

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3828/2013

ATAS/43/2015

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Ordonnance d'expertise du 23 janvier 2015**

**1<sup>ère</sup> Chambre**

En la cause

Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à GENÈVE, représenté par Maître  
AGIER Jean-Marie

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Doris GALEAZZI, Présidente**

---

### **EN FAIT**

1. Monsieur A\_\_\_\_\_, né le \_\_\_\_\_ 1972, au bénéfice d'un diplôme délivré en Egypte en mai 1995 équivalent au diplôme fédéral d'une école supérieure d'économie reconnue par la Confédération, exerçant en dernier lieu une activité de distribution d'aliments par vélo pour l'association B\_\_\_\_\_, du 22 mars au 11 avril 2011, date à laquelle il a cessé toute activité lucrative, a annoncé son cas en détection précoce le 25 avril 2011 à l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après OAI).
2. Entendu le 7 mai 2011, il a indiqué qu'il souffrait de douleurs multiples dans de nombreuses articulations ensuite de séquelles d'un accident avec fracture du membre inférieur droit, anomalie de la longueur des membres inférieurs et troubles de la statique lombaire. Il a également expliqué qu'il « a vécu aux Etats-Unis vers le 11 septembre. A été arrêté par le FBI - a été emprisonné deux ans - je n'ai jamais fait de politique. A été renvoyé en Egypte pour purger la fin de son incarcération. A été torturé - jambe droite cassée jusqu'à la hanche et au pied droit depuis jambe plus courte de 4 cm et depuis problème de dos en 2003 - Asile politique demandé de la Suisse - pose d'une semelle, inflammation également au niveau du dos et côté gauche douleurs en permanence. Station prolongée debout-assis difficiles, douleurs également dans les épaules depuis 2006, difficultés pour tourner la tête. Douleurs dans tout le bras droit quand écrit ou frappe à l'ordinateur plus de 15 minutes. A eu traitement à la cortisone pendant quatre ans. Aujourd'hui, j'arrive à dormir avec Dafalgan. Difficultés à porter, se pencher. N'arrive pas à tenir un emploi plus de deux mois ».
3. Il a déposé une demande de prestations AI le 22 mai 2011.
4. Dans un rapport du 14 juin 2011, le docteur C\_\_\_\_\_, généraliste, a retenu à titre de diagnostic avec effet sur la capacité de travail, celui de syndrome vertébral récidivant sur inégalité des membres inférieurs depuis 2004, et, à titre de diagnostics sans effet sur la capacité de travail, une surcharge pondérale et un état anxieux dépressif depuis 2004. Il estime que l'incapacité de travail est de 100% depuis le 24 septembre 2011 en tant qu'aide-cuisinier. Un travail adapté sans charges, par exemple de chauffeur, peut en revanche être envisagé à compter de la même date.
5. Le Dr D\_\_\_\_\_, rhumatologue, a indiqué le 7 juin 2011 que l'assuré souffrait d'un syndrome vertébral lombaire récidivant, de troubles statiques et fonctionnels du rachis sur une importante inégalité de longueur des membres inférieurs (environ 3 cm au détriment de la droite), d'un remaniement dégénératif des articulations interarticulaires postérieures L4-L5 (surtout) et L5-S1 gauches, depuis les années 2000 très probablement, ainsi qu'une surcharge musculaire de la ceinture scapulaire prédominant à gauche, depuis 2007 environ. Il précise que le pronostic est relativement peu favorable, vu la longueur de l'anamnèse. Selon lui, l'assuré peut exercer une activité uniquement en position assise ou dans différentes positions,

mais pas à plein temps. Il ne peut en revanche pas travailler en marchant sur terrains irréguliers, se pencher, travailler avec les bras au-dessus de la tête, être accroupi, à genoux, effectuer des rotations en position assise, debout, soulevé, porté, près ou loin du corps, marcher sur une échelle, monter les escaliers. Sa capacité de concentration est limitée, ainsi que sa capacité d'adaptation et de résistance. Ces indications sont valables depuis 2004-2005.

