

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2946/2022

ATAS/1168/2022

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 22 décembre 2022

5^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à COLOGNY

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Philippe KNUPFER, Président ; Toni KERELEZOV et Monique STOLLER
FÜLLEMANN, Juges assesseurs.**

EN FAIT

- A.** **a.** Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en _____ 1968, a déposé une demande de prestations invalidité qui a été reçue en date du 27 juillet 2018 par l'office de l'assurance invalidité (ci-après : l'OAI ou l'intimé). Dans sa demande, l'assuré exposait être en incapacité de travail depuis le 12 décembre 2017, à 100 % et indiquait être suivi par le docteur B_____, spécialiste FMH en médecine interne générale auprès du centre médical de Vézenaz.
- b.** Par note datée du 20 septembre 2018, le gestionnaire de l'OAI a retenu un statut d'actif pour un assuré employé de la Ville de Genève, depuis juillet 1995, exerçant la fonction de chauffeur poids-lourd, 40 heures par semaine, ce qui correspondait à un taux d'activité de 100 %.
- c.** Dans son rapport médical rendu le 1^{er} octobre 2018, le Dr B_____ a considéré que l'assuré avait une capacité de travail exigible de 0 % dans l'activité habituelle mais de 100 % dans une activité adaptée. Les limitations fonctionnelles mentionnaient l'interdiction de la conduite d'un véhicule et le port de charges limitées. Les diagnostics retenus étaient les suivants : dumping, syndrome d'addiction au sucre depuis 2016, lombalgies, gonalgies chroniques, SAOS de longue date et état anxio-dépressif réactionnel.
- d.** En date du 30 octobre 2018, la doctoresse C_____, spécialiste FMH en neurologie électroencéphalographie, au centre médical de Vézenaz, a rendu un rapport médical, dont il ressortait que l'assuré avait fait un malaise avec perte de connaissance sur probable crise d'épilepsie le 20 août 2018. Elle envisageait que les variations anormales de la glycémie pouvaient être un facteur favorisant les crises d'épilepsie et indiquait comme limitations fonctionnelles l'interdiction de la conduite d'un véhicule professionnel durant cinq ans ainsi que les activités avec risque de blessures en cas de perte de connaissance. Une activité adaptée qui respectait ces limitations était possible sans restriction. Selon le médecin, d'un point de vue strictement neurologique, la capacité de travail du patient dans l'activité habituelle de chauffeur poids-lourd était de 0 % depuis le 20 août 2018 et une activité de substitution, qui respectait les limitations décrites, était possible à 100 % depuis le 20 août 2018.
- e.** Par communication du 8 février 2019, l'OAI s'est déclaré prêt à prendre en charge les frais pour une formation à un certificat d'aide comptable, devant débiter le 26 février 2019, dans le cadre des mesures d'intervention précoce.
- f.** Des mesures de réadaptation, dans un poste proposé par l'employeur et adapté aux limitations fonctionnelles de l'assuré, ont été entreprises à partir du mois de mars 2019.
- g.** Une réunion a eu lieu en date du 1^{er} mars 2021 entre le gestionnaire de l'OAI, l'assuré et ses médecins traitants, soit le Dr B_____ et le docteur D_____.

psychiatre. Les troubles de la santé de l'assuré ont été discutés, notamment à la suite de la nouvelle activité professionnelle offerte à l'assuré. Le Dr D_____ a exposé les résultats de son bilan de l'assuré qui montrait quelques troubles cognitifs investigués et des résultats très hétérogènes, avec une certaine impulsivité et des capacités d'introspection faibles. Selon les médecins traitants, il était difficile d'envisager que l'assuré puisse retrouver une capacité de travail compte tenu de l'échec précédent dans une activité proposée par son employeur et un environnement qui semblait d'ores et déjà sur-adapté. Ils ont proposé de refaire le point dans six mois. Par avis médical du 15 décembre 2021, le service médical région (ci-après : SMR) de l'OAI a proposé la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire en psychiatrie, médecine interne et neurologie, avec évaluation neuropsychologique et test de validation des symptômes neurologiques.

