

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2882/2012

ATAS/853/2013

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 2 septembre 2013

9ème Chambre

En la cause

Monsieur P_____, domicilié à GENEVE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Diane BROTO

recourant

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE
GENEVE, sis rue des Gares 12, GENEVE

intimé

**Siégeant : Francine PAYOT ZEN-RUFFINEN, Présidente; Christine BULLIARD
MANGILI et Monique STOLLER FULLEMANN, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur P_____ (ci-après l'assuré), né en 1967 au Maroc, au bénéfice d'une formation musicale, est arrivé en 2000 en Suisse, où il a travaillé notamment en tant que musicien, manutentionnaire, cantonnier et agent de sécurité. A compter de 2009, l'assuré n'a plus exercé d'activité lucrative.
2. Le 3 octobre 2003, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE (ci-après : OAI), qui l'a rejetée par décision du 30 juin 2004, entrée en force.
3. Le 25 mars 2010, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations.
4. Par rapport du 15 avril 2010, le Dr A_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a indiqué que son patient souffrait d'un état dépressif sévère, qu'il était sous traitement psychothérapeutique et médicamenteux depuis juin 2009, sans qu'une amélioration se soit produite. L'assuré était totalement incapable de poursuivre ses activités sociales, professionnelles, ménagères et sa capacité de travail était nulle.
5. Par rapport du 10 mai 2010, le Dr A_____ a diagnostiqué un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2) et une anxiété généralisée (F41.1). A la suite de l'accident vasculaire cérébral de son enfant à l'âge de 2 mois, en mars 2008, le patient avait développé des symptômes anxio-dépressifs. Il souffrait de troubles du sommeil, de fatigue morale et physique, de tristesse, d'anxiété, de stress, de manque de concentration avec des troubles de la mémoire, d'humeur déprimée, de perte d'intérêt, de plaisir, d'estime de soi et de confiance. Il était habité par un sentiment de désespoir et une incapacité à faire face à ses responsabilités habituelles. Le patient, dont l'incapacité de travail était totale dès le 3 juin 2009, suivait un traitement psychothérapeutique et médicamenteux (Cymbalta, Tranxilium et Zolpidem).
6. A la demande du service médical régional AI (ci-après SMR), le Dr A_____ a procédé à des tests sanguins, afin de vérifier la compliance de son patient. Les résultats du 8 juillet 2010 ont révélé un dosage de Cymbalta très faible, ce qui montrait, selon le Dr A_____, que le patient "est effectivement contre la prise de médicaments antidépresseurs". Le Dr A_____ précisait qu'il n'était pas convaincu que son patient ait pris les antidépresseurs précédemment prescrits. Celui-ci était cependant suivi de manière régulière en psychothérapie.
7. Par décision du 11 octobre 2010, l'OAI a refusé toute prestation au motif que l'assuré ne présentait pas d'atteinte invalidante à la santé.

8. Dans le cadre du recours interjeté le 10 novembre 2010 contre cette décision, l'assuré a notamment expliqué que la mise en place du traitement médical avait pris un certain temps, car les premiers médicaments prescrits avaient provoqué des vertiges ainsi que de l'anxiété et des cauchemars. A la suite de l'examen sanguin pratiqué en juillet 2010, son médecin lui avait clairement expliqué l'importance du traitement médicamenteux. Depuis lors, il s'était conformé aux prescriptions de son docteur.
9. A la demande de la Cour de céans, le Dr A _____ a précisé, par courrier du 19 mai 2011, que l'assuré était toujours en traitement auprès de lui, de manière hebdomadaire. Depuis juillet 2010, son patient prenait régulièrement sa médication, comme le confirmaient les examens sanguins effectués en mars et mai 2011. Malgré la compliance, le patient n'avait pas montré d'évolution favorable et sa capacité de travail était - avec ou sans médication - nulle.
10. Par arrêt du 5 septembre 2011, la Cour de céans a admis le recours et renvoyé le dossier à l'OAI en vue d'effectuer une expertise psychiatrique (ATAS/814/2011).
11. Mandaté par l'OAI, le Dr B _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a diagnostiqué, dans son rapport du 26 avril 2012, une dysphorie – dysthymie (F34.1), des troubles mentaux et des troubles du comportement liés à l'utilisation de tabac, utilisation continue (F18.25) et un processus d'invalidation relativement avancé (F68.0). Ces atteintes entraînaient chez l'assuré une fluctuation de l'humeur, de la nervosité et des tensions fluctuantes, mais aucune répercussion sur sa capacité de travail, ni sur son rendement.