6. Le 8 octobre 2011, le Dr C\_\_\_\_\_ a indiqué que l'état de santé était stationnaire. La capacité de travail était nulle comme aide-cuisinier, et de 50% dans une activité adaptée, telle que chauffeur ou réceptionniste.
7. L'OAI a confié un mandat d'expertise au Dr E\_\_\_\_\_, rhumatologue. Celui-ci a réalisé l'expertise le 12 juillet 2012. Il a considéré qu'en tant qu'aide de cuisine ou de livreur à vélo, la capacité de travail de l'assuré était nulle, en se basant sur les limitations fonctionnelles décrites, depuis avril 2011. Le degré d'incapacité de travail est resté inchangé depuis. L'assuré pourrait en revanche exercer une activité répondant aux limitations fonctionnelles à un taux de 90% dès à présent, dans une activité de télésurveillance par exemple, en ne prenant en compte bien entendu que les éléments objectifs somatiques de la présente expertise, et étant précisé qu'il y a diminution du rendement, mais que cette baisse a déjà été intégrée dans l'estimation de sa capacité de travail de 90%. La diminution de rendement découle essentiellement de ses troubles dégénératifs au niveau lombaire et d'une ancienne fracture au niveau sous trochantérien droit avec raccourcissement du membre inférieur droit. Il considère qu'une expertise psychiatrique devrait être réalisée.
8. Dans une note du 24 octobre 2012, le service médical régional AI (SMR) a adhéré aux conclusions de l'expert rhumatologue et proposé la réalisation d'une expertise psychiatrique. Cette expertise a été confiée au Dr F\_\_\_\_\_, psychiatre. Un rapport a été établi par ce médecin le 11 avril 2013. Il ne retient aucun diagnostic sur le plan psychiatrique et considère dès lors que la capacité de travail est entière dans l'activité habituelle.
9. La Doctoresse G\_\_\_\_\_, psychiatre à la Fondation PHENIX et médecin traitant, a attesté le 21 mars 2013 que l'assuré « souffre d'un trouble neuropsychiatrique développé dans les suites d'un vécu traumatique survenu en 2001 aux Etats-Unis. Ce trouble se manifeste par des symptômes multiples dont un état de méfiance généralisée quant à sa sécurité et celle de sa famille. C'est dans ce cadre qu'il a fait en 2010 à l'Office cantonal de la population une demande de non divulgation de son adresse. Depuis la levée de cette mesure en septembre 2012, l'état clinique de mon patient se péjore avec exacerbation des angoisses, des troubles du sommeil et des douleurs multiples. Il limite par ailleurs ses déplacements et interprète des événements qui nous paraissent bénins, comme orientés contre lui et sa sécurité. Ces symptômes ne sont pas à l'heure actuelle critiqués par le patient et sont à l'origine d'une souffrance qui entrave le traitement en cours ».

10. Dans un rapport du 8 juin 2013, la Dresse G\_\_\_\_\_ a indiqué que son patient souffrait d'un épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques et d'une modification durable de la personnalité après une période de catastrophes, ce depuis 2001. Elle explique que

« dans le contexte des événements du 11 septembre, le patient est arrêté par le FBI en novembre 2011, alors qu'il s'était rendu à l'Office de l'immigration pour renouveler sa carte de résidence. Il est incarcéré pendant presque un an aux Etats-Unis, puis transféré en Egypte pour finir sa peine. Malgré qu'aucun lien avec les réseaux terroristes n'a été retenu, il a été accusé d'entrée illégale aux Etats-Unis. Il évoque de la torture au cours de son incarcération avec traumatisme de la hanche et du dos. Il garde ainsi des séquelles avec des lombalgies persistantes. Il arrive en Suisse en 2003 en requérant d'asile. Il obtiendra l'asile politique en 2005. En Suisse, il a occupé différentes missions : vendeur en alimentation, aide-cuisine, coursier sur bicyclette. Les douleurs lombaires, ainsi qu'un tempérament explosif font qu'il a dû souvent interrompre précocement ces missions. Il n'a plus travaillé depuis 2011 et a déposé une demande AI. (...) Sur le plan psychiatrique, il présente à son arrivée en Suisse, une symptomatologie compatible avec un état de stress post-traumatique. Il a été suivi pendant un an environ à la consultation pour victimes de tortures et de guerre par le Dr H\_\_\_\_\_. Il a alors bénéficié d'un traitement anxiolytique avec un effet modéré sur les angoisses. Le patient décrit une amélioration notamment au niveau de la symptomatologie à type de flash back, de cauchemars. Cependant, se développe un important retrait social, une attitude hostile et méfiante envers le monde, une hyper vigilance. Progressivement, la méfiance se généralise. Il interprète ainsi les actions d'autrui comme hostiles et méprisantes. Cette réactivité est d'autant plus prononcée envers les représentants de la justice et de la police. Il présente ainsi des comportements agressifs et même violents envers ses éventuels agresseurs. Ses difficultés ont été à l'origine de ruptures professionnelles précoces. Par ailleurs, il est persuadé d'être surveillé par le FBI. Il réduit ses déplacements et a fait à deux reprises la démarche pour cacher son adresse personnelle. Cette situation mettait le patient dans un état de tension permanent avec exacerbation des lombalgies. Par ailleurs, il est conscient de la dimension explosive de son comportement et notamment de l'impact sur sa famille. Il présente un sentiment de culpabilité face à sa situation et notamment se considérant responsable, par manque de vigilance (aurait dû quitter plus tôt les Etats-Unis), de son incarcération. Il présente ainsi progressivement une symptomatologie dépressive évoluant depuis plusieurs mois. (...) Le pronostic est réservé ».

