

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1260/2016

ATAS/577/2019

**COUR DE JUSTICE**  
**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 26 juin 2019**

**4<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié aux ACACIAS, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître ARNOLD Yann

recourant

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE  
GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE

intimé

**Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente; Larissa ROBINSON-MOSER et  
Maria Esther SPEDALIERO, Juges assesseures**

---

**EN FAIT**

1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après l'assuré ou le recourant), né le \_\_\_\_\_ 1974, a travaillé comme carreleur, de 2002 à janvier 2008, date à laquelle il a été licencié.
2. Par rapport du 13 mai 2008, la doctoresse B\_\_\_\_\_, médecin interne, du service de psychiatrie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après HUG), a attesté que l'assuré suivait un traitement psychiatrique et psychothérapeutique intégré et que sa capacité de travail était nulle depuis janvier 2008, avec une reprise du travail éventuellement possible dans six mois, progressivement.
3. Le 18 juillet 2008, la doctoresse C\_\_\_\_\_, médecin interne, du service de psychiatrie des HUG a posé le diagnostic d'épisode dépressif sévère avec symptômes psychothiques. L'état de l'assuré était stationnaire malgré un changement de traitement médicamenteux. Un de ses meilleurs amis s'était suicidé par pendaison la semaine précédente, ce qui avait engendré une péjoration de son état dépressif. Il était encore incapable de travailler.
4. Dans un rapport du 24 septembre 2008, le docteur D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a posé le diagnostic d'état dépressif modéré à sévère avec syndrome somatique, depuis janvier 2008, justifiant une incapacité totale de travail de l'assuré dans toute activité. Il préconisait une prise en charge psychiatrique plus intensive, avec un suivi médico-infirmier et un changement de traitement en l'absence d'amélioration clinique.
5. L'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après OAI ou l'intimé) le 21 octobre 2008, indiquant souffrir d'une dépression sévère.
6. Par décision du 15 novembre 2010, l'OAI, statuant en l'état du dossier, a rejeté la demande de l'assuré, au motif qu'il n'avait pas participé à des mesures d'instruction exigibles.
7. L'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations à l'OAI, le 19 juillet 2013.
8. Dans un rapport établi le 29 septembre 2013, la doctoresse E\_\_\_\_\_, médecin généraliste de l'assuré, a diagnostiqué des cervico-dorso-lombalgies aiguës sur troubles statiques de la colonne CD lombaire, sur discopathie C5-C6 et séquelles d'une ancienne maladie de Scheuermann; des lombosciatalgies aiguës droites sur probable hernie discale; une tendinopathie de l'épaule droite et un état anxio-dépressif aigu récurrent avec crises de panique.
9. Dans un rapport du 16 février 2014, la Dresse E\_\_\_\_\_ a attesté d'une aggravation de l'état de santé de l'assuré depuis août 2011, précisant qu'il présentait d'importants troubles fonctionnels à l'épaule droite et un état anxio-dépressif aigu.
10. L'assuré a été examiné, le 26 mai 2014, par les docteurs F\_\_\_\_\_ et G\_\_\_\_\_, spécialistes FMH en médecine physique et réadaptation, ainsi que par la doctoresse H\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, tous médecins auprès

du SMR. Selon leur rapport du 10 juin 2014, le diagnostic avec effet sur la capacité de travail était une tendinose du muscle supra-épineux droit et l'assuré ne souffrait d'aucune pathologie psychiatrique aiguë ou chronique à caractère incapacitant, de sorte que sa capacité de travail était de 100% sur le plan psychique depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2009. Depuis le 21 septembre 2011, l'incapacité de travail était de 100% dans le métier de carreleur, mais de 0% dans une activité adaptée.

11. L'OAI a rendu un projet de refus de prestations le 11 août 2014.
12. Celui-ci a été contesté par l'assuré, qui s'est opposé aux conclusions de l'examen du SMR sur le plan psychiatrique, lesquelles étaient, selon lui, en totale contradiction avec celles de ses médecins traitants. Il a communiqué à l'OAI un rapport détaillé établi le 4 septembre 2014 par le docteur I\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.

À teneur de ce dernier, l'assuré souffrait d'un trouble délirant, d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, et d'un trouble panique. Le Dr I\_\_\_\_\_ suivait l'assuré depuis le 29 avril 2014. Celui-ci était en incapacité de travail totale depuis le 29 avril 2014. Un traitement neuroleptique était indiqué, mais le patient avait mal supporté le Remeron, le Zyprexa ainsi que le Seroquel et avait cessé ce traitement.

