

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3735/2023

ATAS/204/2025

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 25 mars 2025

Chambre 10

En la cause

A _____,

recourant

représenté par Me Romain JORDAN

contre

**OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE
GENÈVE**

intimé

**Siégeant : Joanna JODRY, Présidente ; Saskia BERENS TOGNI et Pierre-Bernard
PETITAT, Juges assesseurs.**

EN FAIT

- A. a.** Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né le _____ 1966, originaire du Portugal et naturalisé suisse, est arrivé en Suisse en 1985. Il est marié et père de deux enfants majeurs.
- b.** Il a d'abord travaillé comme « garçon de maison » à B_____ dès 1986, puis comme chauffeur de taxi indépendant dès 1997.
- c.** Le 9 février 2022, il a déposé une demande prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI), en raison de trouble de l'humeur et d'anxiété.
- d.** Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'OAI a recueilli les documents suivants :
- Un rapport du 23 mars 2022 du docteur , spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, selon lequel l'assuré souffrait, avec répercussion sur la capacité de travail, d'un trouble dépressif récurrent épisode actuel sévère (F33.2), ainsi que d'un trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2). L'atteinte grave à la santé, psychique et physique, constatée avait pour conséquence une capacité de travail nulle dans toute activité depuis novembre 2020. L'enfance de l'assuré, au Portugal, avait été malheureuse, avec des difficultés à l'école primaire (jugé inapte) et dès l'âge de quatre ans, contraint de travailler avec son père dans les champs dans des conditions difficiles, souffrant de migraines qui ne l'avaient jamais quitté depuis. Il était arrivé en Suisse en 1985, avait travaillé comme homme à tout faire à B_____, puis comme chauffeur de taxi dès le 1^{er} novembre 1997. Il ne travaillait plus depuis 2020 pour des raisons de santé. Les symptômes constatés étaient de la tristesse, de l'anxiété, une attitude réservée avec la voix basse, le regard fuyant et une gestuelle réduite. Des pensées négatives, ainsi qu'un constat d'échec et de tristesse étaient évoqués par l'assuré. La journée type était la suivante : après un lever tardif, il petit déjeunait et restait tranquille à la maison en attendant que la journée passe ; après le repas, une sieste était nécessaire ; le reste de la journée, il faisait une petite promenade, puis rentrait à la maison pour le souper et se coucher. Les répercussions des atteintes retenues étaient une baisse de l'élan vital, une aboulie, une adynamie, une anhédonie, des activités réduites en rapport avec son humeur et peu de contacts sociaux. Ses migraines limitaient sa motivation et ses activités. Il était soutenu par sa famille (épouse et enfants). Le tableau clinique n'avait pas évolué depuis la prise en charge par le psychiatre traitant le 2 novembre 2021. Le traitement actuel comprenait 25 mg de Surmontil (antidépresseur) le soir, la compliance était bonne et le traitement (consultation et médication) bien suivi.

- Un rapport complémentaire du 1^{er} avril 2022 du Dr C_____, selon lequel le traitement actuel de l'assuré était composé de 50 mg de Surmontil, de Zomig, de Dafalgan et du Tilur retard.
- Un rapport du 5 août 2022 du docteur D_____, médecin généraliste de l'assuré, selon lequel ce dernier, qui souffrait de céphalées chroniques traitées par Triptans, avait consulté en 2013 pour une anxiété importante liée à la crainte d'une tumeur cérébrale. Ses inquiétudes étaient amplifiées par son insomnie. En 2021, il avait consulté à nouveau pour des épisodes d'hypertension et des douleurs abdominales. Il décrivait des crises spastiques touchant ses mains et jambes, sans horaire précis, des pertes de connaissance avec chute rapide et vision voilée, ainsi que des crampes aux jambes, des douleurs pectorales persistantes et des migraines intenses accompagnées d'asthénie et de fatigue. Depuis février 2022, il se sentait extrêmement stressé, irritable, et avait des difficultés de concentration au travail. Il mentionnait plusieurs accidents de la route et des explosions de colère en famille, notamment envers son fils, exprimant une nervosité ancienne et une intolérance au contact avec ses proches. Il décrivait des sensations étranges partant de la tête. À la suite d'une journée de travail, il avait des céphalées durant plusieurs jours, de sorte qu'il estimait ne plus pouvoir travailler. L'assuré était suivi depuis 2013 par le docteur E_____, spécialiste FMH en neurologie, depuis 2021 par le docteur F_____, spécialiste FMH en angiologie, et depuis 2022 par la docteure G_____, spécialiste FMH en cardiologie, par le H_____, spécialiste FMH en gastroentérologie, ainsi que par le Dr C_____. Des examens cardio-pulmonaire, digestif et urinaire s'étaient révélés sans particularité. Un examen neurologique complet et sans déficit avait juste permis, en juillet 2021, de constater des vertiges en tournant rapidement la tête à droite et à gauche. L'assuré présentait une agitation psychomotrice pendant les consultations. Il devenait logorrhéique, évoquant sa pensée sans affect, avait un comportement très anxieux et un discours empli de catastrophismes, avec une impossibilité à l'introspection. Les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, étaient un trouble de la personnalité anxieuse avec somatisation et des céphalées chroniques. Sans répercussion sur la capacité de travail, l'assuré présentait un statut post TCC secondaire à un accident de la voie publique à 18 ans, une colite néphrétique en 2018, une gastrite antrale et des spasmes du colon en juin 2022, et une suspicion de vestibulite non confirmée. Sur le plan somatique, la situation ne montrait pas de limitations, hormis que l'activité devait être réalisée en position assise, avec port de charge limité à 10-20kg. S'agissant de la capacité de travail et de son évolution, le médecin généraliste se rapportait à l'avis du psychiatre traitant.

Le Dr D_____ a joint les rapports de certains spécialistes qui avaient examiné l'assuré, soit ceux du 21 juillet 2021 du Dr F_____, du 17 juin 2021 de la Dre G_____ et du 13 novembre 2013 du Dr E_____.

e. Dans un avis du 24 novembre 2022, le docteur I_____, médecin auprès du service médical régional (ci-après : SMR) de l'OAI, a très brièvement résumé les rapports des Drs C_____ et D_____, retenu que l'assuré présentait principalement des limitations incapacitantes sur le plan psychiatrique et estimé qu'il convenait d'interroger le psychiatre traitant à propos de l'évolution de l'état de santé.

f. Par rapport du 13 janvier 2023, le Dr C_____ a indiqué que bien que le repos et l'absence de stress professionnel (conducteur de taxi) apaisait son stress, l'assuré restait fragile émotionnellement (pleurs et tristesse). Il présentait des céphalées. Le traitement était composé d'une psychothérapie de soutien hebdomadaire et d'une médication (Surmontil 75 mg et Zomig). L'assuré profitait du repos et en ressentait les bénéfices, pouvant profiter de sa vie de famille. Actuellement la dépression et l'anxiété persistaient et l'agitation psychomotrice était modérée durant l'entretien. L'assuré présentait un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère (F32.2) et un trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2). Sa capacité de travail était toujours nulle depuis novembre 2020 dans toute activité. Les limitations fonctionnelles se présentaient sous forme d'aboulie, d'adynamie, d'anhédonie et de baisse de l'élan vital. La compliance était très bonne.

