

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2824/2016

ATAS/1003/2018

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

**Arrêt du 31 octobre 2018**

**4<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à GENÈVE, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître David METZGER

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente; Rosa GAMBÀ et Larissa  
ROBINSON-MOSER, Juges assesseurs**

---

**EN FAIT**

1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après l'assuré ou le recourant) est né le \_\_\_\_\_ 1973, marié et père d'un enfant né le \_\_\_\_\_ 2011. Le 29 octobre 2012, il a requis des prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après l'OAI ou l'intimé) indiquant souffrir d'une dépression et d'un trouble anxieux généralisé depuis novembre 2011.
2. À teneur de son curriculum vitae, l'assuré a une formation d'informaticien et a occupé divers emplois dans ce domaine entre 1997 et 2008.
3. Selon un rapport du 9 août 2012, l'assuré a séjourné à la clinique genevoise de Montana du 26 juin au 16 juillet 2012. Le diagnostic principal était un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques. Il présentait une diminution de sa thymie liée à des attaques de panique en relation avec des plaintes hypochondriaques et une cancérophobie.
4. À teneur d'une lettre de sortie du 14 novembre 2012, l'assuré a séjourné au Centre de thérapie brève (ci-après CTB) du département de santé mentale et psychiatrie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après HUG) du 20 août au 4 octobre 2012 en raison d'une exacerbation d'une symptomatologie anxio-dépressive avec des idées obsédantes et hypochondriaques. Le diagnostic principal était un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen et sans syndrome somatique, et les autres diagnostics étaient un trouble panique (anxiété épisodique paroxystique) et des phobies spécifiques (sang).
5. Le 15 novembre 2012, l'assuré a informé l'OAI avoir touché des indemnités de l'assurance-chômage jusqu'en octobre 2010 et n'avoir pas pu bénéficier des prestations du RMCAS, car sa compagne gagnait suffisamment pour subvenir à leurs besoins. Durant l'année 2011, il avait travaillé en tant qu'indépendant jusqu'au mois de novembre.
6. Dans un rapport du 9 janvier 2013, la doctoresse B\_\_\_\_\_, médecine générale FMH, a informé l'OAI que la cause de l'incapacité de travail de l'assuré était un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère. Elle suivait le patient depuis le mois d'octobre 2012. Son évolution était très lentement favorable. Sa capacité de travail dans l'activité habituelle était actuellement de 0%, mais il pourrait, à moyen terme, reprendre cette activité.
7. À teneur d'un rapport du 23 mai 2013, l'assuré a séjourné à la clinique genevoise de Montana du 7 au 13 mars 2013, pour une stabilisation de son état psychique. Le diagnostic principal était un trouble dépressif récurrent. L'assuré avait verbalisé sa crainte de revivre une attaque de panique. Un état anxieux envahissant pouvant arriver à la limite d'un état de dépersonnalisation avait été constaté.
8. Le 29 janvier 2014, la Dresse B\_\_\_\_\_ a informé l'OAI que l'état de santé de l'assuré s'était aggravé, qu'il souffrait d'un état anxio-dépressif sévère depuis fin 2013 et qu'il était actuellement hospitalisé.

9. Selon une lettre de sortie du 5 mars 2014, l'assuré a séjourné au service de psychiatrie générale des HUG du 23 janvier au 27 février 2014. Le diagnostic principal était un épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques. Les autres diagnostics étaient des phobies spécifiques (isolées). Il s'agissait d'une première hospitalisation à la clinique de Belle-Idée, en entrée ordinaire, pour tentative de suicide par veinosection. À son arrivée, le patient était très anxieux avec un sentiment d'incurabilité et de désespoir. Il était habité par des idées sub-délirantes hypochondriaques et par des idées suicidaires.
10. Selon une lettre de sortie du 12 mai 2015, l'assuré a résidé au service de psychiatrie générale des HUG du 30 janvier au 17 février 2015. Le diagnostic principal était un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques. Le diagnostic d'accentuation de certains traits de personnalité était également retenu. L'hospitalisation était survenue dans un contexte d'angoisses envahissantes et d'idées suicidaires actives.
11. À teneur d'une lettre de sortie du 20 mars 2015, l'assuré a résidé au service de psychiatrie générale des HUG du 1<sup>er</sup> mars au 7 avril 2015. Le diagnostic principal était un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques. Le diagnostic d'accentuation de certains traits de personnalité était également retenu. Il s'agissait de la troisième hospitalisation en entrée ordinaire pour mise à l'abri d'idées suicidaires. À son arrivée, le patient était déprimé, avec la présence de ruminations anxieuses autour de sa maladie. Il était toujours convaincu qu'il souffrait d'une maladie cérébrale et que son cerveau ne fonctionnait plus et exprimait une souffrance profonde.
12. À teneur de la lettre de sortie du 6 août 2015, l'assuré a séjourné à la clinique de La Métairie du 7 avril au 15 juin 2015. Le diagnostic principal était des troubles schizo-affectifs de type dépressif et troubles de la personnalité sans précision. À l'admission, l'assuré était très anxieux, dépressif, mais sans idées suicidaires actives. Durant son séjour, le patient avait bénéficié d'entretiens psychothérapeutiques individuels, de couple et avec son père. Il ne s'était que peu investi dans les activités paramédicales. Malgré les angoisses envahissantes, il n'avait pas souhaité une augmentation de son traitement de Seroquel, mais avait accepté l'introduction de Temesta. Cette réticence au traitement psychopharmacologique semblait due à la péjoration de son état psychique qu'il liait à la prise de plusieurs médicaments. Il aurait vécu des effets paradoxaux notamment avec le Stilnox et le Xanax et l'Efexor aurait eu un effet anxiogène.
13. Le 24 juin 2015, l'OAI a confié une expertise psychiatrique au docteur C\_\_\_\_\_, psychiatrie et psychothérapie FMH.
14. Le 14 août 2015, Monsieur D\_\_\_\_\_, psychologue, spécialiste FSP en neuropsychologie et psychothérapie, a informé le Dr C\_\_\_\_\_ que, du point de vue cognitif, la capacité de travail de l'assuré était pleine et entière dans l'activité antérieure et dans toute autre activité de même niveau d'exigence cognitive.