13. Dans un rapport intermédiaire du 10 avril 2015, le Dr I\_\_\_\_\_ a indiqué que l'état de santé de l'assuré s'était amélioré, suite à l'introduction du Risperdal, avec une baisse des angoisses la nuit et une amélioration du sommeil, mais les idées délirantes de persécution persistaient ainsi que le discours projectif, une tristesse, l'évitement du contact social et les sentiments de dévalorisation et de culpabilité. Le pronostic était réservé.
14. Le Dr I\_\_\_\_\_ a précisé, par rapport du 8 mai 2015, que l'assuré était toujours suivi à son cabinet et sous traitement de Risperdal avec un effet bénéfique sur ses angoisses et ses troubles du sommeil. Les prochains objectifs étaient d'augmenter la dose de Risperdal et, éventuellement, d'introduire un traitement antidépresseur. Les difficultés rencontrées par la mise en place d'un traitement psychotrope s'expliquaient en partie par la psychopathologie du patient, notamment la composante persécutoire.
15. L'OAI, sur avis du SMR, a ordonné une nouvelle expertise psychiatrique qu'elle a confiée au docteur J\_\_\_\_\_, psychiatre et psychothérapeute FMH, du Centre neuchâtelois de psychiatrie.
16. Dans son rapport du 26 janvier 2016, le Dr J\_\_\_\_\_ a indiqué avoir observé chez l'expertisé une certaine clinique du registre anxieux, avec mise en place de conduites d'évitement en lien avec un sentiment de persécution. Les idées de persécution étaient présentes, mais avec peu de résonance affective et elles étaient donc difficilement interprétables. Le traitement neuroleptique étant prescrit à des doses trop faibles, il ne lui était pas possible de confirmer ou d'infirmer un trouble psychotique. Certains aspects lui faisaient suspecter une certaine majoration des

symptômes. L'expert n'a retenu aucun diagnostic avec influence sur la capacité de travail et, comme diagnostics sans incidence sur la capacité de travail, un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen; des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, utilisation nocive pour la santé, et des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de cannabis, utilisation nocive pour la santé. L'expertisé était autonome, ne présentait pas de troubles cognitifs majeurs, montrait une bonne capacité fonctionnelle et sa capacité de travail dans le métier de carreleur était entière, après une période de réentraînement au travail de trois mois à 50%.

17. Par décision du 8 mars 2016, l'OAI a refusé l'octroi de prestations à l'assuré, au motif que sa capacité de travail était totale dans une activité adaptée depuis septembre 2011 et qu'après comparaison des gains, son degré d'invalidité (1%), était insuffisant pour ouvrir droit à des prestations de l'assurance-invalidité.
18. Le 25 avril 2016, l'assuré a interjeté recours contre cette décision, concluant, préalablement, à la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique ou rhumatopsychiatrique et, principalement, à l'annulation de la décision ainsi qu'à l'octroi d'une rente entière d'invalidité. Il faisait valoir que l'expertise du Dr J\_\_\_\_\_ ne revêtait pas pleine valeur probante et produisait un rapport établi le 13 avril 2016 par le Dr I\_\_\_\_\_.
19. À teneur du rapport précité, le Dr I\_\_\_\_\_ relevait, notamment, qu'en raison de la complexité de la psychopathologie présentée par le patient et notamment sa méfiance, une évaluation psychiatrique basée sur un seul entretien ne pouvait lui donner l'espace suffisant et adapté pour exprimer le plus librement possible son vécu et dévoiler l'entièreté de sa souffrance. Le Dr J\_\_\_\_\_ avait indiqué ne pas être en mesure d'infirmier la présence d'un trouble psychotique, mais avait néanmoins écarté de manière catégorique le diagnostic de trouble psychotique ou délirant en raison d'une multitude de discordances, qu'il n'avait toutefois pas détaillées. Selon le Dr I\_\_\_\_\_, ces discordances n'étaient pas suffisamment pertinentes et pouvaient être parfaitement incluses dans le cadre de la psychopathologie du patient. Elles ne justifiaient pas la non prise en compte des idées délirantes, qui étaient clairement identifiables et systématisées et qui avaient un impact important sur le fonctionnement du patient. Ceci était facilement décelable dans les récits de celui-ci. L'expertise n'avait abordé que très superficiellement l'impact de la psychopathologie du patient sur son quotidien. Celui-ci rentrait quotidiennement à son domicile entre minuit et 2h00 du matin pour dormir et le quittait rapidement dès le réveil, car il ne s'y sentait pas en sécurité. Il passait ses nuits avec la lumière allumée, en raison de ses angoisses, et avait un sommeil agité par des cauchemars, associés à des réveils et des hallucinations. Il ne fréquentait plus la communauté albanaise. Le fait qu'il se rendait dans des lieux publics n'était pas incompatible avec la présence d'idées délirantes de persécution. Il fréquentait toujours les mêmes endroits et les mêmes trois à quatre personnes qu'il connaissait depuis des années. Ce choix était déterminé par une logique