g. Dans un avis du 30 janvier 2023, le Dr I_____ a résumé le dernier rapport du Dr C_____ et s'est étonné de la durée de l'épisode et qu'il n'y avait pas eu d'hospitalisation ni de modification du traitement antidépresseur. Il estimait que la sévérité de l'atteinte n'était pas claire et que la réalisation d'une expertise psychiatrique était nécessaire.

h. Par communication du 22 février 2023, l'OAI a informé l'assuré qu'il entendait mettre en œuvre une expertise médicale psychiatrique et envisageait de mandater le docteur J_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, au Centre K_____. Un memento détaillé sur l'enregistrement sonore des entretiens, dans le cadre des expertises médicales, était notamment joint à cette communication.

i. En l'absence de réaction de l'assuré, l'OAI a mandaté le Dr J_____ pour réaliser l'expertise.

j. Dans son rapport d'expertise du 7 juillet 2023, le Dr J_____ a conclu à une capacité de travail de 100% de l'assuré dans toute activité sur le plan psychiatrique. Les diagnostics retenus – soit un trouble dépressif léger (F32), un trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2 ; présent depuis novembre 2020), des traits mixtes de la personnalité émotionnellement labile de type impulsif et anxieuse (Z73.1 ; actuellement non décompensés) et un trouble douloureux somatoforme persistant (F45.4 ; limitant l'assuré exclusivement dans les activités physiquement lourdes) – n'avaient pas de répercussion sur la capacité de travail.

En effet, pour ces diagnostics, il n'y avait pas de limitations fonctionnelles psychiatriques significatives objectivables. Il n'y avait pas eu d'évolution de l'état de santé depuis novembre 2020 et l'assuré ne suivait pas son traitement antidépresseur. Le rapport précisait que l'expertise avait été effectuée par le Dr J_____, en collaboration avec L_____, psychothérapeute, et qu'il y avait eu, au total, six heures d'entretien avec l'assuré, les 3 et 5 juillet 2023.

k. Par avis du 18 juillet 2023, le Dr I_____ a résumé les conclusions de l'expertise et estimé qu'elles pouvaient être suivies. Ainsi, la capacité de travail était entière dans toute activité.

B. a. Le 24 juillet 2023, l'OAI a rendu un projet de décision selon lequel il prévoyait de rejeter la demande de prestations de l'assuré. L'instruction médicale n'avait pas démontré d'atteinte à la santé invalidante au sens de l'assurance-invalidité chez l'assuré.

b. Par pli du 14 septembre 2023, l'assuré, représenté par un conseil, s'est opposé à ce projet. L'OAI s'était exclusivement fondé sur le rapport d'expertise du Dr J_____, lequel présentait des vices et était contradictoire. L'expert avait d'emblée eu un *a priori* négatif sur lui, car il avait manqué le premier rendez-vous fixé par l'expert alors qu'il n'avait pas reçu la convocation. Ensuite, le Dr J_____ ne s'était intéressé qu'aux éléments qui lui étaient défavorables pour la reconnaissance de son droit à la rente. Il n'avait par exemple pas suffisamment relevé les traits remarquables par son psychiatre traitant (tristesse, anxiété, attitude réservée, voie basse, regard fuyant, gestuelle réduite, pensées négatives, constat d'échec) alors qu'ils étaient évidents. Il contestait le fait que sa tristesse soit fluctuante. Contrairement à ce qu'indiquait l'expert, rien dans ses déclarations ne permettait de retenir qu'il gérait son quotidien sans limitations, précisant que celui-ci était morne. L'expert ne tenait pas compte du fait que le contact avec sa famille avait un effet bénéfique sur sa santé, ce qui n'était pas le cas lorsqu'il était chauffeur de taxi. Dans le but de retenir que des vacances à l'étranger étaient possibles, l'expert avait fortement insisté pour qu'il dise qu'il était parti à l'étranger, alors qu'il s'était simplement rendu au Portugal pour voir sa famille. L'expérience en Suisse du Dr J_____, lequel avait obtenu son examen d'État en Roumanie, reconnu en Suisse seulement en 2017 et 2018 pour sa spécialisation, était insuffisante et remettait en cause ses compétences pour une telle expertise. Cela ressortait notamment du fait que l'expert avait constaté des limitations dans les activités lourdes physiquement alors qu'il avait été mandaté pour une expertise psychiatrique. Il était inopportun d'affirmer que la capacité de travail d'une personne n'ayant jamais exercé d'autre activité que celle de chauffeur de taxi et souffrant de maux rendant sa conduite dangereuse, puisse être complète. Il s'est fondé sur l'appréciation de son psychiatre traitant pour faire valoir que sa capacité de gain était nulle.

c. Par avis du 5 octobre 2023, le Dr I _____ a estimé qu'en l'absence de nouvelle pièce médicale objectivant une modification notable de l'état de santé de l'assuré, les conclusions prises le 18 juillet 2023 demeuraient valables.

d. Par décision du 6 octobre 2023, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré, confirmant son projet de décision.

- C. a. Par acte du 8 novembre 2023, l'assuré, représenté par son conseil, a interjeté recours auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : chambre de céans) contre cette décision, concluant, sous suite de dépens, à son annulation, au constat de son incapacité de travail totale et à l'octroi par l'intimé des prestations légales dues à ce titre, intérêts moratoires en sus. Subsidiairement, il a conclu à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire, respectivement au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction et expertise médicale. Il a en outre sollicité la tenue d'une audience de comparution personnelle. Il a fait valoir une violation de son droit d'être entendu pour défaut de motivation de la décision querellée et en l'absence, au dossier, des enregistrements sonores relatifs à l'entretien avec l'expert. Pour le surplus, il a réitéré les griefs avancés dans le cadre de son opposition.

Il a produit, en particulier, un rapport du 2 novembre 2023 du Dr C _____, lequel s'est opposé aux conclusions du Dr J _____. La capacité de travail du recourant dans son activité habituelle de chauffeur de taxi était nulle pour des raisons de santé physique et psychique depuis novembre 2020. L'intéressé était vite fatigable, avec un besoin de repos immédiat, nécessitant l'arrêt de la conduite. Compte tenu de la gravité des atteintes, la capacité de travail était également nulle dans toute autre activité lucrative nécessitant un engagement professionnel. Il n'y avait pas eu d'évolution. Les migraines typiques étaient invalidantes, survenaient à tout moment et l'obligeaient à s'isoler dans le noir et dormir. Le recourant suivait d'ailleurs un traitement antimigraineux (Zomig). Il était en outre très angoissé et fragile psychiquement. Il s'est étonné que « l'expert ne trouve pas de cause psychiatrique à signaler » et a confirmé ses précédents rapports.