h. L'assuré a eu la possibilité de se prononcer sur les experts proposés ainsi que sur la teneur de la mission d'expertise, après quoi une expertise a été réalisée qui a abouti à un rapport d'expertise pluridisciplinaire daté du 14 juin 2022. Quatre consultations avec les experts ont eu lieu, respectivement, avec le neurologue, en date du 18 mars ; avec le psychiatre, en date du 24 mars ; avec le médecin interne, en date du 24 mars et enfin avec le neuropsychologue, en date du 29 mars 2022. Dans le rapport, l'expertisé a détaillé le déroulement d'une journée-type. Il vivait à domicile, avec sa fille âgée de 27 ans, qui était absente entre 6h30 et 19h00. L'expertisé se levait tôt, vers 5h30, puis déjeunait, se douchait, nourrissait et jouait avec ses deux chats. Il faisait, par la suite, un peu de rangement et un peu de ménage avec de temps en temps, des rendez-vous médicaux et paramédicaux dans la matinée, auxquels il se rendait en vélo ou en bus. Il préparait puis prenait seul son repas de midi. L'après-midi, il faisait les courses, des activités de détente et s'occupait de l'entretien de son jardin de 600 m². Il prenait seul son repas du soir, vers 17h30, puis avait des échanges avec sa fille qui rentrait et mangeait vers 19h30. Après avoir un peu regardé la télé, il allait se coucher autour de 22h30. Ses loisirs étaient le jardinage, le vélo et la préparation de pâtisseries. S'agissant des vacances, il avait passé deux mois, seul, en Asie du Sud-Est, en 2018, et relatait s'être un peu ennuyé avant que sa fille ne le rejoigne en fin de séjour. Il n'avait pas de problème avec les transports publics, déclarait rester le moins longtemps possible dans les supermarchés et n'avoir pas de limitation pour les activités ménagères. L'administration était faite par sa fille, mais les décisions étaient prises ensemble. Il passait, en moyenne, deux heures par jour sur son smartphone, notamment sur Facebook et consultait son psychiatre traitant, en moyenne une à deux fois par mois. Lors de l'évaluation consensuelle, les experts ont retenu que l'assuré souffrait de malaises hypoglycémiques en raison de la pose d'un by-pass en janvier 2016, de gonalgies récidivantes et un status après cure de hernie discale L4 – L5 en mai 2018. Selon l'expert psychiatre, il existait un trouble anxieux et dépressif mixte, mais il n'y avait, selon lui, aucune raison de prendre des antidépresseurs (prescrits par le Dr D_____), qui comme l'avait également constaté l'experte neurologue, avaient en effet sédatif. Les experts pensaient qu'il

fallait arrêter prudemment et progressivement la combinaison et la prescription de ces antidépresseurs et valoriser les capacités adaptatives de l'expertisé. L'activité de chauffeur poids-lourd n'était plus possible en raison des malaises ainsi que toute autre activité à risque, telle qu'un travail en hauteur, sur des échafaudages ou la conduite de machines ou d'engins dangereux. Sur le plan somatique, une activité légère, sans ports de charges itératifs, sans travaux les bras portés au-dessus de l'horizontale des épaules, restait possible à 100 %. Une perte de rendement de 10 % était retenue par les experts en raison des malaises hypoglycémiques. Sur les plans psychiatrique et neurologique, les troubles anxieux et dépressifs mixtes n'étaient pas incapacitants et le bilan neuropsychologique ne permettait pas de retenir un diagnostic étayé en raison des signes d'exagération des symptômes et des incohérences constatées lors des tests. Selon les experts, il n'y avait aucune incapacité de travail dans l'activité d'agent de voirie précédemment mise en place par l'employeur, ni dans aucune autre activité de même niveau d'exigence cognitive. La capacité de travail dans l'activité habituelle était de 0 % dès le 23 août 2018 et de 90 %, dans une activité adaptée, dès le 1^{er} septembre 2018.

i. Dans son rapport médical du 27 juin 2022, le docteur E_____, du SMR de l'OAI, a résumé le parcours de l'assuré puis a considéré que les conclusions de l'expertise pluridisciplinaire étaient convaincantes et a proposé de les suivre.

B. a. Par projet de décision du 29 juin 2022, l'OAI a refusé des mesures professionnelles ainsi qu'une rente invalidité pour les raisons exposées dans le rapport du SMR. Il était noté que, dans le cadre d'un reclassement interne, l'employeur de l'assuré avait confirmé la réussite de sa réaffectation, dans une activité adaptée à son état de santé à 100%. Il était retenu un statut d'assuré se consacrant à plein temps à son activité professionnelle, avec une incapacité totale de travail dans son activité habituelle dès le 23 janvier 2018, début du délai d'attente d'un an, en considérant qu'une activité adaptée à l'état de santé de l'assuré était réalisée à 100 % dès le 1^{er} septembre 2018, avec une baisse de rendement de 10 %. Dès lors que la baisse de rendement de 10 % correspondait à une perte de gain de 10 %, cette dernière était inférieure au taux de 40 % et n'ouvrait pas de droits à des prestations de l'OAI.

b. Par décision du 9 septembre 2022, le projet de décision a été confirmé intégralement.

C. a. Par courrier non daté mais transmis à la chambre de céans en date du 28 septembre 2022, l'assuré a recouru contre la décision du 9 septembre 2022 en mentionnant que certaines conclusions des experts ne correspondaient pas à la réalité et qu'il ne comprenait pas, qu'en dépit du fait que l'un des experts ne se prononce pas et ne donne pas de diagnostic, l'OAI tienne compte du rapport d'expertise. Était joint au recours un courrier du Dr D_____, daté du 19 juillet 2022, critiquant l'expertise pluridisciplinaire au motif, notamment, que les tests effectués par le neuropsychologue pouvaient être sujets à des interprétations divergentes et que ledit neuropsychologue ne proposait aucun diagnostic en raison

de la présence de « facteurs confondants ». De surcroît, les experts considéraient dans leurs conclusions que l'assuré pouvait trouver un poste adapté ce qui, selon le médecin traitant, allait à l'encontre des tentatives de réinsertion effectuées par le patient et par son employeur. Il en concluait qu'un poste adapté aux incapacités de l'assuré n'était pas disponible dans son domaine d'activité. En annexe, le Dr D_____ joignait des « éléments de contestation sur le plan neuropsychologique » notamment quant à une différence entre les scores obtenus à des épreuves communes réalisées par le médecin traitant en 2021 et l'expertise. Selon le médecin traitant, son patient pouvait se concentrer pleinement à certains moments mais être tout à fait incapable de le faire à d'autres moments, en raison du manque de sommeil, des hypoglycémies, du stress, de la nouveauté ou des douleurs physiques.

b. Dans sa réponse du 25 octobre 2022, l'OAI a considéré que l'expertise pluridisciplinaire, dont le rapport avait été rendu le 14 juin 2022, devait se voir reconnaître une pleine valeur probante. S'agissant des griefs du recourant et de la nouvelle pièce annexée, soit le courrier du Dr ALT du 19 juillet 2022, l'avis médical du SMR, daté du 13 octobre 2022, était joint et faisait état du désaccord sur l'absence de conclusions et de diagnostic neuropsychologique et du fait que les experts neurologue et le psychiatre n'avaient retenu aucun diagnostic incapacitant. Le SMR confirmait que, lors d'un bilan neuropsychologique, lorsque les tests de validation des symptômes n'étaient pas validés, le neuropsychologue ne pouvait pas avancer de conclusions significatives sur un diagnostic, ni sur une capacité de travail, ce qui avait été le cas lors de l'expertise neuropsychologique car les troubles cognitifs, exécutifs et attentionnels, légers à modérés et inconstants, relevaient également de facteurs non neuropsychologiques qui interféraient avec la mobilisation des ressources cognitives. S'agissant des expertises somatique et psychiatrique, les indicateurs standards de gravité avaient été joints et les diagnostics avaient été précisés, selon la CIM-10. Le trouble psychiatrique n'était pas sévère et il n'y avait pas de trouble de la personnalité. Le SMR concluait que l'expertisé était pourvu de ressources, qu'il avait des habiletés non limitées par une psychopathologie, qu'il réalisait des activités quotidiennes, était indépendant pour les repas, pour se déplacer à vélo ou à pied, pour faire ses courses, le ménage, s'occuper de ses chats, aller sur les réseaux sociaux et que sa fille s'occupait de l'administratif depuis 2018. Il s'occupait du jardin de la maison et avait pu partir seul en vacances, en Asie, durant deux mois, en 2019-2020, et avait des amis. Dès lors, le SMR estimait que le rapport médical du Dr ALT n'amenait pas de nouvel élément médical objectif, permettant de remettre en question la précédente appréciation du cas. Pour toutes ces raisons, l'OAI concluait au rejet du recours.

c. Le recourant a été invité à répliquer par courrier de la chambre de céans du 27 octobre 2022, puis par rappel du 28 novembre 2022. Il n'a réagi à aucun de ces courriers.

- d. Sur ce, la cause a été gardée à juger, ce dont les parties ont été informées.
- e. Les autres faits seront mentionnés, en tant que de besoin, dans la partie « en droit » du présent arrêt.

EN DROIT

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

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

2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.
3. Le 1^{er} janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Dans la mesure où le recours a été interjeté postérieurement au 1^{er} janvier 2021, il est soumis au nouveau droit (cf. art. 82a LPGA a contrario).
4. Le 1^{er} janvier 2022, sont entrées en vigueur les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705).

En cas de changement de règles de droit, la législation applicable est, en principe, celle qui était en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières de droit transitoire (ATF 136 V 24 consid. 4.3 et la référence).

En l'occurrence, l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement est antérieur au 1^{er} janvier 2022, de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur ancienne teneur, étant encore précisé que l'assuré était âgé de moins de 55 ans le 1^{er} janvier 2022.

5. 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.

6. Le litige porte sur le bien-fondé de la décision de l'OAI du 9 septembre 2022, niant tout droit à des prestations en faveur de l'intéressé.
7. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique et

qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008).

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. 28 al. 2 LAI).

8.

8.1 Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique 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).

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

8.2 Dans l'ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a revu et modifié en profondeur le schéma d'évaluation de la capacité de travail, respectivement de l'incapacité de travail, en cas de syndrome douloureux somatoforme et d'affections psychosomatiques comparables. Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'un catalogue d'indicateurs (ATF 141 V 281 consid. 4). Le Tribunal fédéral a ensuite étendu ce nouveau schéma d'évaluation aux autres affections psychiques (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références). Aussi, le caractère invalidant d'atteintes à la santé psychique doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment

les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance du trouble psychique à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 143 V 409 consid. 4.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2019 du 17 mars 2020 consid. 3 et les références).

Le Tribunal fédéral a en revanche maintenu, voire renforcé la portée des motifs d'exclusion définis dans l'ATF 131 V 49, aux termes desquels il y a lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble au sens de la classification sont réalisées. Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de 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, de 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 psycho-social intact (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1 et 2.2.2 ; ATF 132 V 65 consid. 4.2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_16/2016 du 14 juin 2016 consid. 3.2).

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

8.4 Pour des motifs de proportionnalité, on peut renoncer à une appréciation selon la grille d'évaluation normative et structurée si elle n'est pas nécessaire ou si elle est inappropriée. Il en va ainsi, notamment, lorsqu'il n'existe aucun indice en faveur d'une incapacité de travail durable ou lorsque l'incapacité de travail est niée sous l'angle psychique, sur la base d'un rapport probant établi par un médecin spécialisé et que d'éventuelles appréciations contraires n'ont pas de valeur probante du fait qu'elles proviennent de médecins n'ayant pas une qualification spécialisée ou pour d'autres raisons (arrêt du Tribunal fédéral 9C_101/2019 du 12 juillet 2019 consid. 4.3 et la référence ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_724/2018 du 11 juillet 2019 consid. 7). En l'absence d'un diagnostic psychiatrique, une telle appréciation n'a pas non plus à être effectuée (arrêt du Tribunal fédéral 9C_176/2018 du 16 août 2018 consid. 3.2.2).

9.

9.1 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. Dans le cas des maladies psychiques, les indicateurs sont importants pour évaluer la capacité de travail, qui - en tenant compte des facteurs incapacitants externes d'une part et du potentiel de compensation (ressources) d'autre part -, permettent d'estimer la capacité de travail réellement réalisable (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_286/2020 du 6 août 2020 consid. 4 et la référence).

9.2 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). Il faut en outre que le médecin dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêt du Tribunal fédéral 9C_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les références).

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.

9.3 Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références ; ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

9.4 Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant

qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5 ; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

9.5 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).

9.6 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).

- 10.** 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).

- 11.** En l'espèce, l'intimé a fait procéder à une expertise multidisciplinaire par des médecins indépendants.