interne qui considérait que ces lieux et ces personnes étaient moins dangereux que d'autres, mais toujours avec une appréhension et une anxiété constantes. Le patient était convaincu que des dealers ou des policiers allaient s'en prendre à lui à son domicile. Il décrivait régulièrement un épuisement physique, en raison de ses courtes nuits de sommeil. Sur le plan relationnel et affectif, il s'était séparé de son épouse en 2005 et, depuis lors, n'avait plus eu de relations sentimentales, ce qui montrait ses difficultés à entretenir une relation proche durable. Ses relations se caractérisaient par une certaine superficialité. Contrairement à ce qui avait été décrit dans l'expertise, sa relation avec sa fratrie était très distante et marquée par une méfiance et une projectivité. Le patient avait développé, durant plusieurs mois, des idées délirantes, pensant que ses médecins travaillaient pour les services secrets américains et voulaient le tuer. En septembre 2015, il avait refusé un traitement de Lyrica, car il était convaincu que le médecin voulait le tuer. En août 2015, il avait refusé une hospitalisation à la clinique de Montana par crainte pour sa sécurité. Le fait qu'il ne parlait pas systématiquement de ses idées délirantes, lors des entretiens avec les médecins, notamment lors d'une première rencontre, montrait clairement le comportement méfiant du patient, qui privilégiait sa sécurité, même si cela devait avoir des conséquences négatives sur sa situation sociale. Cette réticence à s'ouvrir à un inconnu, même s'il s'agissait d'un médecin, ne devait donc pas être comprise comme la preuve de l'absence d'un délire et justifier d'écarter le diagnostic d'un trouble délirant. L'expert rapportait que le patient présentait une attitude de détachement affectif ou une absence de résonance affective pour justifier le rejet du diagnostic de trouble délirant, sans tenir compte du fait que celui-ci était sous traitement de Risperdal et de Temesta, qui avaient tous deux un effet réducteur sur les réactions émotionnelles. Le Dr I\_\_\_\_\_ estimait indispensable de compléter l'expertise par des informations obtenues auprès des membres de la famille de l'expertisé pour déterminer si ces derniers rapportaient des modifications dans son comportement et son discours durant les dernières années. Il fallait également effectuer des tests de personnalité qui pourraient confirmer une thématique paranoïaque notamment. L'assuré présentait toujours une incapacité travail à 100 % en lien avec ses troubles psychiques.

20. Dans sa réponse du 24 mai 2016, l'OAI a conclu au rejet du recours, se référant aux conclusions de l'expertise du Dr J\_\_\_\_\_ et à l'avis du SMR.
21. Le 8 novembre 2016, la chambre de céans a ordonné une expertise qu'elle a confiée au docteur K\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.

Le 24 octobre 2018, l'expert a rendu son rapport, dans lequel il indiquait avoir pris connaissance de l'ensemble du dossier de l'expertisé et précisait qu'il avait tenté sans succès de parler aux médecins qui l'avaient pris en charge en 2008. Il avait tenté de joindre les membres de la famille de l'expertisé, à plusieurs reprises, et n'avait obtenu que des renseignements téléphoniques d'une belle-sœur et d'une belle-fille. Il avait rencontré l'expertisé, les 27 février et 18 avril 2017 ainsi que le 8 mars 2018, et le Dr I\_\_\_\_\_, le 13 avril 2017. L'expertisé avait également été

évalué sur les plans psychologique et neuropsychologique, les 18 et 19 avril 2017, par Madame L\_\_\_\_\_, neuropsychologue clinicienne. Dès le début de l'étude de ce dossier complexe, l'expert avait proposé à l'expertisé un temps d'observation en institution spécialisée psychiatrique, mais celui-ci avait toujours refusé cette orientation.

Étant donné l'intensité des troubles du comportement de l'expertisé et de son état confusionnel au cours des différents entretiens, il avait été impossible à l'expert de d'obtenir une anamnèse détaillée. Il s'était donc référé à celle du Dr D\_\_\_\_\_, pour la période allant jusqu'au 24 septembre 2008. L'expert a résumé ensuite le dossier médical de l'assuré, en relevant, notamment, que celui-ci avait été orienté en psychiatrie par la Dresse E\_\_\_\_\_. Celle-ci avait indiqué, le 9 avril 2009, que l'expertisé était, à ce moment-là, en soin aux HUG, avec un traitement psychothérapeutique intégré et un traitement médicamenteux, associant Cipralax 20 mg par jour, Risperdal 1 mg par jour, Stilnox 10 mg par jour et un comprimé de Trittico 100 mg le soir. L'expertisé était alors en arrêt de travail et vivait seul avec peu de contacts sociaux. Le 18 mai 2010, le SMR avait repris les éléments du dossier et évoqué un diagnostic initial d'état dépressif modéré à sévère avec un syndrome somatique, sans tenir compte du premier rapport médical de la Dresse C\_\_\_\_\_ du 18 juillet 2008, qui retenait un épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques. Ce diagnostic marquait le début de l'histoire psychiatrique de l'expertisé. Selon les différents éléments au dossier, l'expertisé avait été en arrêt de travail du 7 janvier 2008 au 31 octobre 2009, puis il s'était inscrit au chômage. À partir du 1<sup>er</sup> juin 2010, il avait touché les prestations de l'Hospice général. Le 15 novembre 2010, l'OAI avait refusé d'octroyer des prestations à l'assuré. Par la suite, jusqu'au 11 juillet 2013, la vie de l'expertisé avait peu évolué. Il était dans l'errance, n'ayant pas repris d'activité professionnelle et allant de son appartement à quelques lieux de rencontres et de socialisation, en particulier quelques débits de boissons ou cafés, où il essayait de maintenir un minimum de réseau social. Il avait été très difficile de le faire parler de cette période, tant son tableau confusionnel était important avec des troubles cognitifs et une impossibilité de se souvenir précisément de cette époque.