- 
15. À teneur du rapport établi le 14 septembre 2015 par le Dr C\_\_\_\_\_, son expertise se fondait sur l'examen de l'expertisé, le dossier mis à sa disposition, le rapport médical établi le 22 juillet 2015 par le Dr E\_\_\_\_\_, l'examen neuropsychologique de M. D\_\_\_\_\_ et un entretien avec le docteur F\_\_\_\_\_, psychiatrie et psychothérapie FMH. L'expert a posé les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de troubles dépressifs récurrents, épisode actuel léger et sans syndrome somatique, existant depuis 2004, et accentuation de traits de personnalité évitante existant probablement depuis l'âge de jeune adulte. L'expertisé se plaignait principalement de souffrir d'un trouble psychotique ou d'une démence. Ses plaintes subjectives montraient des incohérences avec des éléments objectivables de l'anamnèse et de l'examen. Le diagnostic simultané d'un trouble panique était incompatible avec les directives des classifications retenues comme la CIM-10. Les éléments objectivables de son anamnèse et des examens effectués par l'expert correspondaient à un trouble dépressif récurrent ne dépassant pas un épisode léger en dehors des hospitalisations de l'expertisé. La capacité de travail de celui-ci était de 100%, sans diminution du rendement, en tant que salarié dans son domaine de formation, après quelques mois d'augmentation progressive du taux de travail afin de tenir compte de son déconditionnement.
  16. Le 18 décembre 2015, l'assuré a transmis à l'OAI ses avis de taxation pour les années 2006 à 2011, précisant qu'il avait été employé de 2006 à 2007, au chômage de 2008 à 2009 et indépendant de 2010 à 2011. Il n'avait eu qu'un seul client régulier et était tombé malade avant d'avoir pu terminer son dernier mandat pour lui. En 2011, il lui semblait avoir fait un contrat ou deux.  
  
Seuls les revenus de sa conjointe sont mentionnés dans l'avis de taxation pour 2011.
  17. Dans une note de l'OAI du 27 avril 2016, il est mentionné que l'activité salariée de l'assuré avait été retenue comme activité habituelle, car elle était la plus adaptée et l'activité indépendante n'avait pas généré de gains. Il avait un statut d'actif.
  18. Par projet de décision du 4 mai 2016, l'OAI a informé l'assuré qu'il ne lui reconnaissait pas de droits à des prestations de l'assurance-invalidité. Il a confirmé son projet dans sa décision du 27 juin 2016.
  19. Le 26 août 2016, l'assuré, assisté d'un conseil, a formé recours contre la décision de l'OAI auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice, concluant, principalement, à l'octroi d'une rente d'invalidité entière depuis le 1<sup>er</sup> avril 2013, avec suite de frais et dépens et, subsidiairement, à la prise en charge des frais de formation ou de reconversion professionnelles engendrés par son invalidité. Il faisait valoir que les troubles dont il souffrait avaient un caractère invalidant et être totalement incapable de travailler dans son ancienne activité professionnelle.
  20. Par réponse du 22 septembre 2016, l'OAI a conclu au rejet du recours.
  21. Lors d'une audience du 5 avril 2017 devant la chambre de céans :

a. Mme G\_\_\_\_\_, psychologue, a déclaré avoir suivi le recourant du 16 octobre 2012 au juin 2013. Le recourant avait suivi une psychothérapie avec elle. Ils avaient eu une douzaine de séances en 2012 et une vingtaine en 2013. Il présentait une symptomatologie dépressive sévère, avec beaucoup d'idées morbides et une pathologie anxieuse avec des ruminations et des obsessions. C'était un trouble anxieux dépressif grave. Il y avait une partie dépressive sévère et une partie liée à l'anxiété avec des attaques de panique. Le degré de croyance à ses interprétations chez ce patient était très élevé. À cette époque, il était très isolé et avait conservé très peu d'amis. Une partie de leur activité avait consisté à tenter de le remettre en contact avec son milieu social et des activités de loisirs. Ils avaient essayé de le sortir de son inertie. Tout lui était difficile, notamment amener son fils à la crèche ou prendre soin de lui. Il n'avait pas de troubles ni de déficits cognitifs et était très intelligent. Par la suite, le recourant avait été suivi par les HUG, puis elle l'avait revu en 2015. Cette année-là, il était difficile de venir au cabinet car il n'allait pas bien.

b. Le Dr F\_\_\_\_\_ a déclaré être le psychiatre traitant du recourant depuis l'été 2015. Entre l'été 2015 et l'été 2016, celui-ci allait très mal, puis il y avait eu une amélioration claire depuis juillet 2016. Lorsque le trouble anxieux était important, le patient était très invalidé, il avait beaucoup de mal à sortir de chez lui et n'avait pas de vie sociale. Après des années d'inactivité, une reprise de travail dans le cadre d'une activité salariée, respectant ses limitations, serait plus structurante pour lui.