Selon l'expert, par le passé, au moment où son enfant avait été placé en foyer suite à son hospitalisation, l'assuré avait probablement présenté un trouble de l'adaptation avec réactions anxio-dépressives significatives. Par la suite, il y avait eu une amélioration vers le constat actuel d'un état dysphorique. Ce trouble de l'adaptation avait alors eu une répercussion sur la capacité de travail d'au moins 20% lors de la prise en charge par le psychiatre traitant en juin 2009, mais très probablement que l'état clinique significatif et décompensé n'avait pas duré plus de six à douze mois. L'évolution avait été fluctuante en raison de la compliance médicamenteuse.

L'expert a notamment relevé que lors de l'entretien, l'assuré présentait un mal-être assez important, était très dysphorique et dans un état de nervosité d'intensité forte. L'expert a contacté le Dr C _____, médecin traitant, qui lui a indiqué ne voir l'assuré qu'occasionnellement. S'agissant des rapports établis par le psychiatre traitant, l'expert a relevé que ceux-ci ne contenaient pas de véritable statut psychiatrique, voire de rapport détaillé. Ils étaient dépourvus de substance et la notion de compliance ne pouvait être suivie, dès lors que les taux sériques des substances étaient insuffisants dans deux examens sur trois. Il n'apparaissait ainsi pas que l'état dépressif soit résistant au traitement. Selon les informations fournies

par l'assuré, il restait capable de faire face aux exigences élémentaires de la vie quotidienne et de s'occuper de ses enfants.

12. Par avis du 29 mai 2012, le Dr D_____, médecin auprès du SMR, s'est rallié aux conclusions de l'expert.
13. Par décision du 27 août 2012, confirmant un projet de décision du 11 juin 2012, l'OAI a nié le droit de l'assuré à des mesures professionnelles et à une rente. L'incapacité de travail, débutée le 3 juin 2009, avait duré moins d'un an, de sorte qu'il n'y avait pas d'incapacité de travail durable. Les atteintes actuelles ne justifiaient par ailleurs pas une incapacité de travail.
14. Par acte du 21 septembre 2012, l'assuré a interjeté recours contre la décision, concluant, sous suite de frais et dépens, préalablement, à l'audition du Dr A_____ et à la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique, et principalement, à l'annulation de la décision et à l'octroi d'une rente entière dès le 1^{er} juin 2010. Le recourant reproche, en particulier, à l'expert de ne pas s'être entretenu avec son psychiatre traitant, qui le suit depuis trois ans. Par ailleurs, l'expert s'était fondé de manière prépondérante sur ses propres observations et avait rarement pris en considération les propos du recourant. Lorsqu'il indiquait qu'un certain spectre d'activités liées aux intérêts et au plaisir du recourant subsistait, l'expert mentionnait la musique et les enfants, tout en relevant auparavant que l'expertisé avait tout abandonné en ce qui concernait la musique. En outre, alors que l'expert notait que le recourant faisait état de cauchemars récurrents et paraissait fatigué, il retenait uniquement une "perturbation du sommeil non systématique et aussi liée à un rythme décalé". Alors que le psychiatre-traitant retenait, en sus de la dépression, un état d'anxiété généralisée, l'expert ne s'était pas attaché à analyser ce diagnostic, alors que son rapport fait état à plusieurs reprises de son état anxieux. L'expert n'expliquait en rien pour quelle raison un état dépressif significatif avait existé, mais limité dans le temps. Enfin, l'évocation du recourant en termes de "cas social" était déplacée et ne correspondait pas à une approche médicale.

A l'appui de son recours, le recourant a annexé un courrier du Dr A_____ du 10 août 2012 dans lequel celui-ci indique ne pas partager les diagnostics posés par l'expert. Le patient souffrait, subjectivement, de troubles du sommeil, de fatigue morale et physique, de tristesse, d'angoisses, de stress, de manque de concentration avec des troubles de la mémoire et, objectivement, d'humeur déprimée, d'anxiété, de perte d'intérêt et de plaisir, de perte de confiance et d'estime en soi, d'altération de la capacité à penser et à se concentrer, d'un sentiment de désespoir et d'incapacité de faire face aux responsabilités habituelles. Il n'y avait pas d'évolution favorable et le pronostic n'était pas bon.

15. Par réponse du 22 octobre 2012, l'intimé conclut au rejet du recours pour les motifs indiqués dans la décision querellée. Par ailleurs, si le Dr A_____ maintenait

toujours ses diagnostics, il n'explicitait toutefois pas le tableau clinique. En outre, le généraliste qui suivait le recourant n'avait pas noté de pathologie significative.