Le 11 juillet 2013, l'assuré avait déposé une nouvelle demande à l'OAI par l'intermédiaire de la Dresse E\_\_\_\_\_, qui le connaissait depuis près de vingt ans. Les seuls liens véritables que l'expertisé avait réussi à maintenir, tout au long de cette période compliquée pour lui, étaient avec ses médecins. Selon la Dresse E\_\_\_\_\_, l'expertisé avait été à nouveau en arrêt de travail à 100% depuis le 21 septembre 2011, entre autres, pour des troubles somatiques et un état anxio-dépressif aigu récurrent avec des crises de panique. Malgré les différents traitements, il était resté en arrêt de travail à 100%. La Dresse E\_\_\_\_\_ l'avait adressé pour la première fois à l'hôpital psychiatrique, le 22 avril 2008. Une description clinique précise laissait déjà évoquer à cette date des éléments cliniques de la sphère persécutoire, interprétative et hallucinatoire, qui avaient entraîné la

mise en place d'un traitement anti-psychotique. Le 16 février 2014, la Dresse E\_\_\_\_\_ avait encore mentionné qu'un suivi psychiatrique était nécessaire pour l'expertisé, qui avait interrompu tous ses traitements depuis plusieurs années. L'expertisé était toujours en arrêt de travail à 100% le 16 février 2014.

Le 16 mai 2014, le SMR avait conclu que le status psychiatrique était dans les limites de la norme. Ces conclusions divergeaient totalement des éléments cliniques apportés par le Dr I\_\_\_\_\_. Une nouvelle expertise avait été effectuée par le Dr J\_\_\_\_\_.

Le 18 avril 2017, l'expert K\_\_\_\_\_ avait fait réaliser, auprès d'un laboratoire de biologie médicale, un certain nombre d'examen, qui avaient démontré qu'il n'existait pas de signe biologique d'une consommation de produits toxiques et que l'expertisé prenait régulièrement son traitement antipsychotique.

Une psychologue-neuropsychologue avait fait passer à l'expertisé des tests de personnalité, qui permettaient de conclure à un dysfonctionnement important de la pensée, des symptômes psychotiques avec une présence de délires paranoïaques, des hallucinations visuelles et auditives, une très grande détresse émotionnelle avec la présence d'une anxiété, un état dépressif et une phobie sociale. Ces tests validaient les éléments diagnostiques retrouvés par le Dr I\_\_\_\_\_ depuis plusieurs années.

S'agissant des plaintes et données subjectives du recourant, celui-ci avait parlé de la police, de la mafia albanaise, de son malaise, de ses peurs et du fait qu'il n'y arrivait pas. Il avait été extrêmement difficile de recueillir de lui des éléments concrets, sans être extrêmement directif.

L'expert a procédé à un status clinique, puis a posé le diagnostic de schizophrénie. Les constatations objectives cliniques chez l'expertisé permettaient de retrouver des anomalies dans les cinq domaines constituant le spectre de la schizophrénie, avec des intensités variables et des présences fluctuantes en fonction des moments. Le recourant présentait des troubles psychiques depuis le 7 janvier 2008, souffrait d'un trouble du spectre schizophrénique de moyenne intensité et présentait des idées délirantes, en particulier de persécution. Il était convaincu d'être sous surveillance policière, en dépit d'une absence de preuves convaincantes. Il développait aussi l'idée que des pensées étrangères avaient été placées dans son esprit et que ses actes étaient agis ou manipulés par une force extérieure. Il avait aussi rapporté, lors des différentes expertises ou examens médicaux, des expériences hallucinatoires. Des troubles du cours de la pensée avaient également été retrouvés chez lui. La sévérité de cette altération pouvait être difficile à évaluer et cela nécessitait une grande finesse clinique pour pouvoir le percevoir. De plus, l'expertisé n'était pas de langue maternelle française, ce qui perturbait sans doute l'analyse et la compréhension. L'expertisé présentait des comportements moteurs anormaux et/ou extrêmement désorganisés. Cela se manifestait chez lui par de la niaiserie puérile et une agitation imprévisible quand il s'était jeté à terre. On retrouvait chez lui de l'aboulie, ce qui

expliquait son peu d'intérêt pour la participation aux différentes activités sociales, professionnelles et toute activité de réinsertion qui lui avaient été proposées.

Les troubles psychiques constatés nécessitaient une prise en charge spécialisée, mais, auparavant, un temps d'observation hospitalière, avec un accompagnement sur une structure de jour et la poursuite d'un travail ambulatoire et psychothérapeutique. L'expert avait tenté d'organiser une telle hospitalisation pour l'expertisé afin d'affiner le diagnostic, sans succès. Cela expliquait la durée de l'expertise.