La Dresse G\_\_\_\_\_ estime que l'incapacité de travail est de 100% depuis novembre 2012 dans sa dernière activité. Elle précise que les restrictions psychiques sont en lien avec une méfiance généralisée, une intolérance à la frustration et une impulsivité comportementale. Il présente des difficultés à maintenir son attention sur une tâche au vu d'un état d'hyper vigilance et de

méfiance. Il y a un risque de comportement agressif et de rupture précoce. Elle ajoute par ailleurs que les activités exercées jusque-là n'étaient pas compatibles avec ses problèmes lombaires. Elle estime enfin qu'on ne peut s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle.

11. Le 24 juin 2013, l'assuré a contesté l'expertise psychiatrique du Dr F\_\_\_\_\_, au motif que celui-ci est « un raciste et menteur », qu'il « a violé le secret médical en donnant une copie de mon expertise à la police », qu'il « m'a accusé de plusieurs fausses accusations devant la police ».
12. Par courrier du 24 juillet 2013, le Dr F\_\_\_\_\_ a informé l'OAI que le 17 juin dernier, il avait été harcelé au téléphone toute la journée, insulté et menacé de mort par l'assuré, de sorte qu'il avait déposé plainte contre lui le même jour. Il se plaint de ce que le lendemain, « ce monsieur est venu m'agresser dans mon bureau à 10h30 alors que j'étais en consultation. Le harcèlement s'est poursuivi toute la semaine et ce monsieur a été interpellé par la police judiciaire vaudoise le samedi 22 juin dernier, il a reconnu l'intégralité des faits ». Le Dr F\_\_\_\_\_ a dès lors sollicité de l'OAI de le délier du secret professionnel afin de pouvoir, le cas échéant, produire le rapport d'expertise.
13. Dans une note du 27 juin 2013, le SMR constate que selon l'expertise du Dr E\_\_\_\_\_, l'assuré peut travailler à 90% dans une activité adaptée qui respecterait les limitations fonctionnelles, à savoir qui ne nécessite pas des positions statiques de plus de trente minutes tant debout qu'assise, qui ne nécessite pas des activités en porte-à-faux du rachis et le port de charges supérieures à dix kilos. La marche n'est pas entravée, si l'assuré peut bénéficier d'une compensation pour semelle de 4,5 cm dans sa chaussure droite, ce qui est le cas. Sur le plan psychiatrique, il ne présente, selon l'expertise du Dr F\_\_\_\_\_, aucune incapacité de travail.
14. L'OAI a transmis le 3 septembre 2013 à l'assuré un projet de décision, aux termes duquel sa demande de prestations AI était rejetée. Il s'est référé aux données statistiques de l'enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) pour des activités simples et répétitives dans le secteur privé, tant pour le revenu sans invalidité - dans la mesure où l'assuré ayant alterné des périodes d'emploi et des périodes d'indemnisation par le chômage, de cours et de prestations cantonales, il était difficile de fixer un salaire réel - que pour le revenu avec invalidité. Se fondant sur un taux de capacité de travail de 90% dans une activité adaptée, le degré d'invalidité - lequel se confond avec celui de la capacité de travail, les revenus avec et sans invalidité étant basés sur la même table statistique - est de 10%, soit un taux insuffisant pour justifier le droit à une rente d'invalidité.