11.1 Le recourant ne remet pas en cause, globalement, le résultat des expertises mais mentionne que certaines conclusions des experts ne « correspondent pas à la réalité », sans toutefois développer quelles seraient ces conclusions et quelle serait ladite réalité ; il ajoute qu'il ne comprend pas que l'un des experts ne se soit pas prononcé.

En l'absence de précision sur les éléments qui ne correspondraient pas la réalité, les griefs du recourant ne peuvent être suivis, étant rappelé que ce dernier s'est vu offrir, à deux reprises, la possibilité de répliquer, ce qu'il n'a pas fait.

S'agissant de l'absence de diagnostic, le neuropsychologue a expliqué en détail les raisons pour lesquelles il n'était pas en mesure d'établir un diagnostic (pages 19, 23 et 24 du rapport d'expertise de M. F_____, neuropsychologue FSP).

11.2 Le psychiatre traitant du recourant, dans la lettre annexée au recours, conteste que l'expert neuropsychologue n'ait pas pu rendre de diagnostic « en raison de facteurs confondants » et considère que le neurologue et le psychiatre concluent « à tort » à l'absence de diagnostics incapacitants.

On observe, toutefois, que le médecin traitant n'avance aucun diagnostic incapacitant concernant le recourant. Il n'explique pas en quoi – faute de diagnostic motivé – les troubles de la santé pourraient avoir des répercussions sur la capacité de travail de l'assuré. Enfin, alors que les experts s'étonnent de la prescription d'antidépresseurs, le psychiatre du recourant n'explique pas les raisons pour lesquelles il les a prescrits. En l'absence de diagnostic de dépression et d'indice de gravité, on peine à comprendre les raisons pour lesquelles le recourant doit prendre des antidépresseurs.

L'absence de diagnostic clair et motivé de la part du psychiatre traitant et l'absence de réaction quant aux interrogations des experts sur la nécessité de prescrire des antidépresseurs, affectent la crédibilité des conclusions du médecin traitant et ses griefs à l'encontre des rapports d'expertise.

11.3 S'agissant de la valeur probante, les rapports d'expertise correspondent aux exigences en la matière ; ils ont été établis en parfaite connaissance du dossier médical, qui a été récapitulé, et les plaintes du recourant ont été dûment mentionnées. Les anamnèses personnelle, familiale et professionnelle sont détaillées et les experts ont rapporté leurs observations cliniques, de façon précise,

à la suite d'un entretien approfondi. Les diagnostics retenus sont bien motivés et l'évaluation consensuelle a été faite soigneusement, en détaillant, une fois encore, l'anamnèse, l'évaluation de la cohérence et de la plausibilité et les différents diagnostics retenus par chacun des experts, en fonction de leur spécialité. Le consilium entre les experts a permis d'aboutir à la motivation de la capacité de travail globale ; les experts ont ainsi considéré que le recourant à une capacité de travail de 100 % dans la dernière activité que lui avait fournie son employeur, à savoir celle d'agent de voirie, avec toutefois une perte de rendement de 10 % en raison des malaises, des contrôles de glycémies, des « ressucrages » et autres collations, de la nécessité de fragmenter les repas et de l'absorption de liquide.

Les experts, plus particulièrement le psychiatre et le neurologue, ont également exposé de manière convaincante les raisons pour lesquelles ils considéraient que la prise d'antidépresseurs ne se justifiait pas et qu'il fallait se fonder sur les ressources de l'assuré établies, notamment, en se fondant sur la description faite par ce dernier d'une journée-type.

Compte tenu de ces éléments, la chambre de céans considère que les rapports d'expertise présentent une valeur probante et qu'aucune contradiction ne permet de remettre en question les conclusions des experts.

S'agissant des critiques émises par le Dr D_____, elles ne se fondent pas sur des éléments objectifs, ni sur un diagnostic motivé. De surcroît, il sied de rappeler que 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.

12. Au vu de ce qui précède, la chambre de céans n'a d'autre choix que de rejeter le recours.
13. Le recourant sera condamné au paiement d'un émolument de CHF 200.- (art. 69 al. 1^{bis} LAI).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Met un émolument de CHF 200.- à la charge du recourant.
4. 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

Le président

Véronique SERAIN

Philippe KNUPFER

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