Depuis 2010, l'accompagnement de l'expertisé s'inscrivait dans le cadre d'une errance diagnostique, ce qui avait pu provoquer une évolution péjorative. Plutôt que de s'interroger sur la réalité des troubles psychiques de cet homme et de lui proposer un accompagnement adapté, les actions mises en œuvre avaient d'abord cherché à minimiser, voire à supprimer la réalité psychique, ce qui avait conduit à l'aggravation de la situation de l'expertisé, tant sur les plans psychique, physique que social. Depuis 2010, l'ensemble des critères diagnostiques était réuni, si on avait pris le temps de les rechercher. Ils avaient tous été pointés lors des différents examens. L'influence des consommations toxiques était aussi péjorative, mais ne pouvait être considérée comme l'origine des troubles de l'expertisé. C'était un facteur comorbide classique et aggravant du trouble. On ne pouvait pas se réfugier derrière le caractère volontaire ou non-volontaire d'un expertisé pour l'engagement dans une démarche de soins pour conclure à l'absence de troubles chez lui.

L'expertisé ne pouvait, actuellement, en rapport avec son trouble du spectre schizophrénique, reprendre son activité habituelle de carreleur. Il pourrait bénéficier d'une activité adaptée, à condition que celle-ci prenne en compte les réalités de son trouble. Il était impossible de se prononcer sur sa réelle capacité à suivre une activité adaptée. Cependant, étant donné son trouble, il serait sans aucun doute extrêmement difficile de l'introduire dans un programme de réadaptation. L'expertisé risquait de s'engager dans une errance et d'échapper aux différentes sollicitations avec l'extrême difficulté de pouvoir respecter des horaires et des convocations à différentes rencontres et évaluations. L'assuré ne présentait aucune dépendance à l'alcool, au cannabis ou à d'autres substances.

C'était à partir du printemps 2014, soit au début du suivi par le Dr I\_\_\_\_\_, que l'incapacité de travail durable devait être prise en compte. Actuellement, sa capacité de travail dans une activité lucrative était de 0%, quelle que soit l'activité. Il fallait rester optimiste et donner le maximum de chances à l'assuré, à partir du moment où il pourrait faire l'objet d'un traitement, d'un accompagnement et d'une organisation adaptée. Il serait éventuellement possible de le réengager dans une réadaptation professionnelle.

L'expert a ensuite commenté les rapports des autres médecins ayant eu à connaître du cas de l'expertisé. Il n'avait aucune divergence avec l'évaluation faite par le Dr J\_\_\_\_\_ le 26 janvier 2016. Il était d'accord avec l'absence de dépendance. À

l'époque de son expertise, l'assuré pouvait être capable de travailler. Celui-ci avait ouvert la discussion vers un trouble psychotique. Il n'y avait pas de divergences entre les expertises, mais un retard du diagnostic qui avait entraîné l'apparition de nouveaux troubles en rapport avec l'avancée de la maladie. Il était maintenant urgent d'intervenir pour tenter d'endiguer l'évolution péjorative.

22. Le 19 novembre 2018, l'OAI a considéré, en se fondant sur un avis du SMR du 13 novembre 2018, que l'expertise judiciaire était empreinte de nombreuses incohérences, contradictions et lacunes et que ses conclusions n'étaient pas motivées. L'expert ne s'était pas conformé à l'examen des indicateurs. Dès lors, ses conclusions ne pouvaient être suivies. Le rapport d'expertise devait être écarté, car il ne remplissait pas les critères jurisprudentiels pour se voir reconnaître pleine valeur probante. Il avait été rendu par l'expert quasiment deux ans après le mandat et six mois après le dernier entretien. Le diagnostic n'était pas posé dans les règles de l'art et aucun diagnostic différentiel n'avait été discuté, malgré la présence de critères d'exclusion. Il avait également indiqué que la gravité du trouble retenu était de moyenne intensité sans explication à l'appui. L'expert, contrairement du Dr J\_\_\_\_\_, n'avait retenu aucun diagnostic en lien avec la dépendance à l'alcool, au cannabis et à d'autres substances sur la base d'un simple examen biologique réalisé en avril 2017. Or, un tel examen n'était pas suffisant, ce d'autant plus que le recourant était alcoolisé et avait consommé du cannabis en février et avril 2017, notamment lors de l'entretien avec la neuropsychologue.

L'expert ne s'était pas prononcé de manière circonstanciée sur la capacité de travail et était en totale contradiction avec les conclusions du Dr J\_\_\_\_\_, conclusions auxquelles il se ralliait pourtant.

S'agissant de la capacité de travail, l'expert retenait que des mesures médicales pourraient améliorer la capacité de travail future du recourant et étaient exigibles, ce qui était en totale contradiction avec l'atteinte retenue, puisque comme l'indiquait le SMR, si un tel diagnostic était retenu, les mesures que l'on pourrait proposer visaient à améliorer le confort et la qualité de vie et non la capacité de travail.

À l'appui de ses observations, l'OAI a transmis l'avis du SMR du 13 novembre 2018 cité dans celles-ci.