16. Dans sa réplique, le recourant relève que dès lors que le Dr A_____ maintenait son diagnostic de dépression sévère, il était incompréhensible que l'expert ne s'en soit pas entretenu avec lui. L'expert n'avait pas suffisamment tenu compte des cauchemars et de l'absence de plaisirs du recourant. En outre, le fait que ce dernier se soit davantage plaint d'être énervé plutôt que déprimé n'était pas déterminant; il n'appartenait pas à un assuré de qualifier lui-même ses troubles.
17. Après en avoir informé les parties, la Cour de céans a, par ordonnance du 28 février 2013, mis en œuvre une expertise et l'a confiée au Dr E_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. La Cour de céans a notamment constaté que les documents versés au dossier ne permettaient pas de trancher les divergences d'opinion quant aux atteintes à la santé dont souffre le recourant (ATAS/205/2013).
18. En date du 29 mai 2013, le Dr E_____ a rendu son rapport, fondé sur un examen clinique effectué les 17 avril et 2 mai 2013, l'étude du dossier, une analyse de laboratoire et un contact téléphonique avec les Drs C_____ et A_____. L'expert a diagnostiqué chez le recourant un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2) et une phobie sociale (F40.1). Le trouble dépressif et le trouble anxieux avaient été vraisemblablement d'intensité moyenne entre juin 2009 et août 2012; depuis septembre 2012, ils étaient sévères. De toute évidence, le recourant présentait des limitations fonctionnelles importantes dues à l'existence cumulée de ces deux troubles, tous deux sévères. Ainsi, la dépression limitait son énergie disponible, ses capacités d'estime de soi, d'attention, de motivation et de projection dans l'avenir, soit des facultés nécessaires pour exercer une activité lucrative. Le trouble anxieux limitait, quant à lui, ses capacités à affronter les stress sociaux et relationnels inhérents à toute activité professionnelle. Selon l'expert, l'incapacité de travail actuelle due aux deux troubles diagnostiqués était totale, dans toute activité car les limitations fonctionnelles étaient générales et non limitées à un contexte professionnel donné. Par contre, de juin 2009 à août 2012, les troubles avaient été de moindre gravité, de sorte que l'incapacité de travail avait été moins prononcée pendant cette période, soit à 50%.

L'expert a relevé que s'agissant de la composante dépressive, le recourant présentait des symptômes subjectifs nombreux et sévères, tels que la baisse de l'humeur, une baisse de l'énergie, de l'envie et du plaisir, des troubles du sommeil, une baisse de l'appétit, des troubles de l'attention, de la culpabilité, un sentiment d'inutilité et d'incapacité, le pessimisme et une idéation suicidaire. A ces éléments s'ajoutaient des signes objectifs indiscutables, soit un ralentissement moteur, un caractère irrationnel de la culpabilité et l'auto-négligence prononcée (hygiène corporelle, habillement). La présence de ces éléments objectifs, cohérents avec les plaintes subjectives, était un argument fort en faveur du caractère authentique de la

pathologie. Par rapport à l'appréciation du Dr B _____ effectuée en avril 2012, il était évident que l'état clinique s'était aggravé. L'expertisé paraissait actuellement plus constamment déprimé, plus figé et ralenti qu'il ne l'était alors. Selon le Dr E _____, la lecture des observations du Dr B _____ montrait toutefois qu'à l'époque déjà, il existait suffisamment de symptômes (subjectifs) et de signes (objectifs) de dépression pour que le diagnostic d'épisode dépressif puisse alors être retenu. L'expert ne se permettait pas de corriger le diagnostic du Dr B _____. En revanche, avec la description donnée du tableau clinique de l'époque, le Dr E _____ aurait probablement retenu le diagnostic d'épisode dépressif, au moins moyen, puisque formellement les critères exigés pour ce diagnostic par la CIM-10 étaient remplis. Le diagnostic de dysthymie retenu par le Dr B _____ paraissait donc en-dessous de la gravité du tableau clinique décrit.

