré doit en première ligne accomplir ce qui est objectivement et subjectivement exigible pour maintenir sa capacité de gain, en recourant aux traitements médicaux et thérapeutiques exigibles, s'agissant du droit aux prestations, est seul décisif le fait que la personne assurée ait subi une incapacité de travail d'au moins 40 % pendant une année sans interruption notable et qu'elle présente une incapacité de gain (ATF 127 V 294 consid. 4b/cc et 4c et les références). Des troubles psychiques consécutifs à une situation de mobbing peuvent ainsi donner droit à une rente d'invalidité (cf. par exemple arrêt du Tribunal fédéral 9C_577/2008 du 11 novembre 2008). Par surabondance, le Dr B_____ n'a pas formellement écarté la possibilité d'une atteinte délirante du recourant dans ses rapports du 29 novembre 2016 et du 27 janvier 2017, dont les répercussions sur la capacité de travail devraient également être examinées si elle devait être confirmée. Compte tenu de ces éléments, la décision de l'intimé est mal fondée. Cela étant, le dossier constitué par l'intimé ne permet pas à la chambre de céans de statuer sur la demande de prestations du recourant, dès lors qu'il ne contient pas les éléments nécessaires pour déterminer la nature exacte de ses troubles, ni leur évolution et leur incidence sur sa capacité de gain. Il y a donc lieu de renvoyer la cause à l'intimé pour qu'il complète l'instruction au plan médical – par exemple en recueillant des informations médicales complémentaires auprès des médecins traitants ou en soumettant le recourant à une expertise – avant de déterminer l'incidence des atteintes à la santé éventuellement diagnostiquées sur sa capacité de gain, et de rendre une nouvelle décision sur le droit aux prestations. 12. Eu égard à ce qui précède, le recours est partiellement

admis.![endif]>![if> Le recourant, qui est représenté, a droit à des dépens, qui seront fixés à CHF 1'000.- (art. 61 let. g LPGA). La procédure en matière d'assurance-invalidité n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1 bis LAI), l'intimé sera condamné au paiement d'un émolument de CHF 200.-. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :
Statuant À la forme :

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