23. Le 30 novembre 2018, le recourant a conclu, préalablement, à l'audition des Drs I\_\_\_\_\_, E\_\_\_\_\_ et M\_\_\_\_\_, médecine interne générale, et à la production des résultats de la radiographie de la colonne lombaire du 23 novembre 2014. Il a conclu, principalement, à l'annulation de la décision du 8 mars 2016 et à ce qu'il soit dit qu'il présentait une incapacité de travail complète dans toute activité et qu'il avait droit à une rente entière d'invalidité dès le mois de septembre 2011. Il était totalement incapable de travailler dans toute activité à tout le moins depuis le mois d'avril 2014. L'expert avait utilisé le conditionnel pour dire qu'il pourrait bénéficier d'une activité adaptée, ce qui démontrait qu'une capacité de

travail dans une activité adaptée était purement abstraite et non quantifiable et qu'elle ne pourrait être envisagée que dans le futur et à la condition expresse que l'activité considérée prenne en compte les réalités de son trouble du spectre schizophrénique ainsi que de ses nombreuses limitations fonctionnelles. Son état psychique ne lui permettait pas de travailler dans le circuit professionnel classique, a fortiori encore moins à plein temps avec un rendement suffisant. Son incapacité de travailler avait débuté avant son suivi auprès du Dr I\_\_\_\_\_. Sa première demande à l'OAI avait été refusée en raison d'un manque de collaboration. Or, sa collaboration devait être mesurée à l'aune de ses troubles. Il n'avait pas été en mesure de répondre aux sollicitations de l'OAI. Ces éléments constituaient des indices d'une incapacité de travailler. L'expert avait, en outre, relevé que l'ensemble des critères diagnostiques étaient réunis depuis 2010.

L'expert dans un élan d'optimisme n'excluait pas de manière définitive une réadaptation professionnelle. Il relevait toutefois que, compte tenu de son trouble, il serait extrêmement difficile pour lui de suivre un programme de réadaptation. Le recourant considérait qu'une invalidité découlait aussi de ses atteintes à la santé somatiques. Or, cet aspect n'avait pas fait l'objet d'une instruction de la part de la chambre des assurances sociales. Le recourant n'était, à cet égard, plus suivi par la Dresse E\_\_\_\_\_, mais par le Dr M\_\_\_\_\_. Il sollicitait l'audition de ce dernier pour faire apprécier le caractère invalidant des atteintes à sa santé somatique et persistait intégralement dans ses conclusions.

24. Le 3 janvier 2019, le recourant a fait valoir que si l'expertise n'avait pas de valeur probante aux yeux de l'intimé, celui-ci aurait alors dû solliciter la mise en œuvre d'une nouvelle expertise, ce qu'il n'avait pas fait. Il ne pouvait se contenter de l'avis du SMR du 3 mars 2016.
25. Selon un rapport établi le 6 décembre 2018 par le Dr M\_\_\_\_\_, celui-ci suivait l'assuré depuis novembre 2011 en tant que médecin de famille. En dehors de sa psychose hallucinatrice, pour laquelle il prenait un lourd traitement, on notait une fibromyalgie avec arthralgie fluctuante qui empêchait le patient de porter du poids ainsi que de rester longtemps dans la même position. Il souffrait également de cervicobrachialgies des deux côtés dans le contexte d'une hernie discale connue et d'une périarthrite humero-scapulaire. L'association avec les maladies somatiques empêchait toute activité physique et justifiait certainement une invalidité totale.
26. Le 25 janvier 2019, l'intimé a persisté dans ses conclusions et transmis à la chambre de céans un rapport établi par le SMR le 6 décembre 2018.  
À teneur du rapport précité, la doctoresse N\_\_\_\_\_ estimait que le diagnostic de schizophrénie ne pouvait être retenu, que les atteintes somatiques de l'assuré avaient soit été prises en compte par le Dr F\_\_\_\_\_ dans son examen du 16 mai 2014, soit étaient postérieures à la décision du 9 mars 2016.
27. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

## **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.
3. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).
4. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité entière dès septembre 2011.
5. Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2). 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).

En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI).

La notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a).

L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

6. Lors de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques, 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; ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7), car les maladies psychiques ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées que de manière limitée sur la base de critères objectifs. 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. Il convient d'évaluer globalement, sur une base individuelle, les capacités fonctionnelles effectives de la personne concernée en tenant compte, d'une part, des facteurs contraignants extérieurs limitant les capacités fonctionnelles et, d'autre part, les potentiels de compensation (ressources).

Les indicateurs sont les suivants :

- a. Les constatations relatives aux manifestations concrètes de l'atteinte à la santé diagnostiquée permettent de distinguer les limitations fonctionnelles causées par cette atteinte de celles dues à des facteurs non assurés. Le point de départ est le degré de gravité minimal inhérent au diagnostic. Il doit être rendu vraisemblable compte tenu de l'étiologie et de la pathogenèse de la pathologie déterminante pour le diagnostic.