22. Le 1<sup>er</sup> février 2018, la chambre de céans a ordonné une expertise psychiatrique qu'elle a confiée au docteur H\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, considérant que l'expertise établie par le Dr C\_\_\_\_\_ ne pouvait se voir reconnaître une pleine force probante. Elle retenait en particulier que celle-ci aurait dû prendre en compte l'avis de Mme G\_\_\_\_\_, que l'évaluation de l'état de santé de l'assuré par l'expert entre 2012 et 2015 était contredite par les rapports des médecins traitants de celui-ci et que l'expert avait considéré que le recourant avait refusé une adaptation de son traitement psychotrope, sans préciser que cette réticence pouvait provenir du fait que l'expertisé liait la péjoration de son état psychique à plusieurs médicaments.
23. À teneur du rapport d'expertise établi par le Dr H\_\_\_\_\_ le 20 avril 2018, l'expertise psychiatrique se fondait sur l'étude du dossier fourni par la chambre des assurances sociales, les examens cliniques de l'expertisé effectués les 24 mars et 12 avril 2018, qui avaient duré plus de trois heures, ainsi que des contacts téléphoniques avec les thérapeutes ayant suivi l'expertisé, notamment sa psychologue. Le rapport contient une anamnèse et les données subjectives de l'expertisé. S'agissant des activités professionnelles exercées, il mentionne qu'à partir de 2007, l'expertisé s'était mis à son compte, mais qu'il n'avait pas vraiment gagné sa vie comme indépendant. Depuis environ un an, son état de santé s'était suffisamment amélioré pour qu'il se sente de nouveau apte à reprendre contact avec la vie active. Il envisageait de prendre des cours pour se mettre à jour dans le

domaine de l'informatique et était en train d'aménager un local pour le transformer en atelier où il comptait travailler dans la réparation d'ordinateurs et l'impression 3D.

S'agissant de sa vie affective, l'expertisé déclarait une seule relation vraiment investie avec son épouse. Il avait vécu une relation extra-conjugale d'environ quatre mois qui n'avait, selon lui, pas réellement été importante et qui était survenue dans le contexte particulier d'un séjour en clinique. L'enfant du couple allait bien. L'expertisé s'en occupait et lui montrait intérêt et affection autant qu'il le pouvait. Il gardait de bons contacts avec sa mère et son père. S'agissant de la vie sociale et des loisirs, l'expertisé s'était éloigné de ses activités en lien avec le modélisme et une ludothèque dont il avait participé à la mise sur pied.

L'expertisé n'avait plus été capable de conduire pendant une période et il avait recommencé à le faire un an auparavant environ. Sa famille ne voyageait pas depuis plusieurs années, à la fois pour des raisons financières et parce que l'expertisé n'en n'avait pas envie.

Sous « discussion », l'expert a relevé que l'état clinique de l'expertisé était caractérisé par un syndrome dépressif et un trouble anxieux, tous deux de gravité variable de 2011 à ce jour. À l'heure actuelle, sa dépression était de degré léger à moyen. La manifestation anxieuse la plus constante tout au long de l'affection actuelle était la survenue soudaine, souvent inopinée, d'épisodes anxieux suraigus souvent accompagnés de phénomènes de déréalisation et de dépersonnalisation et de scénarios-catastrophes se terminant par la mort, la folie ou l'atteinte cérébrale. Ces symptômes étaient tout à fait typiques des attaques de panique et leur répétition ainsi que la crainte envahissante de refaire des épisodes semblables signaient le diagnostic de trouble panique. Il était tout à fait plausible que l'expertisé ait présenté une réaction paradoxale aux benzodiazépines qui avait aggravé le trouble panique. Le trouble panique avait été particulièrement sévère entre 2011 et 2016. Il restait d'actualité, car l'expertisé redoutait encore une nouvelle crise et n'avait pas développé beaucoup d'outils pour contrôler ces attaques. Il restait également des symptômes plus diffus d'anxiété. L'importance des répercussions psychologiques et socio-professionnelles des caractéristiques de la personnalité de l'expertisé depuis le début de l'âge adulte incitait l'expert à retenir un trouble de la personnalité avec traits évitants et dépendants, de gravité moyenne. Les troubles psychiques dans leur ensemble avaient ainsi occasionné chez l'expertisé une incapacité de travail totale de novembre 2011 à avril 2017, puis de 50 % pour une durée indéterminée, mais pour deux ans au moins.

24. Le 15 mai 2018, le recourant a estimé que l'expertise du Dr H\_\_\_\_\_ avait pleine valeur probante et persisté dans ses conclusions.
25. Le 15 mai 2018, l'intimé a contesté la valeur probante du rapport d'expertise du Dr H\_\_\_\_\_. À la lecture de l'expertise du Dr H\_\_\_\_\_, l'anxiété du recourant s'était manifestée de plusieurs manières, notamment avec des aspects

hématophobiques. L'expert retenait encore pour expliquer l'anxiété une agoraphobie avec la peur de quitter la maison et une hypochondrie. Or la CIM-10 retenait que les attaques de panique ne devaient pas être liées à une situation ou un objet spécifique comme le serait le sang ou le fait d'être atteint d'une maladie. L'expert judiciaire expliquait encore que la manifestation anxieuse la plus constante tout au long de l'affection actuelle était la survenue soudaine, souvent inopinée, d'épisodes anxieux suraigus souvent accompagnés de phénomènes de déréalisation et de dépersonnalisation et de scénarios-catastrophes se terminant par la mort, la folie ou l'atteinte cérébrale. Ces symptômes étaient tout à fait typiques des attaques de panique et leur répétition ainsi que la crainte envahissante de refaire des épisodes semblables signaient le diagnostic de trouble panique. Il ne faisait ainsi état d'aucun des critères de la CIM-10 pour permettre de diagnostiquer un trouble panique. Par ailleurs, le Dr F\_\_\_\_\_ avait exclu les épisodes de dépersonnalisation en raison du fait que le contact avec la réalité n'était pas perdu.