S'agissant de la composante anxieuse, le recourant présentait des éléments subjectifs, à savoir un sentiment envahissant d'insécurité, la peur des autres, de leur regard, un évitement des contacts sociaux, des sensations physiques de la série anxieuse telle que la tension intérieure, les tremblements, la tachycardie, la tachypnée. Ces éléments subjectifs étaient corroborés par les constatations objectives, soit une agitation fébrile des mains, l'évitement du contact visuel, l'impression d'être apeuré, traqué, fuyant le contact. Il apparaissait clairement que l'anxiété sociale était au premier rang et qu'elle s'accompagnait d'un évitement marqué des stimuli anxiogènes (contacts sociaux). Ainsi, il semblait que le diagnostic de phobie sociale était plus approprié que l'anxiété généralisée diagnostiquée par le psychiatre traitant. L'expertise du Dr B _____ semblait, là encore, avoir sous-estimé l'importance de la sémiologie anxieuse, car les symptômes et signes que ce médecin avait mentionnés auraient justifié un diagnostic de trouble anxieux spécifique. Vu la description clinique faite par le Dr B _____ dans son rapport, le Dr E _____ est d'avis qu'il est assez probable que le diagnostic de phobie sociale était déjà présent en avril 2012, avec un degré de gravité moindre à l'époque.

S'agissant de l'évolution des troubles dans le temps, l'opinion du Dr B _____ selon laquelle les troubles psychiques cliniquement significatifs n'avaient pas duré plus de douze mois après le début du traitement spécialisé en juin 2009, n'était étayée ni par l'anamnèse, ni par l'appréciation du psychiatre traitant. Selon le Dr E _____, l'expertisé présentait un trouble dépressif et un trouble anxieux de gravité moyenne de juin 2009 à août 2012, puis sévère dès septembre 2012.

L'état clinique observé (données subjectives et objectives) ne laissait guère de doute quant à son authenticité. Par ailleurs, en dépit d'un traitement correctement suivi, l'état clinique ne s'était pas amélioré significativement et avait même tendance à s'aggraver. Il était probable que dans cette situation de troubles psychiatriques sévères, intriqués et durables, résistants au traitement, les limites d'un traitement ambulatoire non spécifique étaient atteintes. Le Dr E _____ proposait la mise

en place, sans tarder, de mesures thérapeutiques plus intensives, de type dispositif intermédiaire, voire hospitalier, avec lesquelles on pouvait espérer une régression importante, voire une rémission complète du trouble dépressif et une amélioration significative de la phobie sociale, devant permettre la récupération d'une capacité de travail au moins partielle. Une réévaluation de la situation pourrait être faite dans les deux ans après la mise en place des mesures proposées. Enfin, en l'état actuel, des mesures de réadaptation professionnelle n'avaient aucun sens, l'expertisé n'étant pas en mesure de les supporter.

19. Par écriture du 20 juin 2013, le recourant a modifié ses conclusions, concluant à l'octroi d'une rente à 50% du 3 juin 2010 au 31 août 2012 et à 100% depuis le 1^{er} septembre 2012. Selon le recourant, l'expertise du Dr E _____ a pleine valeur probante et corrobore les observations du Dr A _____. Il en résultait notamment que le recourant présentait une atteinte invalidante depuis le 3 juin 2009.
20. Par pli du 24 juin 2013, l'intimé a persisté dans ses conclusions pour la période allant jusqu'à la date de la décision litigieuse, étant relevé qu'une probable dégradation de l'état de santé du recourant semblait avoir eu lieu postérieurement, soit dès septembre 2012. Selon l'avis du Dr D _____ du 14 juin 2013, auquel l'intimé se réfère, l'appréciation du Dr E _____ selon laquelle il aurait probablement retenu le diagnostic d'épisode dépressif, au moins moyen, au vu des symptômes signalés par le Dr B _____, ne pouvait être suivie, car celui-ci n'avait retenu aucun critère permettant de retenir ce trouble, de sorte qu'il convenait de maintenir le diagnostic posé de dysthymie (F34.1).
21. Après avoir adressé une copie de cette écriture au recourant, la Cour de céans a gardé la cause à juger.

EN DROIT

1. La Cour de céans a déjà examiné les questions de sa compétence et de la recevabilité du recours dans son ordonnance du 28 février 2013, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'y revenir ici.
2. La LPGA est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 229 consid. 1.1 et les références). Les règles de procédure s'appliquent quant à elles sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 71 consid. 6b).

En l'espèce, la décision litigieuse du 27 août 2012, est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA ainsi qu'à l'entrée en vigueur, le 1^{er} janvier 2004 des

modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), le 1^{er} janvier 2008 de celles du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision) et des changements intervenus le 1^{er} janvier 2012 suite à la révision 6a du 18 mars 2011. Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à des prestations d'invalidité doit être examiné au regard des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives aux trois révisions susmentionnées, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329).

3. Le litige porte sur la question de savoir si le recourant a droit à des prestations en raison des atteintes à la santé dont il souffre.
4. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008).

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. 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; ATFA non publié I 786/04 du 19 janvier 2006, consid. 3.1).

Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (ATFA non publié I 654/00 du 9 avril 2001, consid. 1). 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 ; ATF 105 V 156 consid.1).

5. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, 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. Dans l'assurance-invalidité, 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). 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, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c, 105 V 156 consid. 1 in fine).

Le juge des assurances sociales 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. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider 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. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions du médecin soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a et les références).

6. 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 (ATF 125 V 351 consid. 3). Lorsque, 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). 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/bb et cc).

Le juge ne s'écarte en principe 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).

7. En l'occurrence, la Cour de céans a mandaté le Dr E_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, qui a rendu un rapport le 29 mai 2013. Ce médecin a diagnostiqué chez le recourant un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2) et une phobie sociale (F40.1). Ces troubles avaient été vraisemblablement d'intensité moyenne entre juin 2009 et août 2012; depuis septembre 2012, ils étaient devenus sévères. En raison de l'existence cumulée de ces deux troubles, le recourant présentait des limitations fonctionnelles importantes dans toute activité lucrative, telles que notamment la limitation de l'énergie disponible, les capacités d'estime de soi, d'attention, de motivation et de projection dans l'avenir, ainsi que les capacités d'affronter les stress sociaux et relationnels inhérents à toute activité professionnelle. Selon l'expert, ces deux troubles psychiques avaient une répercussion sur la capacité de travail du recourant, à savoir de 50% pour la période de juin 2009 à août 2012, dans toute activité professionnelle. Dès septembre 2012, l'incapacité était totale.

La Cour de céans constate que l'expertise du Dr E_____ repose notamment sur un examen du recourant, l'étude du dossier médical et des renseignements pris auprès des Drs A_____ et C_____. L'anamnèse est détaillée et les plaintes du recourant ont été prises en considération. L'expertise est en outre très bien motivée puisqu'elle explique notamment pourquoi l'expert a retenu les diagnostics précités, leur évolution dans le temps et leur répercussion sur la capacité de travail du recourant. Ses conclusions sont ainsi dûment motivées. Il y a donc lieu de reconnaître une valeur probante entière à son rapport d'expertise.

Il convient encore d'examiner si d'autres spécialistes ont émis des opinions contraires aptes à mettre en doute l'appréciation de l'expert.

L'intimé fait valoir à cet égard que s'agissant de la période de juin 2009 à août 2012, l'appréciation du Dr B_____ concluant à l'absence d'un trouble dépressif devrait être prise en compte.

Il y a lieu de rappeler que s'agissant du rapport d'expertise du Dr B_____ du 26 avril 2012, la Cour de céans a déjà jugé, dans son ordonnance du 28 février 2013, que l'on ne pouvait se fonder sur cette expertise au vu notamment des contradictions et des incohérences qu'elle contient. Le Dr B_____ a établi son rapport sans s'entretenir avec le psychiatre traitant, qui suit pourtant le recourant depuis 2009. L'expert se contredit en affirmant que le recourant avait pu maintenir des activités lui procurant du plaisir, telle la pratique de la musique, tout en constatant que l'expertisé avait "tout abandonné en ce qui concerne la musique" et n'arrivait même plus à écouter de la musique. En outre, alors que l'expert a noté que le recourant faisait état de cauchemars récurrents, s'endormait toujours sous tension, se réveillait la nuit, se plaignait de fatigue diurne et paraissait fatigué, il a uniquement retenu une "perturbation du sommeil non systématique et aussi liée à un rythme décalé". Enfin et surtout, l'expert retient néanmoins un état dépressif significatif dans le passé (depuis le 3 juin 2009), mais n'expose pas sur quels éléments il se fonde pour considérer que cet état avait été limité dans le temps entre 6 et 12 mois. Au demeurant, le Dr E_____ a dûment expliqué et motivé les raisons pour lesquelles il s'écarte des conclusions du Dr B_____ et retient la présence d'un trouble dépressif et d'un trouble anxieux de gravité moyenne entraînant une incapacité de travail de 50% dans toute activité lucrative pour la période courant de juin 2009 à août 2012. La Cour de céans est ainsi d'avis que l'expertise du Dr E_____ infirme, de manière convaincante, les conclusions du Dr B_____.

On relèvera encore que l'appréciation du Dr E_____ quant à la présence de troubles dépressif et anxieux ayant une répercussion sur la capacité de travail du recourant pendant la période précitée concorde avec celle du Dr A_____.

Il apparaît ainsi qu'il n'existe aucune circonstance bien établie susceptible d'ébranler sérieusement la crédibilité des conclusions du Dr E_____.

Compte tenu de ce qui précède, il convient de retenir que le recourant a présenté des troubles psychiques entraînant une incapacité de travail de 50% dans toute activité pour la période courant de juin 2009 à août 2012. A compter de septembre 2012, l'état de santé semble s'être modifié dans le sens d'une aggravation des troubles. Toutefois, dans la mesure où cette aggravation est survenue postérieurement à la date déterminante de la décision litigieuse – le 27 août 2012 – elle ne sera pas prise en compte en l'état, étant rappelé que le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 131 V 242 consid. 2.1; ATF 121 V 362 consid. 1b).

Reste encore à examiner le degré d'invalidité que présente le recourant.

8. 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.

Tant lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci (art. 17 LPGA), il faut examiner sous l'angle des art. 4 et 5 LAI quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer (art. 28a LAI, en corrélation avec les art. 27 ss RAI). Le choix de l'une des trois méthodes entrant en considération (méthode générale de comparaison des revenus, méthode mixte, méthode spécifique) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel, assuré non actif. On décidera que l'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Pour les assurés travaillant dans le ménage, il convient d'examiner si l'assuré, étant valide, aurait consacré l'essentiel de son activité à son ménage ou à une occupation lucrative après son mariage, cela à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle. Ainsi, pour déterminer voire circonscrire le champ d'activité probable de l'assuré, s'il était demeuré valide, on tiendra compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels étant précisé qu'aucun de ces critères ne doit toutefois recevoir la priorité d'entrée de jeu (ATF 117 V 194 consid. 3b; Pratique VSI 1997 p. 301 ss consid. 2b). Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de la reprise d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de vraisemblance prépondérante (ATF 130 V 393 consid. 3.3 et ATF 125 V 146 consid. 2c ainsi que les références).

9. En l'occurrence, il résulte des pièces versées à la procédure que l'intimé n'a pas procédé à l'examen de la question du statut du recourant. Si la note établie par l'intimé en date du 3 mai 2012 fait certes état d'un statut mixte, sans toutefois mentionner à quel pourcentage (pièce 93 chargé intimé), on peine à comprendre sur quelle base ce statut aurait été fixé, dans la mesure où l'enquête nécessaire n'a pas été mise en œuvre par l'intimé (pièce 78 chargé intimé).

Compte tenu de ce qui précède, force est de constater que la Cour de céans n'est pas en mesure, en l'état, de déterminer le degré d'invalidité que présente le recourant. Le dossier sera par conséquent renvoyé à l'intimé, à charge pour ce dernier

d'instruire, avec la diligence requise par les circonstances, la question du statut du recourant, puis de rendre une nouvelle décision sur le droit aux prestations.

10. Au vu de ce qui précède, le recours doit être admis en ce sens que la décision du 27 août 2012 est annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision.
11. La Cour de céans ne peut pas examiner la situation postérieure à la décision du 27 août 2012, cette période ne faisant pas partie de l'objet du litige. L'expert mis en œuvre par la Cour fait état d'une aggravation de l'état de santé du recourant en septembre 2012, l'assuré présentant dès cette date une totale incapacité de travail. Il y a lieu de renvoyer la cause à l'intimé pour instruction complémentaire en vue d'une révision du droit aux prestations de l'assuré dès septembre 2012.
12. Le recourant, représenté par un conseil, obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de 1'500 fr. lui est accordée à titre de dépens (art. 61 let. g LPGA). La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI), un émolument de 500 fr. sera mis à la charge de l'intimé.

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

Statuant

Au fond :

1. Déclare le recours recevable.
2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision de l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE du 27 août 2012.
4. Dit que Monsieur P_____ présente une incapacité de travail de 50% dans toute activité de juin 2009 à août 2012.
5. Renvoie le dossier à l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE pour instruction complémentaire au sens des considérants, et nouvelle décision.
6. Renvoie le dossier à l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE pour instruction complémentaire en vue d'une éventuelle révision des prestations dès septembre 2012.
7. Condamne l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE à verser à Monsieur P_____ une indemnité de 1'500 fr. à titre de dépens.
8. Met un émolument de 500 fr. à la charge de l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE.
9. 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

Brigitte BABEL

Francine PAYOT ZEN-
RUFFINEN

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