- b. Il convient encore d'examiner le succès du traitement et de la réadaptation ou la résistance à ces derniers. Ce critère est un indicateur important pour apprécier le degré de gravité. L'échec définitif d'un traitement indiqué, réalisé lege artis sur un assuré qui coopère de manière optimale, permet de conclure à un pronostic négatif. Si le traitement ne correspond pas ou plus aux connaissances médicales actuelles ou paraît inapproprié dans le cas d'espèce, on ne peut rien en déduire s'agissant du degré de gravité de la pathologie. Les troubles psychiques sont invalidants lorsqu'ils sont graves et ne peuvent pas ou plus être traités médicalement. Des déductions sur le degré de gravité d'une atteinte à la santé peuvent être tirées non seulement du traitement médical mais aussi de la réadaptation.

- c. La comorbidité psychique ne doit être prise en considération qu'en fonction de son importance concrète dans le cas d'espèce, par exemple pour juger si elle prive l'assuré de ressources. Il est nécessaire de procéder à une approche globale de l'influence du trouble psychique avec l'ensemble des pathologies concomitantes. Un trouble qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidant en tant que tel

n'est pas une comorbidité, mais doit à la rigueur être pris en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité.

d. Il convient ensuite d'accorder une importance accrue au complexe de personnalité de l'assuré (développement et structure de la personnalité, fonctions psychiques fondamentales). Le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du Moi » (conscience de soi et de l'autre, appréhension de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation) entre aussi en considération. Comme les diagnostics relevant des troubles de la personnalité sont, plus que d'autres indicateurs, dépendants du médecin examinateur, les exigences de motivation sont particulièrement élevées.

e. Si des difficultés sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles continuent à ne pas être prises en considération. En revanche, le contexte de vie de l'assuré peut lui procurer des ressources mobilisables, par exemple par le biais de son réseau social. Il faut toujours s'assurer qu'une incapacité de travail pour des raisons de santé ne se confond pas avec le chômage non assuré ou avec d'autres difficultés de vie.

f. Il s'agit, encore, de se demander si l'atteinte à la santé limite l'assuré de manière semblable dans son activité professionnelle ou dans l'exécution de ses travaux habituels et dans les autres activités (par exemple, les loisirs). Le critère du retrait social se réfère non seulement aux limitations mais également aux ressources de l'assuré et à sa capacité à les mobiliser. Dans la mesure du possible, il convient de comparer le niveau d'activité sociale de l'assuré avant et après la survenance de l'atteinte à la santé.

g. Il faut examiner en suite la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, pour évaluer le poids effectif des souffrances. Tel n'est toutefois pas le cas lorsque le comportement est influencé par la procédure assécurologique en cours. Il ne faut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsque le refus ou la mauvaise acceptation du traitement recommandé est la conséquence d'une incapacité (inévitable) de l'assuré à reconnaître sa maladie (anosognosie). Les mêmes principes s'appliquent pour les mesures de réadaptation. Un comportement incohérent de l'assuré est là aussi un indice que la limitation fonctionnelle est due à d'autres raisons que l'atteinte à la santé assurée.

7. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61

let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

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

Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

8. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

9. En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGa) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGa) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGa.

Dans l'hypothèse où un assuré présente une entière capacité de travail dans toute activité lucrative ou lorsque les revenus avec et sans invalidité sont basés sur la même table statistique, les revenus avant et après invalidité sont calculés sur la même base. Il est dès lors superflu de les chiffrer avec exactitude, le degré d'invalidité se confondant avec celui de l'incapacité de travail, sous réserve d'une éventuelle réduction du salaire statistique (ATF 119 V 475 consid. 2b; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_312/2016 du 13 mars 2017 consid. 5.4; arrêts du Tribunal

fédéral des assurances I 43/05 du 30 juin 2006 consid. 5.2). Même s'il n'est pas indispensable de déterminer avec précision les salaires de références, il n'en demeure pas moins que, dans cette situation, l'évaluation de l'invalidité repose sur des données statistiques. Par conséquent, une réduction supplémentaire du revenu d'invalidité (abattement) est possible en fonction des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (cf. ATF 126 V 75 consid. 7b).

10. En l'espèce, l'expertise du Dr K\_\_\_\_\_ répond à tous les réquisits pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. Elle repose sur un dossier médical aussi complet que possible, trois rencontres avec l'expertisé et une avec le psychiatre de celui-ci. L'assuré a également fait l'objet d'une évaluation psychologique et neuropsychologique. L'analyse du cas est fouillée et détaillée et les conclusions de l'expert sont globalement convaincantes.

L'intimé conteste la valeur probante de l'expertise du Dr K\_\_\_\_\_ en faisant valoir que celui-ci ne s'est pas conformé à l'examen des indicateurs. Ce grief doit être écarté, dès lors que le contenu de l'expertise est assez détaillé pour permettre de constater que ses conclusions sont compatibles avec une analyse du cas selon les indicateurs développés par le Tribunal fédéral.