b. Dans sa réponse du 11 décembre 2023, l'intimé a conclu au rejet du recours. On ne pouvait suivre le recourant lorsqu'il alléguait être dans l'impossibilité de comprendre la motivation de la décision litigieuse faute de détails, dès lors que dans le cadre de l'instruction, il avait été soumis à une expertise psychiatrique et que dans le cadre de la procédure d'opposition, il était assisté d'un avocat et avait sollicité la production du dossier AI. Il ne pouvait donc ignorer que la décision querellée se fondait sur les résultats de l'expertise, comme il le soulevait d'ailleurs dans ses autres griefs, ainsi que dans son opposition. Une violation du droit d'être entendu ne pouvait donc être admise et le recourant avait au demeurant la possibilité de s'exprimer pleinement devant la chambre de céans. Ses critiques à l'encontre de l'expertise étaient générales et interprétatives. Il s'est étonné des remarques formulées à l'encontre de l'expert, basées sur son origine et la reconnaissance il y a six ans de ses diplômes, ce en l'absence au fond de critiques

objectives de son rapport. Il a rappelé que le recourant n'avait formulé aucune remarque à l'encontre de l'expert dans le cadre de la communication du 22 février 2023 au sujet de l'expertise. Les critiques du recourant n'étaient pas pertinentes et aucune animosité ne ressortait du rapport d'expertise, lequel rapportait que le recourant avait été courtois et que les interactions étaient bonnes, malgré un début stressant. Il fallait donc retenir une pleine valeur probante au rapport d'expertise. En outre, aucun élément médical objectivable ne permettait de s'écarter de l'appréciation de l'expert. Finalement, l'intimé a relevé que des éléments extra-médicaux influençaient la situation du recourant de manière importante et que les éléments apportés ne permettaient pas de faire une appréciation différente du cas.

c. Par écriture du 25 janvier 2024, le recourant a requis la production des enregistrements sonores des entretiens menés par le Dr J_____, afin de déterminer l'attitude de celui-ci à son égard. Il a maintenu, pour le surplus, sa position et précisé que ses remarques à l'encontre de l'expert étaient fondées sur le fait que les facultés de médecine en Suisse dispensaient des cours de droit médical et que de telles connaissances ne pouvaient être acquises dans le cadre d'études de médecine effectuées dans d'autres pays. En outre, il n'était pas le seul à remettre en question les compétences de l'expert, au regard des appréciations contrastées des patients, ressortant des « avis Google » sur Internet.

d. Le 1^{er} février 2024, la chambre de céans a requis la production par l'intimé des enregistrements sonores des entretiens menés par le Dr J_____.

e. Le 27 février 2024, l'intimé a produit lesdits enregistrements. Il a relevé que ceux-ci concernaient deux entretiens avec des psychologues et a proposé d'interroger directement l'expert à ce sujet si la chambre de céans l'estimait nécessaire. Au fond, aucun manquement objectif de fait ou de droit n'était rapporté à l'encontre de l'expertise et les éléments soulevés par le recourant n'avaient aucune pertinence pour l'évaluation médicale.

f. Dans ses observations du 15 mai 2024, à la suite de l'écoute des enregistrements, le recourant a persisté intégralement dans ses conclusions. Il a relevé que ceux-ci ne permettaient pas de refléter sa prise en charge par le Dr J_____, dans la mesure où les interventions de ce dernier n'avaient simplement pas été enregistrées. En effet, seules deux femmes, dont on ignorait l'identité, lui posaient des questions. Par ailleurs, ces enregistrements révélaient de nombreux pleurs de sa part. Or le rapport d'expertise ne faisait qu'une seule mention de pleurs spontanés, sans que cet élément ne soit repris dans l'évaluation de l'expert. Les idées suicidaires ressortant des enregistrements n'étaient pas non plus prises en compte dans l'évaluation. Ses déplacements au Portugal en vue de se rendre auprès de sa famille étaient expressément qualifiés, par ses soins, comme n'étant pas des vacances. Or, ceux-ci avaient été retenus de manière inexacte comme des vacances dans le rapport d'expertise, de surcroît, dans le premier paragraphe de l'évaluation, ce qui était regrettable. Enfin, comme

exemple d'imprécision, il a souligné avoir indiqué que sa formation de chauffeur de taxi avait duré trois jours, mais le rapport d'expertise mentionnait une formation de deux semaines. Il existait donc des doutes quant au caractère probant de ce document.

g. Le 18 juin 2024, l'intimé a également persisté dans ses conclusions. Les remarques du recourant, qui restaient contextuelles et ne relevaient pas de manquements objectifs dans l'évaluation de l'expert, ne permettaient pas de revoir sa position. L'expert avait bel et bien mentionné dans son rapport des pleurs spontanés et, concernant les vacances, les départs à l'étranger étaient systématiquement évalués au regard des ressources psychologiques nécessaires pour effectuer de tels déplacements et non selon l'intention qui leur était donnée. L'expert avait tenu compte du fait que des déplacements – pour rendre visite à sa famille – avaient été faisables pour le recourant, demandant une mobilisation de ressources internes présentes. Ainsi, aucun élément médical objectif ne venait contredire les constatations cliniques de l'expert.

h. Le 22 juillet 2024, le recourant a encore relevé des contradictions dans le rapport d'expertise sur les questions relatives à la réadaptation professionnelle, au traitement requis, aux limitations physiques et à l'évaluation de son état de santé, ce qui venait confirmer les doutes à l'égard de l'expertise.

i. Le 16 septembre 2024, l'intimé a estimé qu'une lecture attentive du rapport d'expertise permettait d'écarter les doutes relevés par le recourant.

j. Interrogé par la chambre de céans, le Dr J_____ a répondu, par courrier du 14 janvier 2025, que les entretiens avaient été faits par lui-même ainsi que , psychologue, et L_____, psychologue et psychothérapeute. Les tests psychologiques avaient été réalisés conjointement par les trois mêmes personnes, avec un consilium entre le psychiatre et les psychologues durant l'examen. Seules ces trois personnes mentionnées étaient présentes. Les entretiens principaux avaient été enregistrés, mais pas les différents tests.

k. Copie de ce courrier a été adressé le 17 janvier 2025 aux parties, lesquelles n'ont pas fait d'observation.

EN DROIT

1.

1.1 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.

1.2 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.

Le 1^{er} janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Dans la mesure où le recours a été interjeté postérieurement au 1^{er} janvier 2021, il est soumis au nouveau droit (*cf.* art. 82a LPGA *a contrario*).

1.3 Interjeté en temps utile, le recours est recevable (art. 60 al. 1 LPGA).

2. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de la part de l'intimé.
3. Dans un premier grief de nature formelle, qu'il convient d'examiner au préalable, le recourant se plaint d'une violation de son droit d'être entendu pour défaut de motivation de la décision querellée et en l'absence au dossier des enregistrements sonores des entretiens avec l'expert.

3.1 La jurisprudence a déduit du droit d'être entendu, consacré à l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst - RS 101), le devoir pour l'autorité de motiver sa décision, afin que le destinataire puisse la comprendre, la contester utilement s'il y a lieu et que l'autorité de recours puisse exercer son contrôle. Pour répondre à ces exigences, il suffit que l'autorité mentionne au moins brièvement les motifs qui l'ont guidée et sur lesquels elle a fondé sa décision ; elle n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les arguments invoqués par les parties. Il n'y a violation du droit d'être entendu que si l'autorité ne satisfait pas à son devoir minimum d'examiner les problèmes pertinents (ATF 129 I 232 consid. 3.2 ; 126 I 97 consid. 2b). La motivation d'une décision est suffisante lorsque l'intéressé est mis en mesure d'en apprécier la portée et de la déférer à une instance supérieure en pleine connaissance de cause (ATF 122 IV 14 consid. 2c). La jurisprudence a également déduit du droit d'être entendu, le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 135 I 279 consid. 2.3 ; 135 II 286 consid. 5.1 ; 132 V 368 consid. 3.1).