Le Dr H\_\_\_\_\_ retenait que le trouble panique était sévère. Or, pour que ce diagnostic soit réalisé, selon la CIM-10, il fallait au moins quatre attaques de panique par semaine en l'espace de quatre semaines. Il n'était pas fait état d'une telle fréquence en l'espèce, sauf, selon les seuls dires de l'assuré. Le Dr C\_\_\_\_\_ rapportait que, selon les dires de l'assuré, les crises étaient espacées à raison d'une attaque deux fois par semaine depuis la sortie de Belle-Idée, soit en 2014. Les caractéristiques du trouble panique n'étaient ainsi pas réalisés, encore moins s'agissant du degré de sévérité retenu. S'agissant du trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère en rémission partielle, retenu par le Dr H\_\_\_\_\_, les critères de la CIM-10 n'étaient pas non plus remplis.

L'expert n'avait pas procédé à l'analyse des indicateurs jurisprudentiels en cas de troubles psychiques. Il n'y avait pas d'échec du traitement malgré une coopération optimale de l'assuré, dès lors que l'expertisé avait mis fin à tout traitement un an auparavant. En 2015, le Dr C\_\_\_\_\_ avait relevé que le recourant avait refusé une augmentation du Seroquel lors du séjour à la Métairie et qu'il avait réduit la dose de cette médication à la moitié après sa sortie et poursuivi des thérapies à l'hôpital de jour en se limitant à une demi-journée par semaine et des consultations psychiatriques occasionnelles. Selon le Dr C\_\_\_\_\_ cette démarche contrastait avec la sévérité du diagnostic retenu par ses thérapeutes ainsi que les indications de l'expertisé concernant l'intensité de sa thérapie, laissant penser à une tendance à la déformation de la vérité. Le Dr F\_\_\_\_\_ avait confirmé la mauvaise compliance au traitement qui avait pourtant pour effet une amélioration des troubles.

S'agissant des comorbidités, l'intimé relevait que le trouble mixte de la personnalité, présent depuis le début de l'âge adulte du recourant, retenu par l'expert, ne l'avait pas empêché de travailler et que le Dr C\_\_\_\_\_ n'avait, pour sa part, pas objectivé de trouble de la personnalité morbide. On pouvait ainsi conclure à l'absence de gravité fonctionnelle des troubles présentés par le recourant.

S'agissant de l'axe « personnalité », il ressortait de la lecture du rapport d'expertise judiciaire que l'assuré ne présentait pas de traits de la personnalité pathologiques et que ses capacités psychiques et neuropsychiques étaient préservées.

S'agissant de l'axe « contexte social », le réseau familial et amical de l'assuré lui procurait des ressources mobilisables indéniables. L'assuré avait de fréquents contacts avec sa famille et ses amis et vivait en couple avec son enfant. On ne pouvait parler de retrait social. Si l'assuré avait quitté pendant un temps son groupe de modélisme, il avait participé à la mise sur pied d'une ludothèque et vécu une relation extra-conjugale pendant quatre mois, en sus d'autres relations. Par ailleurs, il fabriquait des maquettes à raison de quatre heures par jour dans un atelier. En 2015, il avait indiqué au Dr C\_\_\_\_\_ avoir une relation proche avec deux amis qu'il connaissait depuis son adolescence. Il décrivait un contact moins proche avec une dizaine d'amis. Il décrivait également des contacts réguliers avec ses parents et son frère. Par ailleurs, il faisait la cuisine, une partie du ménage ainsi les courses, conduisait et prenait les transports en commun.

Selon le Dr C\_\_\_\_\_, sans signe d'une simulation, le rôle de malade semblait maintenu par des bénéfices secondaires comme le soulagement de la confrontation avec ses difficultés à subvenir aux besoins de sa famille et d'un travail indépendant vécu comme contraignant ainsi que ses responsabilités en tant que père de famille.

À l'appui de ses observations, l'intimé a transmis à la chambre de céans un avis médical du 7 mai 2018, dans lequel le docteur I\_\_\_\_\_, médecin SMR indiquait qu'à la lecture des constatations objectives (status psychiatrique), on ne retrouvait aucun élément permettant de retenir les diagnostics retenus par l'expert. Une symptomatologie anxieuse sévère entraînait pour le moins des troubles cognitifs, mais les différents examens n'avaient jamais montré de telles limitations fonctionnelles chez le recourant. L'incapacité de travail total de 2011 à 2017 retenue par l'expert entrait en contradiction avec l'appréciation des autres médecins. Pour la capacité de travail actuelle, le Dr H\_\_\_\_\_ ne retrouvait aucun élément objectif dans la description du status psychiatrique et n'avait mentionné aucun signe pathologique, en particulier au niveau anxieux. Il justifiait l'incapacité de travail totale par le risque d'une rechute éventuelle. Sans aucun élément objectifs au status relevé, ni aucune limitation fonctionnelle retrouvée, on ne pouvait pas comprendre les incapacités de travail retenues. Enfin l'expert ne s'était pas positionné sur les nombreuses incohérences relevées par le Dr C\_\_\_\_\_. Il était difficilement concevable qu'avec les limitations importantes alléguées, le recourant ait pu entretenir une relation extra-conjugale en 2014, participer à une association de modélisme, faire un voyage d'agrément de quinze jours dans le Sud de la France et avoir des relations avec des amis et son frère. De même, au niveau de la conduite automobile, le nouvel expert signalait une abstention jusqu'en 2017, alors que, lors de la précédente en 2015, le recourant avait déclaré continuer à conduire. Le Dr C\_\_\_\_\_ avait indiqué que celui-ci utilisait les transports en commun sans problème alors que pour le nouvel expert l'état anxieux justifiait une incapacité