Il ressort en effet des faits relatés dans le rapport d'expertise que le recourant est gravement atteint dans sa santé psychique. L'expert a, en particulier, lui-même constaté, lors de ses entretiens avec lui, son état confusionnel et ses idées délirantes de persécution. Il a relevé également une grande détresse émotionnelle. Si le recourant a interrompu ses traitements médicaux, cela apparaît clairement en lien avec les troubles psychiques dont il souffre, et en particulier sa paranoïa envers les médecins, ce qui ressort du rapport du Dr I\_\_\_\_\_ du 13 avril 2016, jugé convaincant par l'expert. Ce dernier a précisé que l'influence des toxiques était un facteur comorbide aggravant le trouble de l'assuré. Les tests de personnalité effectués ont mis en évidence un dysfonctionnement important de la pensée de celui-ci, avec une présence de délires paranoïaques et des hallucinations, de sorte que le recourant ne dispose manifestement pas de ressources internes pour travailler. Il ne bénéficie pas non plus de ressources extérieures, ses contacts sociaux étant réduits au minimum. Son atteinte à la santé le limite tant sur le plan professionnel, puisqu'il ne peut pas travailler depuis des années, que sur le plan privé, dès lors qu'il n'a que peu de vie sociale et pas d'intérêts pour d'autres activités de loisirs. Ainsi, l'analyse des indicateurs développés par le Tribunal fédéral permet de confirmer que la maladie psychique du recourant est invalidante.

L'intimé a encore fait valoir que l'expertise avait pris beaucoup de temps. Cela ne saurait remettre en cause sa valeur probante, car il ressort de son rapport que l'expert a procédé à une analyse très scrupuleuse du cas.

S'agissant du diagnostic, l'expert a expliqué comment il l'avait posé, en se référant aux rapports médicaux figurant au dossier et à ses propres observations, notamment. Il a précisé que l'influence des toxiques était seulement un facteur

comorbide aggravant le trouble de l'assuré et ses conclusions à cet égard sont fondées sur l'ensemble du dossier médical de l'expertisé, complété par un examen biologique. Les critiques formulées par l'intimé ne remettent pas sérieusement en cause les conclusions de l'expert.

Celui-ci s'est prononcé, de manière certes nuancée mais claire, quant à la capacité de travail de l'assuré, en retenant qu'elle était nulle dans toute activité, avec possibilité d'amélioration à l'avenir, dans une activité adaptée.

L'on peut certes s'étonner des commentaires faits par l'expert quant aux conclusions du Dr J\_\_\_\_\_, car, contrairement à ce qu'il a indiqué, les deux experts n'ont pas eu la même analyse du cas, tant sur le diagnostic que la capacité de travail. Le Dr K\_\_\_\_\_ a expliqué en quoi l'appréciation du Dr J\_\_\_\_\_ rejoignait la sienne, dans le sens qu'il avait « ouvert » la discussion vers un trouble psychotique. Il a en outre relevé que la situation était plus claire au moment de sa propre expertise, dès lors que l'état de santé de l'expertisé s'était dégradé, ce qui pouvait expliquer des conclusions différentes, mais pas forcément divergentes. Au final, si les commentaires faits par le Dr K\_\_\_\_\_ sur les conclusions du Dr J\_\_\_\_\_ apparaissent contradictoires par rapport à son analyse du cas, ils ne sont pas de nature à remettre en cause son rapport d'expertise dans son ensemble, qui est globalement convaincante. On peut raisonnablement penser que le Dr K\_\_\_\_\_ ne souhaitait pas critiquer le travail d'un confrère. Il ne fait pas de doute que le Dr K\_\_\_\_\_ a été davantage convaincu par les rapports du Dr I\_\_\_\_\_ que par celui du Dr J\_\_\_\_\_, à la lecture de son appréciation du cas.

Il y a ainsi lieu de reconnaître une pleine valeur probante à l'expertise du Dr K\_\_\_\_\_. Sur cette base, il convient de retenir que le recourant est en totale incapacité de travail dès le 29 avril 2014. Il en résulte que le droit à une rente entière d'invalidité du recourant a pris naissance un an plus tard, soit le 29 avril 2015. Le recourant ayant formé sa demande de prestations le 19 juillet 2013, le droit au versement de la rente est né le 1<sup>er</sup> avril 2015, soit dès le début du mois au cours duquel son droit a pris naissance (art. 29 al. 3 LAI).

11. Au vu de ce qui précède, le recours est partiellement admis – étant rappelé que le recourant concluait à l'octroi d'une rente d'invalidité entière d'invalidité dès septembre 2011 – la décision du 8 mars 2016 sera annulée et il sera dit que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> avril 2015.
12. Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 3'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).
13. L'intimé sera condamné au paiement d'un émolument de CHF 500.- (art. 69 al. 1bis LAI).

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision rendue le 8 mars 2016 par l'intimé.
4. Dit que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> avril 2015.
5. Alloue au recourant une indemnité de CHF 3'000.- pour ses dépens à la charge de l'intimé.
6. Met un émolument de CHF 500.- à la charge de l'intimé.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Isabelle CASTILLO

Catherine TAPPONNIER

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le