Le droit d'être entendu est une garantie constitutionnelle de caractère formel, dont la violation doit en principe entraîner l'annulation de la décision attaquée indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond (ATF 127 V 431 consid. 3d/aa). Par exception au principe de la nature formelle de ce droit, la jurisprudence admet qu'une violation de ce dernier est considérée comme réparée lorsque l'intéressé jouit de la possibilité de s'exprimer librement devant une autorité de recours disposant du même pouvoir d'examen que l'autorité inférieure

et pouvant ainsi contrôler librement l'état de fait et les considérations juridiques de la décision attaquée (ATF 133 I 201 consid. 2.2 ; 127 V 431 consid. 3d/aa ; 126 V 130 consid. 2b). La réparation d'un vice éventuel doit cependant demeurer l'exception (ATF 127 V 431 consid. 3d/aa ; 126 V 130 consid. 2b) ; même en cas de violation grave du droit d'être entendu, un renvoi de la cause pour des motifs d'ordre formel à l'instance précédente peut être exclu, par économie de procédure, lorsque cela retarderait inutilement un jugement définitif sur le litige, ce qui n'est dans l'intérêt ni de l'intimée, ni de l'administré dont le droit d'être entendu a été lésé (ATF 132 V 387 consid. 5.1). Enfin, la possibilité de recourir doit être propre à effacer les conséquences de la violation. Autrement dit, la partie lésée doit avoir eu le loisir de faire valoir ses arguments en cours de procédure contentieuse aussi efficacement qu'elle aurait dû pouvoir le faire avant le prononcé de la décision litigieuse (ATA/304/2013 du 14 mai 2013 consid. 4. c).

3.2 En l'espèce, si l'on peut regretter que la décision litigieuse se contente d'indiquer qu'« [à] l'issue de l'instruction, notre Office considère que vous ne présentez pas d'atteinte à la santé invalidante au sens de la loi sur l'assurance-invalidité » et que « [p]ar conséquent, les conditions d'octroi de prestation l'AI ne sont pas réunies », sans autres explications, cela ne suffit pas à conclure à une violation du droit d'être entendu liée à un défaut de motivation. En effet, ces explications figurent dans le rapport du 18 juillet 2023 du SMR, ainsi que dans le rapport d'expertise du 7 juillet 2023 du Dr J_____, versés au dossier de l'intimé, dont le recourant – par l'intermédiaire de son conseil – a pu prendre connaissance. Il pouvait ainsi comprendre sur quels éléments l'intimé fondait son refus. De plus, le recourant a parfaitement saisi la portée du projet de décision du 24 juillet 2023, comme l'atteste le contenu de son opposition du 14 septembre 2023.

Au demeurant, on rappellera qu'il a eu l'occasion de se prononcer en pleine connaissance de cause devant la chambre de céans, qui jouit d'un plein pouvoir d'examen en fait et en droit.

Ainsi, l'éventuelle violation du droit d'être entendu par l'intimé a été réparée au cours de la procédure contentieuse.

3.3 Le recourant soutient ensuite n'avoir pas eu accès à l'intégralité de son dossier, dès lors que l'enregistrement sonore de l'entretien avec le Dr J_____ n'y figurait pas.

Depuis le 1^{er} janvier 2022, sauf avis contraire de l'assuré, les entretiens entre l'assuré et l'expert font l'objet d'enregistrements sonores, lesquels sont conservés dans le dossier de l'assureur (art. 44 al. 6 LPGA ; cf. art. 7k et 7l de l'ordonnance sur la partie générale du droit des assurances sociales du 11 septembre 2002 [OPGA - RS 830.11]).

Selon la circulaire sur la procédure dans l'assurance-invalidité (ci-après : CPAI ; état au 1^{er} février 2023) établie par l'Office fédéral des assurances sociales,

l'enregistrement sonore ne peut être écouté que sur demande de l'assuré ou de son représentant légal en cas de conflit, par exemple lorsqu'à la lecture de l'expertise l'assuré a l'impression que le rapport ne reflète pas correctement ce qui a été dit lors de l'entretien ou si l'assuré considère que l'expert ne s'est pas conduit dans les règles de l'art pendant l'entretien. Uniquement l'office AI, les tribunaux compétents et l'assuré lui-même ou son représentant légal peuvent l'écouter. L'enregistrement sonore ne peut être écouté et utilisé que dans le cadre de la procédure AI et d'une éventuelle procédure de recours. La transmission de l'enregistrement à des tiers (p. ex. assurance-accidents ou autres personnes légitimées à présenter recours conformément à l'art. 49 LPGA, art. 71 al 1 OPGA) n'est pas autorisée. Si l'assuré demande à écouter l'enregistrement, l'office lui transmet les données d'accès en ligne et en informe l'expert ou les experts (CPAI n° 3128).

Compte tenu de la finalité de l'enregistrement sonore et de sa forme particulière de conservation, les directives, [CPAI], prévoient que lorsque l'assuré demande l'accès à son dossier, l'enregistrement n'est pas transmis d'office avec les actes, dès lors que l'enregistrement a pour but de vérifier, en cas de litige, ce qui a été effectivement dit lors de l'entretien. La personne assurée peut toutefois demander expressément de l'écouter. Par exemple lorsque, en lisant l'expertise, qui en soi sert de base à la décision de l'office AI, elle estime que le rapport d'expertise ne reproduit pas correctement les déclarations faites pendant l'entretien. Dans ce cas, l'office lui transmettra les instructions ainsi que les données nécessaires pour accéder électroniquement à l'enregistrement sonore et pouvoir ainsi l'écouter (Michela MESSI, AI : les enregistrements favorisent la transparence, *in* Sécurité sociale [CHSS] 2022).

Ainsi, conformément à la circulaire précitée, l'enregistrement n'est en principe transmis à l'assuré par l'OAI, qu'en cas de contestation et sur demande de l'intéressé.

Force est de constater, en outre, que la communication du 22 février 2023 adressée au recourant mentionne expressément les informations relatives à l'enregistrement sonore des entretiens, dont le fait que « [l']enregistrement sonore ne peut être écouté que sur demande de la personne assurée en cas de litige ».

Or, le recourant n'a requis la production de l'enregistrement sonore des entretiens qu'au stade du recours.

Il ne saurait donc reprocher à l'intimé de ne pas les lui avoir communiqués plus tôt.

4.

4.1 Le 1^{er} janvier 2022, les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705) ainsi que celles du 3 novembre 2021 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201 ; RO 2021 706) sont entrées en vigueur.

En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 et la référence). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, est déterminant le moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. Si elle est postérieure au 31 décembre 2021, le nouveau droit s'applique (arrêt du Tribunal fédéral 9C_60/2023 du 20 juillet 2023 consid. 2.2 et les références).

4.2 En l'occurrence, la décision querellée porte sur une demande de prestations déposée postérieurement au 1^{er} janvier 2022 et sur le droit éventuel du recourant à une rente d'invalidité après cette date, de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur nouvelle teneur en vigueur dès le 1^{er} janvier 2022.

- 5.** Conformément aux art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, 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.