totale. Enfin, il ressortait du dossier que l'assuré, malgré la sévérité alléguée, avait eu une compliance mauvaise aux différents traitements, avec un arrêt ou une diminution des doses par choix personnel. De même, il n'avait jamais été traité par le psychiatre supervisant la psychothérapie de Mme G\_\_\_\_\_, alors qu'il était vu une à deux fois par semaine. En conclusion, on ne pouvait pas être convaincu par l'évaluation du Dr H\_\_\_\_\_, en particulier en ce qui concernait les capacités de travail retenues. Au vu de la persistance sans interruption, hormis pendant des périodes non durables, du bon fonctionnement de l'assuré dans sa vie personnelle, on ne pouvait retenir d'incapacité de travail durable. En conséquence, on ne pouvait suivre les conclusions de la nouvelle expertise et il fallait s'en tenir à la précédente.

26. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1<sup>er</sup> 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. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.
3. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).
4. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité entière, subsidiairement des mesures d'ordre professionnel, dès le 1<sup>er</sup> avril 2013.
5. Aux termes de l'art. 8 al. 1<sup>er</sup> LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les

traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI).

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

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

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 des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

7. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c; ATF 102 V 165 consid. 3.1; VSI 2001 p. 223 consid. 2b; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

Dans sa jurisprudence récente (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7), le Tribunal fédéral a modifié sa pratique lors de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques. La jurisprudence développée pour les troubles somatoformes douloureux, selon laquelle il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (ATF 141 V 281), s'applique dorénavant à toutes les maladies psychiques. En effet, celles-ci ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée. La question des effets fonctionnels d'un trouble doit dès lors être au centre. La preuve d'une invalidité ouvrant le droit à une rente ne peut en principe être considérée comme rapportée que lorsqu'il existe une cohérence au niveau des limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation de la capacité de travail invalidante n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée.

Même si un trouble psychique, pris séparément, n'est pas invalidant en application de la nouvelle jurisprudence, il doit être pris en considération dans l'appréciation globale de la capacité de travail, qui tient compte des effets réciproques des différentes atteintes. Ainsi, une dysthymie, prise séparément, n'est pas invalidante, mais peut l'être lorsqu'elle est accompagnée d'un trouble de la personnalité notable. Par conséquent, indépendamment de leurs diagnostics, les troubles psychiques entrent déjà en considération en tant que comorbidité importante du point de vue juridique si, dans le cas concret, on doit leur attribuer un effet limitatif sur les ressources (ATF 143 V 418 consid. 8.1).

8. Il convient d'évaluer globalement, sur une base individuelle, les capacités fonctionnelles effectives de la personne concernée en tenant compte, d'une part, des facteurs contraignants extérieurs limitant les capacités fonctionnelles et, d'autre part, les potentiels de compensation (ressources).

Les indicateurs sont les suivants :

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

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

c. La comorbidité psychique ne doit être prise en considération qu'en fonction de son importance concrète dans le cas d'espèce, par exemple pour juger si elle prive l'assuré de ressources. Il est nécessaire de procéder à une approche globale de l'influence du trouble somatoforme douloureux avec l'ensemble des pathologies concomitantes. Un trouble qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidant en tant que tel n'est pas une comorbidité mais doit à la rigueur être pris en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité. Ainsi, un trouble dépressif réactionnel au trouble somatoforme ne perd pas toute signification en tant que facteur d'affaiblissement potentiel des ressources, mais doit être pris en considération dans l'approche globale.

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

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

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

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

9. Le juge vérifie librement si l'expert médical a exclusivement tenu compte des déficits fonctionnels résultant de l'atteinte à la santé et si son évaluation de l'exigibilité repose sur une base objective.

La reconnaissance de l'existence desdits troubles suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3).

Ce diagnostic doit être justifié médicalement de telle manière que les personnes chargés d'appliquer le droit puissent vérifier que les critères de classification ont été effectivement respectés. Il suppose l'existence de limitations fonctionnelles dans tous les domaines de la vie (tant professionnelle que privée). Les médecins doivent

en outre prendre en considération les critères d'exclusion de ce diagnostic retenus par la jurisprudence (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1. et 2.2). Ainsi, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (ATF 131 V 49 consid. 1.2).

10. a. 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 (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1). 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 256 consid. 4; ATF 115 V 133 consid. 2; ATF 114 V 310 consid. 3c; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2).

b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. 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 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

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

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 125 V 351 consid. 3b/bb).

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

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

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés

---

dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

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). 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. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a, ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst, RS 101; SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b, ATF 122 V 157 consid. 1d).
13. En l'espèce, il convient d'examiner en premier lieu la valeur probante de l'expertise judiciaire.
  - a. Le rapport d'expertise se base sur l'étude approfondie du dossier médical du recourant, un examen clinique de plus de trois heures ainsi que des entretiens téléphoniques avec les psychiatres et la psychologue-psychothérapeute qui l'ont suivi. L'anamnèse est détaillée et les plaintes du recourant ont été prises en considération. L'appréciation de la situation médicale est claire et les conclusions de l'expert sont cohérentes et convaincantes de sorte que son rapport remplit les réquisits jurisprudentiels pour se voir accorder une pleine valeur probante.
  - b. L'intimé a fait valoir que les diagnostics retenus par l'expert judiciaire n'étaient pas réalisés en procédant lui-même à une analyse des critères de la CIM-10 et en se fondant sur un bref avis médical du 7 mai 2018, dans lequel le Dr I\_\_\_\_\_ – qui n'a pas de spécialisation en psychiatrie – indiquait seulement qu'à la lecture des constatations objectives, il n'y avait pas d'élément permettant d'établir ces diagnostics. L'appréciation à laquelle a procédé l'intimé, qui ne se fondait pas sur un rapport médical probant, ne saurait remettre sérieusement en cause le rapport d'expertise en tant qu'il retient les diagnostics de trouble panique et de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère en rémission, étant précisé que l'expert

judiciaire a, pour sa part, exposé de manière détaillée les raisons pour lesquelles il retenait ces diagnostics dans le cas d'espèce.

c. L'intimé a fait encore valoir que l'expert n'avait pas procédé à l'analyse des indicateurs applicables aux troubles psychiques développés par la jurisprudence. L'appréciation de ces critères étant de nature juridique, il convient de déterminer si le contenu du rapport d'expertise permet à la chambre de céans de les examiner.

Le Dr H\_\_\_\_\_ a, notamment, relevé que le syndrome dépressif dont souffre le recourant a varié d'intensité entre 2012 et 2015, passant de sévère, le plus souvent, à moyen et que celui-ci avait connu entre 2011 et 2016 des épisodes anxieux suraigus soudains et un trouble panique particulièrement sévère qui ont eu d'importantes répercussions fonctionnelles, telles que la nécessité de traitements hospitaliers répétés et le retrait quasi-total de la vie professionnelle et sociale. Il a précisé que le vécu particulièrement intense des paniques chez l'expertisé était à la fois épuisant et complètement désécurisant et que la dépersonnalisation était l'une des expériences les plus angoissantes qu'un sujet pouvait vivre et qu'elle laissait des traces durables et traumatiques dans la mémoire. Cette description de l'état psychique du recourant et de ses répercussion sur la vie de celui-ci permet de retenir le critère du degré de gravité fonctionnelle minimal.

L'intimé a fait valoir qu'il n'y avait pas d'échec du traitement malgré une coopération optimale de l'assuré, dès lors que celui-ci avait mis fin à tout traitement et qu'en 2015, il avait refusé une augmentation du Seroquel lors du séjour à la Métairie et avait réduit la dose de cette médication à la moitié après sa sortie en poursuivant des thérapies à l'hôpital de jour limitées à une demi-journée par semaine et des consultations psychiatriques occasionnelles.

À teneur du rapport de l'expert, les divers traitements pris par le recourant (antidépresseurs, tranquillisants, neuroleptiques, Lithium) n'ont pas eu d'effets durables sur lui et les benzodiazépines ont même aggravé ses angoisses, ce qui était plausible. Par ailleurs, si l'expertisé avait mis fin à tout traitement un an auparavant, son état s'était amélioré depuis lors.

Par ailleurs, il ressort de la lettre de sortie établie par la clinique La Métairie du 6 août 2015 que le recourant n'avait pas souhaité une augmentation de son traitement de Seroquel, mais qu'il avait accepté l'introduction de Temesta, et que sa réticence au traitement psychopharmacologique semblait en lien avec la péjoration de son état psychique qu'il liait à la prise de plusieurs médicaments. Il aurait vécu des effets paradoxaux notamment avec le Stilnox et le Xanax et l'Efexor aurait eu un effet anxiogène.

Dans ces circonstances, l'on ne peut pas relativiser la gravité de la pathologie du recourant au motif qu'il a refusé des traitements, car il avait des raisons de le faire. L'on ne peut pas non plus en tirer la conclusion que le recourant a négligé son traitement car il ne souffrait pas, l'expert ayant clairement indiqué que son état avait été particulièrement sévère et angoissant. Enfin, il est établi que le recourant a suivi



un traitement psychothérapeutique de manière régulière en 2012 et 2013, ce qui démontre sa compliance. Mme G\_\_\_\_\_ a en outre précisé que s'il ne s'était pas présenté à des séances en 2015, c'était en raison de son trouble panique qui l'empêchait parfois de sortir de chez lui.

S'agissant des comorbidités, l'expert a retenu des troubles mixtes de la personnalité (traits évitants et dépendants) existant depuis le début de l'âge adulte de l'assuré et précisé que ces troubles renforçaient les limitations fonctionnelles du recourant dues aux autres troubles. Le critère de la comorbidité est ainsi rempli.

L'expert a relevé qu'une fragilité de la personnalité de l'expertisé était évoquée à plusieurs reprises dans le dossier et qu'il avait lui-même constaté plusieurs indices allant dans le même sens, notamment les difficultés du recourant à s'insérer durablement dans la vie active, une estime de soi fragile, une dépendance au tabac, des problèmes d'affirmation de soi et d'acquisition d'une véritable autonomie affective et matérielle vis-à-vis des proches. Le caractère mal structuré des symptômes anxieux était un autre argument de poids en faveur d'une mauvaise structuration de la personnalité elle-même. Enfin la durée et l'intensité exceptionnelles des symptômes anxieux suggéraient un rôle aggravant du terrain psychologique sur lequel s'était développé le trouble anxieux, autrement dit la personnalité. Le critère de la fragilité de la personnalité du recourant est ainsi rempli.

S'agissant de la vie affective et sociale, il ressort de l'anamnèse que depuis ses problèmes de santé, le recourant avait abandonné les réunions de groupe en lien avec ses hobbies, soit le modélisme et la ludothèque dont il avait participé à la création. Il s'était également éloigné de plusieurs amis et n'avait plus envie de voyager. En raison de ses crises d'angoisses, il n'osait plus sortir de chez lui par peur de se sentir mal et sans secours à l'extérieur. Il en ressort que ses problèmes de santé ont eu un impact réel sur sa vie sociale, quand bien même il a conservé des liens avec sa proche famille et quelques amis. Les limitations de l'intéressé apparaissent uniformes dans tous les domaines comparables de la vie, dès lors qu'il n'a plus travaillé et qu'il a cessé ses activités de loisirs.

Il convient encore de relever que l'expert a motivé les raisons pour lesquelles il a continué à retenir une incapacité de travail malgré l'amélioration de l'état de santé du recourant à partir du printemps 2017. En effet, le diagnostic de trouble panique restait d'actualité, même si l'expertisé n'avait plus fait d'attaques de panique depuis environ une année. On ne considérait que ce trouble était vraiment amendé que lorsque le sujet, non seulement ne faisait plus d'attaques de panique sévères, mais ne redoutait plus l'éventualité d'une nouvelle crise, car il savait les maîtriser. L'expertisé n'en n'était pas encore là. Il était encore dans la crainte qu'une nouvelle crise le plonge à nouveau dans les affres qu'il avait connues entre 2011 et 2015 et il n'avait pas développé beaucoup d'outils pour contrôler ces attaques. Par ailleurs, il restait des symptômes plus diffus d'anxiété (troubles du sommeil et manque de confiance en soi). Cela justifiait une capacité de travail de 50% dans l'activité

d'informaticien dès mai 2017 pour une durée indéterminée à réévaluer dans deux ans.

Le contenu du rapport d'expertise permet ainsi l'analyse des critères développés par la jurisprudence pour déterminer si les troubles psychiques sont invalidants. L'analyse globale de la situation concrète du recourant confirme les conclusions de l'expert, en ce sens que les troubles psychiques dont il souffre ont été invalidants et le sont toujours dans une moindre mesure. Il convient ainsi de retenir, comme l'a fait l'expert, qu'en raison de ses troubles psychiques, le recourant a été en incapacité de travail totale de novembre 2011 à avril 2017 et à 50% dès mai 2017.

14. En vertu des art. 28 al. 2 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA. La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 3 LAI).

La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1; ATF 104 V 135 consid. 2a et 2b).

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et ATF 128 V 174).

Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (RAMA 2000 n°U 400 p. 381 consid. 2a). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). usuels. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant des ESS édité par l'Office fédéral de la statistique. Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de

---

travailler, l'assuré était au chômage ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire ou le travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 168/05 du 24 avril 2006 consid. 3.3 et B 80/01 du 17 octobre 2003 consid. 5.2.2).

Quant au revenu d'invalidité, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé (ATF 135 V 297 consid. 5.2). Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalidité peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb).

La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3).

Dans l'hypothèse où un assuré présente une entière capacité de travail dans toute activité lucrative ou lorsque les revenus avec et sans invalidité sont basés sur la même table statistique, les revenus avant et après invalidité sont calculés sur la même base. Il est dès lors superflu de les chiffrer avec exactitude, le degré d'invalidité se confondant avec celui de l'incapacité de travail, sous réserve d'une éventuelle réduction du salaire statistique (ATF 119 V 475 consid. 2b; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_312/2016 du 13 mars 2017 consid. 5.4; arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 43/05 du 30 juin 2006 consid. 5.2). Même s'il n'est pas indispensable de déterminer avec précision les salaires de références, il n'en demeure pas moins que, dans cette situation, l'évaluation de l'invalidité repose sur des données statistiques. Par conséquent, une réduction supplémentaire du revenu d'invalidité (abattement) est possible en fonction des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (cf. ATF 126 V 75 consid. 7b).

15. Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2; ATF 125 V 413 consid. 2d et les références; VSI 2001 p. 157 consid. 2). La date de la modification doit être déterminée conformément à l'art. 88a RAI (ATF 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413

---

consid. 2d, arrêts du Tribunal fédéral 9C\_344/2010 du 1er février 2011 consid. 4.2 et 9C\_266/2010 du 8 octobre 2010 consid. 3.3).

En vertu de l'art. 88a al. 1 RAI, si la capacité de gain d'un assuré s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès que l'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période; il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. En cas de suppression de la rente, elle intervient le dernier jour du mois pendant lequel le délai de trois mois prévu par l'art. 88a al. 1 RAI expire (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_900/2013 du 8 avril 2014 consid. 6.5).

16. a. En l'espèce, le recourant a un statut d'actif. Dans la mesure où il a été totalement incapable de travailler dès novembre 2011 et pendant plus d'un an, il est devenu invalide à 100% le 1<sup>er</sup> novembre 2012, ce qui lui ouvre le droit à une rente entière d'invalidité. Comme il a requis les prestations de l'assurance-invalidité le 29 octobre 2012, son droit au versement de la rente est né six mois plus tard, soit en avril 2013, et il a droit au versement de sa rente dès le 1<sup>er</sup> jour de ce mois.

b. Dès mai 2017, sa capacité de travail a été évaluée à 50% dans l'activité d'informaticien pour une durée indéterminée à réévaluer dans deux ans. Il convient de procéder à la comparaison des revenus avant et après la survenance de la capacité de travail à 50%.

Il se justifie pour déterminer le revenu sans invalidité de se référer aux données statistiques relatives à un informaticien salarié, conformément à ce qu'a retenu l'intimé, dès lors que l'activité d'indépendant n'est pas la plus adaptée pour le recourant et qu'elle n'a pas généré de gains en 2011, à teneur de l'avis de taxation relatif à cette année.