Compte tenu de la formation de l'assuré et de ses qualifications, l'OAI a considéré qu'un nombre significatif d'activités était adapté à ses limitations, de sorte que son intervention n'était pas nécessaire. Il a constaté que les conditions pour un reclassement professionnel n'étaient pas réalisées, puisque l'assuré ne présentait pas un manque à gagner de 20% au moins. Quant à l'aide au placement, il a rappelé

que le droit à une telle aide n'est ouvert que lorsque les difficultés pour rechercher un emploi sont liées à l'état de santé, et constaté que tel n'était pas le cas.

15. L'assuré a contesté ce projet de décision le 23 septembre 2013.

Il considère que l'expertise réalisée par le Dr F\_\_\_\_\_ n'a pas valeur probante. Il explique que l'entretien s'est déroulé dans des conditions difficiles, qu'il a vraisemblablement vexé et le médecin et la traductrice, lorsqu'il s'est permis à plusieurs reprises de corriger celle-ci, et de lui rappeler « qu'elle était là pour traduire et non pas pour faire ses commentaires sur chaque point ». A cet égard, il donne pour exemple qu'à la question du médecin relative au nombre d'enfants, la traductrice a répondu qu'il n'en avait pas. Constatant qu'il s'étonnait qu'elle n'attende pas sa propre réponse, elle lui aurait expliqué que les Egyptiens qui se marient avec des Suissesses n'ont jamais d'enfant. Il reproche au Dr F\_\_\_\_\_ une anamnèse lacunaire. Il explique qu'avant l'examen, il avait contacté le Dr F\_\_\_\_\_ pour lui dire qu'il suivait un traitement psychiatrique et lui demander s'il avait besoin d'un document de la part de son médecin traitant ; le Dr F\_\_\_\_\_ avait estimé que cela n'était pas nécessaire.

L'assuré demande dès lors à être soumis à une nouvelle expertise psychiatrique auprès d'un autre médecin, si possible de langue arabe.

Il a produit notamment un courrier à lui adressé par le directeur général de l'Office cantonal de l'emploi le 30 septembre 2011, ainsi que la première page du courrier du service de la santé publique du canton de Vaud du 24 septembre 2013 relative à sa plainte contre le Dr F\_\_\_\_\_ pour violation du secret professionnel.

16. Par courrier du 25 septembre 2013 adressé à l'OAI, la Dresse G\_\_\_\_\_ est venue appuyer la demande de son patient de bénéficier d'une nouvelle expertise psychiatrique. Elle relève les lacunes du rapport du Dr F\_\_\_\_\_ dans l'anamnèse du patient. Elle ne partage pas l'avis du Dr F\_\_\_\_\_ lorsqu'il conclut à des traits de personnalité de type dissociable, envisageant quant à elle plutôt un état dépressif majeur, et déplore qu'il n'ait pas estimé nécessaire de la contacter. Elle constate qu'il a noté une amélioration de la symptomatologie perceptible au bout de deux mois de traitement. Or, selon elle l'amélioration de cette symptomatologie sous traitement de Sertraline (antidépresseur) ne fait que confirmer le diagnostic d'un épisode dépressif majeur.

Elle estime ainsi que « l'expertise psychiatrique n'a pas pris en considération différents éléments de vie de l'expertisé et notamment une incarcération traumatique qui, à notre sens, représente une tournure importante dans la vie du patient et a réactivé un vécu d'injustice et d'abandon présent depuis l'enfance. Nous nous demandons à quel niveau la forte tension lors de l'entretien décrite par le médecin-expert n'a pas influencé cette évaluation ».

17. Invité à se déterminer, le SMR, dans une note du 15 octobre 2013, considère que la Dresse G\_\_\_\_\_ donne simplement une interprétation différente du même état de fait. Elle n'apporte aucun élément objectif parlant pour une atteinte psychique grave

et durable. Le médecin traitant évoque un épisode dépressif majeur sans pour autant décrire une intensité de l'épisode. La modification durable de la personnalité n'est pas non plus étayée. Par contre, l'attitude de l'assuré vis-à-vis de l'expert (harcèlement, agression, menace) confirme bien les traits dyssociaux relevés par l'expert. En l'absence d'éléments parlant en faveur d'une aggravation ou d'une atteinte avérée, ses conclusions ne peuvent être modifiées.