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 le marché du travail équilibré qui entre en considération, 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).

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.

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 (arrêt du Tribunal fédéral I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

5.1 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 malade, 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 127 V 294 consid. 4c ; 102 V 165 consid. 3.1 ; VSI 2001 p. 223 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, telle la classification internationale des maladies (ci-après : CIM) ou le DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual) (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 ; 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 ; 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

Dans l'ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a revu et modifié en profondeur le schéma d'évaluation de la capacité de travail, respectivement de l'incapacité de travail, en cas de syndrome douloureux somatoforme et d'affections psychosomatiques comparables. Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'un catalogue d'indicateurs (ATF 141 V 281 consid. 4). Le Tribunal fédéral a ensuite étendu ce nouveau schéma d'évaluation aux autres affections psychiques (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références). Aussi, le caractère invalidant d'atteintes à la santé psychique doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance du trouble psychique à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 143 V 409 consid. 4.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2019 du 17 mars 2020 consid. 3 et les références).

L'organe chargé de l'application du droit doit, avant de procéder à l'examen des indicateurs, analyser si les troubles psychiques dûment diagnostiqués conduisent à la constatation d'une atteinte à la santé importante et pertinente en droit de l'AI, c'est-à-dire qui résiste aux motifs dits d'exclusion tels qu'une exagération ou d'autres manifestations d'un profit secondaire tiré de la maladie (ATF 141 V 281 consid. 2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_756/2018 du 17 avril 2019 5.2.2 et la référence).

Ainsi, selon la jurisprudence, en cas de troubles psychiques, la capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant 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 incapacitants et, d'autre part, des potentiels de compensation (ressources) (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). L'accent doit ainsi être mis sur les

ressources qui peuvent compenser le poids de la douleur et favoriser la capacité d'exécuter une tâche ou une action (arrêt du Tribunal fédéral 9C_111/2016 du 19 juillet 2016 consid. 7 et la référence).

Il y a lieu de se fonder sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4).

Catégorie « Degré de gravité fonctionnel » (ATF 141 V 281 consid. 4.3).

Complexe « Atteinte à la santé » (consid. 4.3.1).

Expression des éléments pertinents pour le diagnostic (consid. 4.3.1.1), succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à cet égard (consid. 4.3.1.2), comorbidités (consid. 4.3.1.3).

Complexe « Personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles ; consid. 4.3.2).

Complexe « Contexte social » (consid. 4.3.3).

Catégorie « Cohérence » (aspects du comportement ; consid. 4.4).

Limitation uniforme du niveau d'activité dans tous les domaines comparables de la vie (consid. 4.4.1), poids des souffrances révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation (consid. 4.4.2).

Les indicateurs appartenant à la catégorie « degré de gravité fonctionnel » forment le socle de base pour l'évaluation des troubles psychiques (ATF 141 V 281 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.2).

5.2 Selon la jurisprudence rendue jusque-là à propos des dépressions légères à moyennes, les maladies en question n'étaient considérées comme invalidantes que lorsqu'on pouvait apporter la preuve qu'elles étaient « résistantes à la thérapie » (ATF 140 V 193 consid. 3.3 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_841/2016 du 8 février 2017 consid. 3.1 et 9C_13/2016 du 14 avril 2016 consid. 4.2). Dans l'ATF 143 V 409 consid. 4.2, le Tribunal fédéral a rappelé que le fait qu'une atteinte à la santé psychique puisse être influencée par un traitement ne suffit pas, à lui seul, pour nier le caractère invalidant de celle-ci ; la question déterminante est en effet celle de savoir si la limitation établie médicalement empêche, d'un point de vue objectif, la personne assurée d'effectuer une prestation de travail. À cet égard, toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références). Ainsi, le caractère invalidant des atteintes à la santé psychique doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance du trouble psychique à un traitement conduit dans les

règles de l'art (ATF 143 V 409 consid. 4.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_142/2018 du 24 avril 2018 consid. 5.2).

Le point de départ de l'évaluation prévue pour les troubles somatoformes douloureux (ATF 141 V 281), les troubles dépressifs (ATF 143 V 409), les autres troubles psychiques (ATF 143 V 418) et les troubles mentaux du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives (ATF 145 V 215) est l'ensemble des éléments médicaux et constatations y relatives. Les experts doivent motiver le diagnostic psychique de telle manière que l'organe d'application du droit puisse comprendre non seulement si les critères de classification sont remplis (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1), mais également si la pathologie diagnostiquée présente un degré de gravité susceptible d'occasionner des limitations dans les fonctions de la vie courante (arrêt du Tribunal fédéral 9C_551/2019 du 24 avril 2020 consid. 4.1 et la référence).

Selon le Tribunal fédéral, dans tous les cas, l'administration et, en cas de recours, le juge, doivent examiner si et dans quelle mesure les experts ont suffisamment et de manière compréhensible étayé leur évaluation de l'incapacité de travail, en tenant compte des indicateurs pertinents (questions de preuve). À cette fin, les experts doivent établir un lien avec la partie précédente de l'expertise médico-psychiatrique (avec extraits du dossier, anamnèse, constatations, diagnostics, etc.), c'est-à-dire qu'ils doivent se référer en détails aux résultats médico-psychiatriques des examens et explorations cliniques menés dans les règles de l'art qui relèvent de leur compétence. Le médecin doit donc exposer de manière détaillée les raisons médico-psychiatriques pour lesquelles les éléments constatés sont susceptibles de restreindre la capacité fonctionnelle et les ressources psychiques en termes qualitatifs, quantitatifs et temporels (ATF 143 V 418 consid. 6). À titre d'exemple, dans le cadre de troubles dépressifs récurrents de degrés légers à modérés qui sont souvent au premier plan dans l'examen de l'invalidité au sens de l'AI, cela signifie qu'il ne suffit pas que l'expert psychiatre déduise directement de l'épisode dépressif diagnostiqué une incapacité de travail, quel qu'en soit le degré ; il doit bien plutôt démontrer si et dans quelle mesure les constatations qu'il a faites (tristesse, désespoir, manque de dynamisme, fatigue, troubles de la concentration et de l'attention, diminution de la capacité d'adaptation, etc.), limitent la capacité de travail, en tenant compte - à des fins de comparaison, de contrôle et de plausibilité - des autres activités personnelles, familiales et sociales de la personne requérant une rente. Si les experts s'acquittent de cette tâche de manière convaincante, en tenant compte des éléments de preuve établis par l'ATF 141 V 281, l'évaluation des répercussions de l'atteinte psychique sera également valable du point de vue des organes chargés de l'application du droit, que ce soit l'administration ou le juge. À défaut, il se justifie, juridiquement, de s'en écarter (ATF 145 V 361 consid. 4.3 et la référence).

En fin de compte, la question décisive est toujours celle des répercussions fonctionnelles d'un trouble. La preuve d'une incapacité de travail de longue durée et significative liée à l'état de santé ne peut être considérée comme rapportée que si, dans le cadre d'un examen global, les éléments de preuve pertinents donnent une image cohérente de l'existence de limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation invalidante de la capacité de travail n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée (arrêt du Tribunal fédéral 8C_423/2019 du 7 février 2020 consid. 3.2.2 et les références).

Pour pouvoir trancher le droit aux prestations, 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 ; 115 V 133 consid. 2).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (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 ; 122 V 157 consid. 1c).

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, en principe, 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 135 V 465 consid. 4.4. et les références ; 125 V 351 consid. 3b/bb).

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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références).

5.3 L'art. 44 LPGa pose un certain nombre de principes relatifs à la mise en œuvre d'une expertise en matière d'assurances sociales. Cette disposition ne règle cependant pas de manière exhaustive le droit de l'expertise et le Tribunal fédéral a été amené à préciser sa portée (Jacques Olivier PIGUET, *in* Commentaire romand de la LPGa, 2018, n° 6 *ad* art. 44 LPGa).

5.3.1 Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, par expert au sens de l'art. 44 LPGa, il faut comprendre celui qui (en tant que sujet mandaté) effectue une expertise et en porte la responsabilité. Il s'agit d'une part du sujet qui est mandaté pour l'expertise et, d'autre part, de la personne physique qui élabore l'expertise (ATF 146 V 9 consid. 4.2.1 et les références).

En sa qualité de mandant, l'assureur a droit à ce que l'expertise soit effectuée par la personne mandatée. La substitution ou le transfert (même partiel) du mandat à un autre spécialiste suppose en principe l'autorisation de l'organe ou de la personne qui a mis en œuvre l'expertise. L'obligation d'exécuter personnellement le mandat d'expertise n'exclut cependant pas que l'expert recoure à l'assistance d'un auxiliaire (« *Hilfsperson* »), qui agit selon ses instructions et sous sa surveillance, pour effectuer certaines tâches secondaires, par exemple assurer des tâches techniques (analyses) ou des travaux de recherche, de rédaction, de copie ou de contrôle. Une telle assistance fournie par un tiers compétent pour des tâches secondaires est admissible sans qu'on puisse y voir une substitution du mandataire soumis à l'accord de l'assureur, pour autant que la responsabilité de l'expertise, en particulier la motivation et les conclusions de celle-ci ainsi que la réponse aux questions d'expertise, reste en mains de l'expert mandaté. Il est en effet essentiel que l'expert mandaté accomplisse personnellement les tâches fondamentales d'une expertise médicale en droit des assurances, puisqu'il a été mandaté précisément en raison de son savoir, de ses connaissances scientifiques spécifiques et de son indépendance. Font ainsi notamment partie des tâches fondamentales d'expertise, qui ne peuvent être déléguées, la prise de connaissance du dossier dans son ensemble et son analyse critique, l'examen de la personne soumise à l'expertise ou le travail intellectuel de réflexion portant sur l'appréciation du cas et les conclusions qui peuvent être tirées, cas échéant dans le cadre d'une discussion interdisciplinaire (ATF 146 V 9 consid. 4.2.2 et les références citées).

Il ressort de ces principes posés par la jurisprudence en relation avec l'art. 44 LPGa, tant sous l'angle des droits de participation de l'assuré que des exigences en matière de substitution de l'expert mandaté, que l'obligation de communiquer le nom des médecins mandatés préalablement à l'expertise, respectivement le droit de l'assuré de connaître ce nom, concerne la personne qui

est chargée par l'assurance-invalidité d'effectuer l'expertise. Cette obligation ne s'étend pas au nom du tiers qui assiste l'expert pour des activités annexes ne faisant pas partie des tâches fondamentales d'expertise. Ainsi, le nom de la tierce personne qui assiste l'expert en effectuant des analyses médicales (p. ex. une prise de sang) n'a pas à être communiqué. On ne saurait en revanche considérer comme un simple auxiliaire accomplissant une tâche secondaire le médecin qui est chargé par l'expert d'établir l'anamnèse de base de la personne soumise à l'expertise, d'analyser et de résumer le dossier médical ou de relire le rapport pour vérifier la pertinence de ses conclusions. L'activité intellectuelle déployée par le médecin dans ces situations peut en effet avoir une influence sur le résultat de l'expertise. Par exemple, la démarche consistant à établir le résumé du dossier médical implique une analyse comprenant déjà une certaine marge d'interprétation ; même si le résumé ne doit contenir que des extraits des pièces du dossier, il repose sur une sélection des dates, informations et données qui sont considérées comme déterminantes pour son auteur (ATF 146 V 9 consid. 4.2.3 et les références). Dans les constellations mentionnées, les prescriptions de l'art. 44 LPGA sont applicables. Le nom du médecin auquel est confiée la tâche d'établir l'anamnèse de base ou le résumé du dossier ou celle de relire l'expertise afin d'en assurer la pertinence formelle doit être communiqué au préalable à l'assuré. Cette interprétation a été confirmée par les cours intéressées du Tribunal fédéral réunies dans une procédure selon l'art. 23 al. 2 LTF (ATF 146 V 9 consid. 4.2.3 et les références citées). Le non-respect de cette exigence constitue une violation de ses droits de participation et d'être entendu (ATF 146 V 9 consid. 4.3.2). Toutefois, le défaut formel dont est entachée la procédure d'expertise ne conduit pas à écarter d'emblée le rapport d'expertise : si les experts désignés ont accompli personnellement les tâches fondamentales d'expertise, le fait que l'assuré n'a pas eu connaissance du nom des médecins auxiliaires, qui ne sont intervenus que de manière ponctuelle dans le cadre de l'expertise, ne constitue pas une violation si grave de ses droits de participation ou d'être entendu qu'elle ne serait pas susceptible de réparation. À cette fin, il convient de placer le recourant dans la situation dans laquelle il peut reconnaître s'il entend ou non soulever un motif de récusation à l'encontre du ou des médecins auxiliaires impliqués. Dans un tel cas de figure, la cause doit donc être renvoyée à l'office AI pour qu'il procède aux démarches nécessaires pour que le nom du ou des médecins dont l'assistance a été requise soit communiqué au recourant et que celui-ci puisse se prononcer sur un éventuel motif de récusation. Il incombe ensuite à l'intimé de rendre une nouvelle décision sur le droit du recourant à une rente d'invalidité (ATF 146 V 9 consid. 4.4).

5.3.2 Si l'expert veut s'adjoindre les services d'un tiers, il doit en avertir préalablement l'autorité judiciaire et recevoir une autorisation expresse de celle-ci. (...). Ces professionnels, [auxiliaires ou spécialistes dont l'expert veut s'adjoindre les services], doivent être mentionnés dans le rapport d'expertise. La manière dont les auxiliaires ont été utilisés, leurs compétences spécifiques, les

tâches à eux attribuées et la manière dont l'expert peut garantir l'exécution de ces tâches sous sa responsabilité doit notamment ressortir de son rapport. Au demeurant, l'expert ne peut déléguer à ses auxiliaires les questions essentielles de l'expertise et leurs réponses, même s'il en prend formellement la responsabilité en signant le rapport d'expertise. En définitive, l'expert désigné par l'autorité judiciaire doit diriger et organiser lui-même les travaux d'expertise. La limite dans laquelle des tâches sont susceptibles d'être qualifiées d'annexes, s'agissant du recours à des auxiliaires, est sujette à discussion. Celle-ci est assurément franchie quand un expert psychiatre délègue l'intégralité de l'entretien exploratoire à un assistant, dans la mesure où cette tâche constitue un élément essentiel de l'expertise (Yves DONZALLAZ, *Traité de droit médical, Le médecin et les soignants*, 2021, n° 3458 et les références).