Dès mai 2017, les revenus avec et sans invalidité sont ainsi basés sur la même table statistique, de sorte qu'il est superflu de les chiffrer avec exactitude, le degré d'invalidité se confondant avec celui de l'incapacité de travail. Il convient toutefois de procéder à un abattement de 15% sur le revenu avec invalidité pour tenir compte du fait que le recourant ne peut travailler qu'à temps partiel (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_728/2009 du 21 septembre 2010 consid. 4.3.2 et 9C\_35/2015 du 19 août 2015) et de son éloignement du marché du travail durant plusieurs années, ce qui est susceptible d'avoir une influence négative sur son salaire. Il en résulte que son taux d'invalidité dès mai 2017 est de 65%, ce qui lui ouvre le droit à un trois-quarts de rente d'invalidité, en vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, trois mois plus tard, soit dès le 1<sup>er</sup> août 2017.

17. Il convient encore d'examiner si le recourant a droit à des mesures d'ordre professionnel et à la prise en charge par l'intimé des frais de formation ou de reconversion professionnelles engendrés par son invalidité, conformément aux conclusions subsidiaires de son recours.

a. Selon l'art. 8 al. 1<sup>er</sup> LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGa) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). Le droit aux mesures de réadaptation n'est pas lié à l'exercice d'une activité lucrative préalable. Lors de la fixation de ces mesures, il est tenu compte de la durée probable de la vie professionnelle restante (art. 8 al. 1<sup>bis</sup> LAI en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008). L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent les mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital).

Pour déterminer si une mesure est de nature à maintenir ou à améliorer la capacité de gain d'un assuré, il convient d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2 et les références). Celles-ci ne seront pas allouées si elles sont vouées à l'échec, selon toute vraisemblance (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 388/06 du 25 avril 2007 consid. 7.2). Le droit à une mesure de réadaptation suppose en outre qu'elle soit appropriée au but de la réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité, tant objectivement en ce qui concerne la mesure que sur le plan subjectif en ce qui concerne la personne de l'assuré (VSI 2002 p. 111 consid. 2 et les références). Selon la jurisprudence constante, le droit à des mesures de reclassement (et à d'autres mesures de réadaptation professionnelle) à cause d'invalidité ne peut être refusé en raison du manque de faculté subjective de reclassement que dans la mesure où la procédure de mise en demeure prescrite à l'art. 21 al. 4 LPGa a été observée (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_100/2008 du 4 février 2009 consid. 3.2 et les références).

Sont réputées nécessaires et appropriées toutes les mesures de réadaptation professionnelle qui contribuent directement à favoriser la réadaptation dans la vie active. L'étendue de ces mesures ne saurait être déterminée de manière abstraite, puisque cela suppose un minimum de connaissances et de savoir-faire et que seules seraient reconnues comme mesures de réadaptation professionnelle celles se fondant sur le niveau minimal admis. Au contraire, il faut s'en tenir aux circonstances du cas concret. Celui qui peut prétendre au reclassement en raison de son invalidité a droit à la formation complète qui est nécessaire dans son cas, si sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée de manière notable (ATF 124 V 108 consid. 2a; VSI 1997 p. 85 consid. 1).

Selon l'art. 8a LAI, les bénéficiaires de rente ont droit à des mesures de nouvelle réadaptation si leur capacité de gain peut, selon toute vraisemblance, être améliorée et ces mesures sont de nature à améliorer leur capacité de gain (al. 1). Les mesures de nouvelle réadaptation destinées aux bénéficiaires de rente comprennent des mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle telles que prévues à l'art. 14a al. 2 LAI, des mesures d'ordre professionnel telles que prévues aux

art. 15 à 18c LAI, la remise de moyens auxiliaires conformément aux art. 21 à 21<sup>quater</sup> LAI, l'octroi de conseils et d'un suivi aux bénéficiaires de rente et à leur employeur (al. 2). Les mesures de réinsertion peuvent être accordées plusieurs fois et excéder la durée d'un an au total (al. 3).

L'art. 14a LAI prévoit, en tant que droit, des mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle, en faveur d'assurés qui présentent depuis six mois au moins une incapacité de travail de 50 % au moins, pour autant que ces mesures – à savoir des mesures socioprofessionnelles et des mesures d'occupation – servent à créer les conditions permettant la mise en œuvre de mesures d'ordre professionnel (Pierre-Yves GREBER, L'assurance-vieillesse, survivants et invalidité, in Droit suisse de la sécurité sociale, vol. I, 2010, éd. par Pierre-Yves GREBER / Bettina KAHIL-WOLFF / Ghislaine FRÉSARD-FELLAY / Romolo MOLO, p. 137 ss, n. 254 ss).

b. En l'espèce, une mesure de réadaptation pourrait se justifier, dès lors que le recourant est resté relativement longtemps éloigné du marché du travail et vu sa profession d'informaticien qui évolue rapidement, de sorte que la cause sera renvoyée à l'OAI pour nouvelle décision sur ce point.

18. Au vu des considérations qui précèdent, le recours sera admis et la décision querellée annulée.

Vu l'issue du litige, un émolument de CHF 500.- sera mis à la charge de l'intimé (art. 69 al. 1bis LAI) et une indemnité de CHF 4'000.- sera accordée au recourant, à charge de l'intimé, à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPG; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet.
3. Annule la décision rendue par l'intimé le 27 juin 2016.
4. Dit que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> avril 2013 et à un trois-quarts de rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> août 2017.
5. Renvoie la cause à l'intimé pour nouvelle décision sur mesures de réadaptation.
6. Alloue au recourant une indemnité de CHF 4'000.- à la charge de l'intimé.
7. Met un émolument de CHF 500.- à la charge de l'intimé.
8. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Isabelle CASTILLO

Catherine TAPPONNIER

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