18. Par décision du 28 octobre 2013, l'OAI a confirmé le projet de décision et le rejet de toutes prestations AI.
19. L'assuré, représenté par Me Jean-Marie AGIER, a interjeté recours le 27 novembre 2013 contre ladite décision. Il relève qu'il est notoire que le Dr F\_\_\_\_\_ a travaillé dix ans comme médecin psychiatre du SMR à Vevey, avant d'ouvrir son cabinet d'expertises à Vevey, et qu'il a acquis sa formation de psychiatre en France et non pas en Suisse. Il est incontestable que le Dr F\_\_\_\_\_ savait que l'assuré était suivi par un médecin psychiatre traitant en la personne de la Dresse G\_\_\_\_\_, mais qu'il n'avait jamais pris contact avec elle, ni pendant, ni après ses travaux. Le rapport d'expertise ne constitue pas une étude fouillée du cas. L'expert n'a pas adopté un comportement neutre et s'est montré exaspéré. L'OAI n'a jamais cherché à s'entendre avec l'assuré sur le choix de l'expert psychiatre, se bornant à lui donner la possibilité de poser au médecin d'éventuelles questions complémentaires, par sa lettre du 30 janvier 2013. L'assuré conclut à ce que la chambre de céans mette en œuvre une nouvelle expertise psychiatrique.
20. Dans sa réponse du 6 janvier 2014, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il considère que l'appréciation du cas par l'expert a fait l'objet d'une description particulièrement complète et détaillée, compte tenu de l'absence de diagnostics et ne voit pas ce qu'un entretien plus long aurait permis de découvrir. Il rappelle qu'un expert ne doit pas obligatoirement se mettre en rapport avec d'autres médecins. La question relève de sa propre marge d'appréciation (arrêt 9C 270/2012 du 23 mai 2012 consid. 4.2). De plus, le courrier du Dr G\_\_\_\_\_ a été remis en mains propres par l'assuré à l'expert et l'avis du Dr G\_\_\_\_\_ a bel et bien été discuté.

L'OAI reproche à l'assuré de faire une appréciation subjective de l'attitude de l'expert. Il relève à cet égard que selon le Dr F\_\_\_\_\_, l'entretien s'est déroulé de façon inhabituelle, en raison de l'attitude particulière de l'assuré envers lui-même et l'interprète. Du reste, l'assuré, après avoir pris connaissance du rapport d'expertise, avait harcelé et même menacé de mort le médecin.

Le Dr F\_\_\_\_\_ est décédé. L'interprète pourrait néanmoins témoigner, le cas échéant.

S'agissant du choix de l'expert, l'OAI considère que la recherche d'un consensus n'était pas indiquée au moment de l'attribution, l'assuré n'ayant par ailleurs élevé aucune objection lorsqu'il avait reçu la communication du 30 janvier 2013.

21. Dans sa réplique du 5 février 2014, l'assuré a persisté dans ses conclusions. Il produit copie d'un rapport du Dr H\_\_\_\_\_ adressé à l'Office fédéral des réfugiés le 25 août 2003. Les diagnostics de troubles anxieux (réaction de stress aiguë), de troubles de l'adaptation avec réaction mixte, de lésions de l'appareil locomoteur et de troubles de la miction compatibles avec des séquelles de mauvais traitements répétitifs sont posés.
22. Dans sa duplique du 28 mars 2014, l'OAI se réserve le droit de requérir l'audition de la traductrice ayant participé à l'expertise, afin qu'elle décrive le déroulement de l'entretien. Il relève que les diagnostics dont fait état le Dr H\_\_\_\_\_ ne constituent pas des atteintes psychiques invalidantes, de sorte que le rapport de ce médecin n'apporte pas d'élément nouveau permettant au SMR de modifier son appréciation.
23. La chambre de céans a informé les parties par courrier du 25 juin 2014, de son intention d'ordonner une expertise psychiatrique et leur a imparti un délai au 16 juillet 2014 pour lui communiquer, le cas échéant, les questions supplémentaires qu'elles souhaiteraient voir posées à l'expert.
24. Les parties ont indiqué qu'elles ne souhaitaient pas compléter la liste des questions.
25. Le 25 novembre 2014, la chambre de céans leur a communiqué le nom de l'expert retenu, soit le Dr I\_\_\_\_\_, et leur a imparti un délai au 11 décembre 2014 pour se déterminer sur le choix de l'expert.
26. Par courrier du 2 décembre 2014, l'OAI a déclaré n'avoir pas de motif de récusation.
27. L'assuré, quant à lui, ne s'est pas manifesté.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1er janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20).  
  
Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.
2. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4ème révision), du 6 octobre 2006 (5ème révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1er janvier 2004, respectivement, le 1er janvier 2008 et le 1er janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son

---

entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

3. En l'espèce, au vu des faits pertinents, du point de vue matériel, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002, et, après le 1er janvier 2003, en fonction des modifications de la LAI, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (ATFA non publié I 249/05 du 11 juillet 2006, consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322). Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Déposé dans les forme et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 39 al. 1 et 60 al. 2 LPGA).
4. Le litige porte sur le droit de l'assuré à des prestations AI.
5. Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assurée peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA).

Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI).

6. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en relation avec l'art. 8 LPGA.

Parmi les atteintes à la santé psychique pouvant provoquer une invalidité, on doit mentionner – à part les maladies mentales proprement dites – les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies, étant précisé que l'on ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible. Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son infirmité mentale, exercer une activité que le marché du travail lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Le point déterminant est ici de savoir quelle activité peut raisonnablement être exigée dans son cas. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas

décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut pratiquement plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).

7. Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a, 105 V 207 consid. 2). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8).
8. Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2, 105 V 158 consid.1). La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1), étant rappelé que l'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage est un principe général du droit des assurances sociales (ATF 129 V 463 consid. 4.2, 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 et les arrêts cités).
9. Dès lors, le juge ne peut pas se fonder simplement sur le travail que l'assuré a fourni ou s'estime lui-même capable de fournir depuis le début de son incapacité de travail, ceci pour éviter que le recourant soit tenté d'influencer à son profit, le degré de son invalidité (ATF 106 V 86 consid. 2).
10. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un diagnostic médical pertinent soit posé par un spécialiste et que soit mise en évidence une diminution importante de la capacité de travail (et de gain; ATF 127 V 299). Ainsi, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir.

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; BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142).

Lors de l'évaluation de l'invalidité, la tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1 in fine).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux.

En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 352 ss consid. 3).

S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2)

Quant aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs, le juge peut leur accorder pleine valeur probante aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances

---

sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

11. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).
12. Selon la jurisprudence qui prévalait jusqu'à récemment, le juge cantonal qui estimait que les faits n'étaient pas suffisamment élucidés avait 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 (ATF U 58/01 du 21 novembre 2001, consid. 5a). Dans un récent arrêt de principe, le Tribunal fédéral a cependant modifié sa jurisprudence en ce sens que les instances cantonales de recours sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'administration ne se révèlent pas probantes (ATF 9C\_243/2010 du 28 juin 2011, consid. 4.4.1.3). Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise reste possible, même sous l'empire de la nouvelle jurisprudence, notamment lorsqu'une telle mesure est nécessaire en raison du fait que l'administration n'a pas instruit du tout un point médical (consid. 4.4.1.4 in fine de l'arrêt précité du 28 juin 2011).
13. En l'espèce, l'OAI a confié un mandat d'expertise au Dr E\_\_\_\_\_ afin qu'il examine l'assuré.

Dans son rapport d'expertise du 12 juillet 2012, ce médecin a considéré que la capacité de travail de l'assuré était nulle depuis avril 2011 dans les professions exercées jusque-là. Il pourrait en revanche exercer une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, découlant essentiellement de ses troubles dégénératifs au niveau lombaire et d'une ancienne fracture au niveau sous trochantérien droit avec raccourcissement du membre inférieur droit, à 90% à compter du jour de l'expertise, et ce sans autre diminution de rendement.

Une expertise a par ailleurs été confiée au Dr F\_\_\_\_\_, lequel a établi son rapport le 11 avril 2013. Aucun diagnostic n'est retenu sur le plan psychiatrique, de sorte que la capacité de travail est entière dans l'activité habituelle.

L'OAI s'est fondé sur ces deux expertises, soit sur un taux de capacité de travail de 90% dans une activité adaptée, pour calculer le degré d'invalidité de l'assuré. Celui-ci devant ainsi être fixé à 10%, la demande de prestations AI a été rejetée.