5.3.3 Il sied encore de souligner que la dernière révision de la LAI (entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2022) exige davantage de transparence dans les expertises médicales et la mise en place de mesures visant à uniformiser l'assurance qualité. À cette fin, le Conseil fédéral a mis sur pied la Commission fédérale d'assurance qualité des expertises médicales (ci-après : la COQEM), dont la mission est d'élaborer des recommandations et de veiller à ce qu'elles soient suivies. Dans le cadre de sa mission, la COQEM a notamment développé six indicateurs de qualité des expertises médicales. Les trois premiers indicateurs portent sur la qualité du processus et se rapportent à la manière dont l'examen clinique est effectué et à la façon dont les expertises sont réalisées. Les trois autres indicateurs portent sur la qualité du résultat de l'expertise et permettent d'examiner la précision et la fiabilité des évaluations de l'état de santé ou de la capacité de travail d'une personne. Les indicateurs de qualité ont pour but d'améliorer la qualité de l'expertise, de la rendre plus transparente pour le public et de promouvoir le dialogue sur la qualité entre les mandants, les organismes d'expertise et les experts. Ces six indicateurs ne sont pas exhaustifs mais servent de point de départ pour améliorer en permanence la qualité de l'expertise et établir des normes de qualité. Outre les six indicateurs, la COQEM considère que les Lignes directrices pour l'expertise médicale publiées par la Swiss Insurance Medicine (ci-après : SIM) sont obligatoires pour la réalisation d'expertises en matière de droit des assurances sociales (*cf.* présentation des indicateurs de qualité, disponible sur le site internet de la COQEM: [Indicateurs de qualité](#)).

Concernant en particulier les expertises psychiatriques, la SIM renvoie, sur son site internet (*cf.* [Lignes directrices pour l'expertise médicale](#)), aux Lignes directrices de qualité des expertises de psychiatrie d'assurance de la Société suisse de psychiatrie et psychothérapie (SSPP) dans leur 3^{ème} édition du 16 juin 2016. Il sied de préciser d'ailleurs que ces lignes directrices ont été qualifiées par le Tribunal fédéral de standard reconnu pour l'expertise psychiatrique et qu'elles sont considérées comme une recommandation à suivre (*cf.* arrêt du Tribunal fédéral 8C_260/2017). À propos des principes de base, (« Qualification, attitude, rôle et

tâche de l'expert »), ces lignes directrices énoncent que seul un médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie peut procéder à une expertise de psychiatrie d'assurance. En milieu institutionnel, une partie des tâches peut être déléguée à un médecin-assistant qui suit une formation post graduée en psychiatrie et psychothérapie ou à un psychologue, dès lors que l'expertise est effectuée sous la conduite et la responsabilité de l'expert psychiatre. Cela implique que le médecin spécialiste effectue lui-même une partie substantielle de l'examen, suit l'élaboration de l'expertise, finalise le rapport d'expertise et en assume la responsabilité par sa propre signature (p. 4 des lignes directrices). La structure de l'expertise psychiatrique en médecine d'assurance, avec les différentes étapes à suivre, est décrite de manière précise en page 7 et suivantes des lignes directrices. Il y est expressément mentionné au point « 3. Examen / Investigation » que « [l]'expert est tenu d'examiner lui-même l'assuré » (p. 9 des lignes directrices). À noter qu'une même indication ne figure pas aux autres points de la structure de l'expertise, telle qu'elle est prévue par les lignes directrices. Concernant le cadre externe de l'examen, les lignes directrices prévoient également qu'« [u]ne attitude empreinte d'empathie et adaptée aux circonstances d'une expertise permet à l'assuré examiné de s'exprimer plus facilement. Durant l'investigation, l'expert doit par conséquent accorder de l'importance à ses interactions avec l'assuré. Il convient ici de tenir compte des phénomènes de transfert et contretransfert – dès lors qu'ils sont clairement présents. » (p. 16 des lignes directrices).

5.3.4 On rappellera également que depuis le 1^{er} janvier 2022, sauf avis contraire de l'assuré, les entretiens entre l'assuré et l'expert font l'objet d'enregistrements sonores, lesquels sont conservés dans le dossier de l'assureur (art. 44 al. 6 LPGA). Le législateur a souhaité ainsi améliorer la transparence des expertises (voir à cet égard : Michela MESSI, *op. cit.*).

L'art. 7k OPGA précise notamment, au sujet de l'enregistrement sonore, que l'entretien comprend l'ensemble de l'entrevue de bilan et que celle-ci inclut l'anamnèse et la description, par l'assuré, de l'atteinte à sa santé (al. 1). L'enregistrement sonore doit être réalisé par l'expert conformément à des prescriptions techniques simples. Les assureurs garantissent l'uniformité de ces prescriptions dans les mandats d'expertise. L'expert veille à ce que l'enregistrement sonore de l'entretien se déroule correctement sur le plan technique (al. 5). L'assuré et l'expert doivent tous deux confirmer oralement le début et la fin de l'entretien au début et à la fin de l'enregistrement sonore, en précisant l'heure. Ils confirment de la même manière toute interruption de l'enregistrement (al. 6). Les experts et les centres d'expertises transmettent l'enregistrement sonore à l'assureur sous forme électronique sécurisée en même temps que l'expertise (al. 7). Si l'assuré, après avoir écouté l'enregistrement sonore et constaté des manquements techniques, conteste le caractère vérifiable de

l'expertise, l'assuré et l'organe d'exécution tentent de s'accorder sur la suite de la procédure (al. 8).

5.4 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 et les références ; 126 V 353 consid. 5b et les références ; 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 135 V 39 consid. 6.1 et la référence).

5.5 Selon la jurisprudence (DTA 2001 p. 169), le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni la maxime inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire judiciaire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170 p. 136). À l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (RAMA 1986 n° K 665 p. 87). Un renvoi 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. 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151 consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_646/2010 du 23 février 2011 consid. 4).

6.

6.1 En l'espèce, dans la décision litigieuse, l'intimé a retenu une capacité de travail de 100% dans toute activité, se fondant sur l'avis du SMR, lui-même basé sur le rapport d'expertise psychiatrique du Dr J_____.

Le recourant conteste cette appréciation. Il se réfère aux rapports de son psychiatre traitant et soutient que sa capacité de travail est nulle dans son activité habituelle.

6.1.1 Il convient donc de se déterminer sur la valeur probante du rapport d'expertise psychiatrique du 7 juillet 2023.

De prime abord, ce rapport paraît répondre aux exigences formelles posées par la jurisprudence pour qu'on puisse lui accorder une valeur probante. En effet, il indique que l'expertise psychiatrique a été conduite par le Dr J_____, soit un médecin spécialisé dans le domaine concerné, sur la base d'observations et d'investigations – lors d'entretiens d'une durée totale de 6 heures – qui semblent complètes et faites en pleine connaissance du dossier. L'anamnèse et les plaintes du recourant y sont consignées et les diagnostics et réponses aux questions sont énoncés.

Cependant, à l'écoute des deux enregistrements sonores des entretiens versés à la procédure, d'une durée pour le premier de 1 heure et 24 minutes et pour le second de 17 minutes, la chambre de céans relève que seules deux femmes – une voix de femme par enregistrement – s'entretiennent avec le recourant. À aucun moment, une voix qui pourrait correspondre à celle du Dr J_____ n'est entendue durant l'intégralité des entretiens enregistrés.

Interrogé par la chambre de céans à cet égard, l'expert a répondu que les entretiens avaient été faits par lui-même, ainsi que par deux femmes psychologues, que les tests psychologiques avaient été réalisés conjointement par les trois mêmes personnes avec un consilium durant l'examen entre celles-ci, et que seules ces trois personnes étaient présentes. Il a également indiqué que les entretiens principaux avaient été enregistrés mais pas les différents tests.

Bien que l'expert ait déclaré avoir mené les entretiens, force est de constater qu'à aucun moment, on ne l'entend intervenir lors des discussions enregistrées, lesquelles constituent pourtant, selon ses déclarations, les entretiens principaux.

Dans ces circonstances, il apparaît que les entretiens principaux de l'expertise ont été en réalité exclusivement menés par des psychologues travaillant pour le compte du Dr J_____, soit des auxiliaires. Ce faisant, il a délégué une tâche essentielle de son mandat d'expertise psychiatrique à des auxiliaires, qui n'ont, au demeurant pas la même formation que lui. On rappellera que, selon la jurisprudence fédérale, il est essentiel que l'expert mandaté accomplisse personnellement les tâches fondamentales d'une expertise médicale en droit des assurances, puisqu'il a été mandaté précisément en raison de son savoir, de ses connaissances scientifiques spécifiques et de son indépendance. Or, l'entretien exploratoire de la personne expertisée est manifestement une des tâches essentielles du mandat d'expertise psychiatrique. Cela est d'ailleurs confirmé par les lignes directrices de qualité des expertises de psychiatrie d'assurance susmentionnées, lesquelles prévoient expressément que l'expert est tenu d'examiner lui-même l'assuré et qu'il doit accorder de l'importance à ses interactions avec la personne examinée.

Il sied donc de retenir qu'en déléguant aux psychologues auxiliaires la tâche de mener les entretiens exploratoires principaux, soit une tâche essentielle de

l'expertise, le Dr J _____ n'a pas correctement exécuté son mandat. L'expertise est ainsi entachée d'un vice grave.

6.1.2 À toute fin utile, on relèvera encore, sur le fond, que le rapport d'expertise comprend des imprécisions et certaines incohérences qui jettent également le doute sur ses conclusions. Les déclarations du recourant ressortant de l'enregistrement, à propos de ses idées noires, ne sont pas correctement retranscrites dans le rapport d'expertise, de même que les épisodes de pleurs lors des entretiens. On rappellera que le Dr J _____ conclut à une capacité de travail de 100% dans toute activité sur le plan psychiatrique, en retenant – sans limitations significatives objectivables sur la capacité de travail – un trouble dépressif léger (F32), un trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2), des traits mixtes de la personnalité émotionnellement labile de type impulsif et anxieuse (Z73.1) et un trouble douloureux somatoforme persistant (F45.4). Or, il n'expose pas clairement les critères diagnostics, se contentant régulièrement d'indiquer, au sujet des différents critères CIM, qu'ils sont « Présent[s] », sans expliquer de quelle façon ils se présentent. S'agissant en particulier du trouble somatoforme (F 45.4), l'expert indique simplement qu'il est présent essentiellement sous forme de céphalées, sans autre forme d'explication. Puis, dans son « appréciation motivée de la gravité des troubles », il explique brièvement que « [l]'intensité des troubles est légère, sans impact significatif sur le quotidien d'un point de vue psychiatrique, mais uniquement algique et sans limitations objectivables lors de l'examen clinique chez un assuré limité dans les activités lourdes physiquement mais pas pour le reste ». La chambre de céans remarque toutefois que le recourant n'indique pas uniquement que ces céphalées sont déclenchées par les activités lourdes physiquement, puisqu'il se plaint principalement d'une irritabilité importante avec nervosité qui active ces céphalées et déclare que le bruit, comme celui de l'aspirateur, provoque également ses maux de tête et qu'il a un besoin général de rester au calme pour ne pas déclencher de céphalées. Ces éléments, qui n'ont tout simplement pas été discutés par l'expert, paraissent pourtant essentiels pour l'évaluation de la capacité de travail dans l'activité habituelle de chauffeur de taxi, ce d'autant plus que cette activité, exercée à Genève, est particulièrement stressante. De même, il ressort du rapport du 5 août 2022 du Dr D _____ que le recourant a fait état de plusieurs accidents de voiture, lesquels n'ont même pas été mentionnés dans le rapport d'expertise, seul un accident subi à l'âge de 18 ans ayant été rapporté. Dans ces conditions, les conclusions de l'expert paraissent peu convaincantes.

6.1.3 Pour l'ensemble de ces motifs, la chambre de céans est d'avis que le rapport d'expertise du Dr J _____ ne peut se voir reconnaître une quelconque valeur probante. Il ne saurait fonder une base fiable pour se prononcer sur la situation médicale du recourant, et par conséquent, sur ses limitations fonctionnelles et sa capacité de travail.

6.2 Les rapports établis par le SMR ne sont pas déterminants, dès lors que celui-ci a fait siennes les conclusions de l'expertise.

6.3 Par ailleurs, les rapports des médecins traitants du recourant ne suffisent pas à trancher la question de la capacité de travail. En effet, l'origine des céphalées rapportées par le recourant et leurs répercussions ne sont pas claires et un éventuel trouble somatoforme n'a pas du tout été discuté par le psychiatre traitant. Au demeurant, la chambre de céans ne saurait se fonder exclusivement sur les rapports du psychiatre traitant pour statuer sur la capacité de travail du recourant.

Partant, la chambre de céans n'est pas en mesure d'apprécier de manière adéquate la situation médicale et de déterminer si le recourant a droit à une rente d'invalidité. Dans de telles circonstances, il n'appartient pas au juge de suppléer aux carences administratives, de sorte que le dossier sera renvoyé à l'intimé pour instruction complémentaire sous forme d'une expertise, au sens de l'art. 44 LPGA, en lien avec les troubles psychiatriques, ainsi qu'en lien avec les céphalées (d'origine somatique ou psychique) dont se plaint le recourant.

Au vu de l'issue du litige, l'audition des parties, demandée par le recourant, ne se justifie pas.

7. Il convient donc d'admettre partiellement le recours, de renvoyer la cause à l'intimé pour qu'il complète l'instruction du dossier, en mettant en œuvre une nouvelle expertise, puis se prononce à nouveau sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité.

Le recourant, qui obtient partiellement gain de cause et est assisté d'un avocat, a droit à des dépens, fixés à CHF 2'000.- (art. 61 let. g LPGA).

La procédure en matière d'assurance-invalidité n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1^{bis} LAI), un émolument de CHF 200.- est mis à la charge de l'intimé.

**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 de l'intimé du 6 octobre 2023.
4. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants.
5. Alloue au recourant, à la charge de l'intimé, une indemnité de CHF 2'000.-, à titre de dépens.
6. Met un émolument de CHF 200.- 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

Melina CHODYNIECKI

Joanna JODRY

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