L'assuré conteste les conclusions du rapport d'expertise du Dr F\_\_\_\_\_ et estime qu'il n'a pas valeur probante au sens de la jurisprudence. Il a à cet égard décrit des relations plutôt difficiles avec le médecin, du reste confirmées par celui-ci. La chambre de céans s'étonne à cet égard que le Dr F\_\_\_\_\_ n'ait pas pris contact avec la Dresse G\_\_\_\_\_.

Elle constate par ailleurs que la Dresse G\_\_\_\_\_ a, dans ses rapports des 21 mars et 8 juin 2013, indiqué que son patient souffrait d'un trouble neuropsychiatrique développé dans les suites d'un vécu traumatique survenu en 2001 aux Etats-Unis, et a posé le diagnostic d'un épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques et d'une modification durable de la personnalité après une période de catastrophe. Elle a expliqué qu'elle ne partageait pas l'avis du Dr F\_\_\_\_\_ et précisé pour quels motifs.

Il appert de surcroît que le Dr H\_\_\_\_\_ fait état de diagnostics paraissant proches de ceux mis en évidence par la Dresse G\_\_\_\_\_, alors que l'expert n'en a posé aucun.

Certes ne suffit-il pas que le médecin traitant exprime une opinion différente de celle d'un expert pour faire douter des conclusions de celui-ci, on ne peut cependant s'empêcher, au vu de ce qui précède, de douter de la valeur probante de l'expertise, de sorte qu'il y a lieu de considérer qu'on ne peut suivre sans autre les conclusions de l'expert (ATAS/1264/2013). Partant, le dossier n'est pas en état d'être jugé.

Eu égard à ces considérations, il se justifie d'ordonner une expertise psychiatrique, laquelle sera confiée au Dr I\_\_\_\_\_.

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

**Statuant préparatoirement**

1. Ordonne une expertise psychiatrique, l'expert ayant pour mission d'examiner et d'entendre Monsieur A\_\_\_\_\_, en présence d'un interprète de langue arabe, après s'être entouré de tous les éléments utiles et après avoir pris connaissance du dossier de l'intimé, ainsi que du dossier de la présente procédure, en s'entourant d'avis de tiers au besoin.
2. Commet à ces fins le Docteur I\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie.
3. Charge l'expert de déterminer les éléments suivants et de répondre aux questions ci-après:
  1. Anamnèse détaillée.
  2. Données subjectives du recourant.
  3. Constatations objectives.
  4. Diagnostic(s):
    - a) Quel(s) diagnostic(s) retenez-vous? Depuis quelle date?
    - b) S'agissant des diagnostics d'épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques et modification durable de la personnalité après une période de catastrophes retenus par la Dresse G\_\_\_\_\_ et exclus par le Dr F\_\_\_\_\_, quelle est votre position motivée, avec discussion des avis et arguments exposés par les praticiens précités?
    - c) Qu'en est-il du diagnostic de stress post traumatique ?
    - d) Sa réaction contre le Dr F\_\_\_\_\_ peut-elle s'expliquer sur le plan psychiatrique ?
  5. L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible? Dans l'affirmative:
    - a) Quel est le taux d'activité exigible?
    - b) Depuis quelle date?
    - c) Y a-t-il une diminution de rendement? Si oui dans quelle mesure?
  6. Dans quelle mesure une activité lucrative adaptée est-elle raisonnablement exigible du recourant? Dans l'affirmative:
    - a) Dans quel domaine?
    - b) Quel est le taux d'activité exigible?

- c) Depuis quelle date?
  - d) Y a-t-il une diminution de rendement? Si oui dans quelle mesure?
  - 7. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables? Quelles sont leurs chances de succès?
  - 8. La capacité de travail peut-elle être améliorée par des mesures médicales? Dans l'affirmative:
    - a) Lesquelles?
    - b) Qu'en est-il en particulier de la prise de médicaments?
  - 9. Formuler un pronostic global.
4. Toutes remarques utiles et propositions de l'expert.
5. Invite l'expert à déposer à sa meilleure convenance un rapport en trois exemplaires à la chambre de céans.
6. Réserve le fond.

La greffière

Nathalie LOCHER

La présidente

Doris GALEAZZI

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties le