



POUVOIR JUDICIAIRE

A/3123/2019

ATAS/709/2020

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

**Arrêt du 27 août 2020**

**3<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

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

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Karine STECK, Présidente; Michael BIOT et Claudiane CORTHAY, Juges  
assesseurs**

---

**EN FAIT**

1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), né le \_\_\_\_\_ 1974, a travaillé à compter de septembre 2015 au service de la Ville de Versoix en tant qu'agent d'exploitation de la voirie à plein temps.
2. Le docteur B\_\_\_\_\_, médecin praticien, l'a mis en arrêt de travail total dès le 4 mars 2016 pour cause de maladie.
3. Dans un rapport du 9 mai 2016, la doctoresse C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en dermatologie et vénéréologie, a posé le diagnostic d'eczéma dyshidrosique au niveau de la plante des pieds, avec douleurs importantes. L'incapacité de travail était totale du 3 mars au 18 mai 2016, date à laquelle une reprise du travail à plein temps était prévue. Le pronostic était bon.
4. Le 10 mai 2016, le docteur D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a attesté d'une incapacité de travail totale pour une durée indéterminée.
5. Le 11 mai 2016, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI), en invoquant des troubles dermatologiques et psychiatriques.
6. Dans un rapport du 3 juin 2016, le docteur E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en dermatologie et vénéréologie, a posé le diagnostic, avec effet sur la capacité de travail, de dyshidrose plantaire. Le médecin escomptait une reprise de l'activité professionnelle, respectivement une amélioration de la capacité de travail à 100% à partir de juillet-août 2016, à rediscuter en fin de traitement des douleurs.
7. Le 2 septembre 2016, le docteur F\_\_\_\_\_, spécialiste en neurochirurgie, a diagnostiqué une hernie discale récessale L4-L5 à gauche, dans un contexte de canal lombaire constitutionnellement étroit. L'assuré souffrait depuis le 26 juillet 2016 d'une lombosciatalgie irradiante dans le territoire L5 gauche. Le traitement actuel de physiothérapie et par Voltarène avait nettement diminué la sciatalgie, actuellement cotée à 3/10. L'examen clinique montrait un signe irritatif résiduel, sans déficit de la force dans les myotomes, sans déficit sensible dans les dermatomes et sans syndrome vertébral.
8. Le 10 octobre 2016, le Dr E\_\_\_\_\_ a fait état d'une amélioration de l'état de santé. La dernière consultation remontait au 4 octobre 2016, date de la fin du suivi dermatologique. La capacité de travail était entière dans l'activité habituelle.
9. Dans un rapport du 10 octobre 2016, le Dr B\_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics de lombosciatalgie gauche sur hernie discale L4-L5 et canal lombaire étroit, d'hypertension artérielle et de dyshidrose des membres. L'assuré le consultait deux

à trois fois par mois, sans évolution favorable. L'intéressé ne pouvait ni marcher, ni soulever ou porter des charges. La station debout était possible pendant une à deux heures, la position assise durant deux à trois heures.

10. Dans un rapport du 14 novembre 2016, le Dr D\_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics de maladie dermatologique incurable et invalidante, de trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive (F 43.22) prolongée (F 43.21), de traits de personnalité paranoïaque (F 60.0) et dyssoziale (F 60.2), et de lombalgies. Le médecin a évoqué une dépression réactionnelle moyenne à sévère avec désespoir et sentiment que la vie était « finie, fichue ». Le pronostic était sombre et la capacité de travail nulle dans toute activité.
11. Le 25 juillet 2017, le service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a émis l'avis que, sur le plan cutané, l'atteinte à la santé, en amélioration progressive sous traitement par puva thérapie et corticothérapie, justifiait d'une incapacité de travail totale du 4 mars au 4 octobre 2016. Sur le plan orthopédique, compte tenu de la hernie discale L4-L5 gauche dans un contexte de canal lombaire étroit, il y avait lieu d'admettre des limitations fonctionnelles (pas de port de charges lourdes, pas de mouvement forcé du tronc en flexion-extension) et une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle depuis le 4 mars 2016. Sur le plan psychique, il convenait de poursuivre l'instruction, l'atteinte n'étant pas stabilisée.
12. Dans un rapport du 22 octobre 2017, le Dr D\_\_\_\_\_ a indiqué que l'assuré présentait un faciès figé sans mimique, une thymie triste et une personnalité vulnérable, avec beaucoup de méfiance par rapport à autrui. L'assuré était incapable d'élaborer un projet pour la journée ou l'avenir. Il restait chez lui à ne rien faire. Son épouse s'occupait du ménage et de la cuisine et, de temps à autre, l'obligeait à l'accompagner pour les commissions du week-end. L'assuré désespérait, se sentait abattu et écrasé par son sort, ainsi que par le système et la société. Il n'avait pas d'amis et pas de contact avec sa fratrie. Il était facilement blessé par les remarques d'autrui. Le traitement médicamenteux, composé de Zoloft et de Seresta, semblait lui convenir, mais n'améliorait pas son état.
13. Dans un rapport du 12 novembre 2017, le Dr B\_\_\_\_\_ a confirmé les diagnostics dont il avait déjà fait état – en précisant que la dyshidrose des membres était désormais en rémission partielle. Il y a ajouté celui de troubles psychiatriques mixtes avec probabilité de passage à l'acte. L'assuré traînait sa jambe gauche en marchant. La capacité de travail était nulle dans toute activité depuis le 2 août 2016. Un examen par un spécialiste en rhumatologie et en psychiatrie était opportun.
14. Le 13 août 2018, le SMR a estimé qu'une expertise psychiatrique était nécessaire, du fait de la persistance des symptômes et du peu d'éléments objectifs concernant le status psychique de l'assuré, afin de déterminer si l'atteinte psychique était incapacitante et, dans l'affirmative, depuis quand et si le traitement en cours était approprié.

15. Le 9 octobre 2018, le docteur G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne générale, a mis l'assuré en arrêt de travail total du 1<sup>er</sup> au 31 octobre 2018, arrêt qu'il a prolongé à répétées reprises jusqu'au 31 août 2019.
16. Mandaté par l'OAI, le docteur H\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a examiné l'assuré les 4 et 18 octobre 2018, s'est entretenu avec le psychiatre traitant et a rendu son rapport d'expertise le 7 novembre suivant.

L'expert a retenu les diagnostics de trouble dépressif récurrent moyen avec syndrome somatique depuis avril 2016 (F 33.11), de traits de la personnalité émotionnellement labile et paranoïaque actuellement non décompensés (Z 73.1), de trouble douloureux somatoforme persistant (F 45.4) versus des facteurs psychologiques ou comportementaux associés à des troubles ou des maladies classés ailleurs (F 54).

Le trouble de l'adaptation décrit par le psychiatre traitant avait évolué vers un trouble dépressif récurrent moyen avec syndrome somatique depuis avril 2016 au regard des critères diagnostiques de la classification statistique internationale des maladies et problèmes de santé connexes (CIM-10). Le diagnostic de trouble de la personnalité était écarté au profit de celui de traits de la personnalité émotionnellement labile et paranoïaque selon la CIM-10.

Les activités exercées au quotidien et la présence de plaisirs plaidaient contre l'anhédonie chez un assuré qui lisait, se promenait, partageait des moments positifs avec son épouse et gérait une partie des activités ménagères légères. L'absence de changement de la Sertraline depuis plus de deux ans et d'hospitalisation en psychiatrie, ainsi que le suivi psychiatrique bimensuel plaidaient également contre un épisode dépressif sévère persistant.

Les limitations fonctionnelles étaient modérées et consistaient en un ralentissement psychomoteur modéré, des troubles modérés de la concentration, une fatigue, une tristesse modérée et une faible estime de soi avec isolement social partiel, sans anhédonie, ni aboulie.

Les ressources de l'assuré étaient limitées, mais existantes, compte tenu de la gestion partielle de son quotidien et des limitations sus-décrites.

Le traitement était relativement adéquat. Les chances de résolution de l'épisode dépressif moyen étaient réelles en cas de remplacement du traitement en cours par un autre antidépresseur, comme la Duloxétine, accompagné d'un suivi hebdomadaire plutôt que bimensuel.

Les plaintes de l'assuré étaient concordantes avec l'examen clinique.

Sa capacité de travail était évaluée à 50% dans toute activité depuis avril 2016, sans baisse de rendement, mais le pronostic d'une reprise professionnelle était sombre vu le status algique important.

17. Une imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) lombaire du 24 octobre 2018 a montré un canal lombaire étroit constitutionnel dans le plan sagittal prédominant de L2 à S1, ainsi que des protrusions discales sous-ligamentaires médianes L4-L5-S1, sans hernie discale ni conflit disco-radulaire.
18. Le 19 novembre 2018, le SMR a retenu, à titre d'atteintes à la santé incapacitantes : un trouble somatoforme douloureux, un trouble dépressif récurrent, épisode moyen avec syndrome somatique (F 33.1), des lombo-sciatalgies sur canal lombaire étroit, et une dyshidrose. L'incapacité de travail durable avait débuté le 4 mars 2016. La capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle, mais de 50% dans une activité adaptée, évitant le port de charges supérieures à 5 kg, les mouvements en porte-à-faux du rachis lombaire et permettant l'alternance des positions assise et debout. Les limitations fonctionnelles psychiques étaient les suivantes : troubles de l'attention et de la concentration, difficultés relationnelles. Le début de l'aptitude à la réadaptation était fixé à octobre 2018.
19. Dans un rapport du 14 décembre 2018, le docteur I\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en anesthésiologie, a posé le diagnostic de canal lombaire étroit. L'assuré passait actuellement 80% de sa journée au lit. Les douleurs restaient vives et permanentes, exacerbées par la position assise et rendaient la marche extrêmement difficile, effectuée penchée en avant. Le handicap était réel et majeur.
20. Le 21 mars 2019, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision dont il ressortait qu'il entendait lui reconnaître le droit à une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> mars au 31 décembre 2017, puis à un trois quarts de rente dès le 1<sup>er</sup> janvier 2019.  
  
Sa capacité de travail, nulle dans son activité habituelle depuis le 4 mars 2016, était de 50% dans une activité adaptée à partir d'octobre 2018.  
  
Au terme du délai d'attente annuel le 4 mars 2017, il présentait un degré d'invalidité de 100% lui ouvrant le droit à une rente entière.  
  
Depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2018, la comparaison du revenu d'invalidé (CHF 28'518.-) au revenu de valide (CHF 85'373.-) aboutissait à un degré d'invalidité de 67%, ouvrant le droit à un trois-quarts de rente dès janvier 2019, soit trois mois après l'amélioration de l'état de santé.
21. Le 26 avril 2019, l'assuré, sous la plume de son conseil, a contesté ce projet.
22. Par décision formelle du 25 juin 2019, l'OAI a reconnu à l'assuré le droit à une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> mars au 31 décembre 2017, puis à un trois quarts de rente dès le 1<sup>er</sup> janvier 2019.
23. Par acte du 29 août 2019, l'assuré, par l'intermédiaire de son conseil, a interjeté recours contre cette décision auprès de la Cour de céans, en concluant, sous suite de frais et dépens, préalablement, à l'audition de ses médecins traitants, principalement, à l'octroi d'une rente entière dès le 1<sup>er</sup> mars 2017.

Le recourant, se référant aux rapports de ses médecins traitants, conteste disposer d'une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée, tant d'un point de vue physique que psychique.

Il nie toute valeur probante au rapport d'expertise psychiatrique, au motif que la description de la journée quotidienne diffère de celle rapportée par ses médecins traitants, selon qui il passe 80% de son temps alité en raison de ses douleurs sciatiques, ce qui influence son état psychique.

Il considère que l'évaluation de sa capacité de travail sur le plan physique ne peut pas reposer sur ce rapport d'expertise, dans la mesure où ce dernier ne porte que sur le volet psychiatrique.

Il reproche en outre à l'intimé de n'avoir pas précisé quelle activité adaptée il pourrait exercer compte tenu de ses limitations physiques et psychiques.

À l'appui de sa position, le recourant produit en particulier :

- un rapport du 17 avril 2019 du Dr I\_\_\_\_\_ indiquant que la situation actuelle reste extrêmement pénible sans amélioration, malgré les traitements instaurés (utilisation du TENS [neurostimulation électrique transcutanée], perfusions itératives), et que seul un traitement conservateur est possible (physiothérapie intensive, de type école du dos) ;
- un rapport du 27 juin 2019 du docteur J\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne générale et en pneumologie, relevant que le recourant souffre d'un syndrome d'apnée du sommeil sévère nécessitant l'utilisation quotidienne d'un appareil à pression positive continue (CPAP) ;
- un rapport du 10 juillet 2019 du Dr D\_\_\_\_\_, mentionnant qu'il suit régulièrement le recourant depuis mai 2016 et concluant à une capacité de travail nulle dans toute activité, étant précisé que l'état psychique de son patient ne s'est jamais amélioré, malgré divers essais médicamenteux ;
- un rapport du 26 juillet 2019 du Dr G\_\_\_\_\_ indiquant que le recourant le consulte depuis le 9 octobre 2018, qu'il souffre d'un canal lombaire étroit constitutionnel de L2 à L5 bilatéral qui occasionne des douleurs sciatiques presque continues dans les deux jambes, qu'il passe 80% de son temps alité, que la position assise est pénible, qu'il marche courbé en avant, que de multiples traitements ont été suivis, sans succès, et qu'en l'état, le patient n'est pas apte à travailler, même à temps partiel et dans une activité adaptée.

24. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 25 septembre 2019, a conclu au rejet du recours.

Il fait valoir que le rapport d'expertise remplit les exigences jurisprudentielles pour se voir reconnaître une pleine valeur probante.

Il se rallie à l'avis émis le 10 septembre 2019 par le SMR, selon lequel les derniers rapports n'amènent pas d'éléments médicaux objectifs nouveaux remettant en cause son avis antérieur, dans lequel il a pris en compte le diagnostic de lombosciatalgies

sur canal lombaire étroit. Le SMR estime que le psychiatre traitant ne fait pas état d'élément objectif d'aggravation ; quant au diagnostic de syndrome d'apnées du sommeil, il ne justifie pas une incapacité de travail de longue durée car, moyennant un traitement bien conduit (CPAP), ce trouble s'améliore rapidement, de même que les éventuels symptômes de fatigue.

25. Dans sa réplique du 28 octobre 2019, le recourant a persisté dans ses conclusions.

Il reproche à l'intimé d'avoir insuffisamment instruit son dossier et de s'être fondé à tort sur le rapport d'expertise psychiatrique pour retenir une amélioration de son état de santé physique.

Il relève que le SMR ne s'est pas prononcé sur le rapport du 26 juillet 2019 du Dr G\_\_\_\_\_.

Pour le surplus, il réitère les arguments développés antérieurement.

26. Dans sa duplique du 21 novembre 2019, l'intimé soutient avoir procédé à une évaluation médicale complète du recourant, dès lors qu'il a pris en compte les atteintes physiques dont celui-ci souffre. Faute d'éléments objectivement vérifiables mis en évidence par les médecins traitants, l'opinion divergente de ces derniers ne saurait suffire à remettre en cause les conclusions de l'expert. Le rapport du 26 juillet 2019, notamment, en tant qu'il relate essentiellement les plaintes du recourant et retrace son parcours médical, ne comporte aucun élément médical objectif nouveau.

27. Dans sa détermination du 20 décembre 2019, le recourant allègue que son état de santé s'est encore dégradé dernièrement et soutient qu'aucun élément au dossier ne permet de constater une amélioration de son état de santé physique.

En l'absence d'une expertise de médecine physique, il n'existe pas de divergence d'opinion entre expert et médecins traitants.

Il verse au dossier :

- un rapport du 4 décembre 2019 du Dr G\_\_\_\_\_ reprenant la teneur de son précédent rapport et rappelant les traitements prodigués (perfusions d'anesthésiques, divers médicaments à but antalgique, et actuellement, morphinique majeur ainsi qu'un antiépileptique à but antalgique) ;
- un rapport du 12 décembre 2019 du Dr D\_\_\_\_\_ posant le diagnostic de trouble dépressif récurrent sévère (F 33.2) ; le médecin indique que l'état psychiatrique du patient s'est nettement dégradé depuis le début de l'année (aggravation de la thymie, perte de plaisir et d'intérêt, anhédonie, perte d'estime de soi, idéation suicidaire avec scénario bien précis quant au passage à l'acte, absence de concentration, troubles du sommeil et isolement social plus important qu'auparavant) ; le psychiatre évalue la capacité de travail à 0%.

## 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.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. Le délai de recours est de trente jours (art. 60 LPGA; art. 62 al. 1 let. a 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, compte tenu de la suspension des délais pour la période du 15 juillet au 15 août inclusivement (art. 38 al. 4 let. b LPGA et art. 89C let. b LPA), le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).
4. Le litige porte sur le point de savoir si c'est à bon droit que l'intimé a limité le droit du recourant à une rente entière d'invalidité au 31 décembre 2017, singulièrement si c'est à juste titre qu'il a considéré que l'intéressé avait recouvré une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2018.
5. 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). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5; ATF 113 V 273 consid. 1a; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_1006/2010 du 22 mars 2011 consid. 2.2).
6. 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<sup>er</sup> janvier 2008).

7. 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).

8. a. 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 et 141 V 281 consid. 2.2 et 3.2; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_841/2016 du 30 novembre 2017 consid. 4.5.2).

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, y compris aux troubles dépressifs de degré léger ou moyen (ATF 143 V 409 consid. 4.5.1). En effet, celles-ci ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée.

b. La capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant de mettre en regard les facteurs extérieurs incapacitants d'une part et les ressources de compensation de la personne d'autre part (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). Il n'y a plus lieu de se fonder sur les critères de l'ATF 130 V 352, mais sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4). Dans ce cadre, 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 pertinents sont notamment l'expression des constatations et des symptômes, le recours aux thérapies, leur déroulement et leurs effets, les efforts de réadaptation professionnelle, les comorbidités, le développement et la structure de la personnalité, le contexte social de la personne concernée ainsi que la survenance des restrictions alléguées dans les différents domaines de la vie (travail et loisirs ; cf. ATAS/676/2019 du 26 juillet 2019 consid. 10a ; ATAS/856/2019 du 12 septembre 2019 consid. 6).

9. 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).

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 LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut

trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il 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).

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 du règlement sur l'assurance-invalidité, du 17 janvier 1961 [RAI – RS 831.201]; 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).

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).

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. À 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. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151 consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

12. a. En l'espèce, il n'est pas contesté que le recourant n'est plus apte à pratiquer son activité habituelle d'agent d'exploitation de la voirie.

En revanche, la position des parties diverge quant à sa capacité à exercer une activité adaptée. L'intimé, s'appuyant sur l'avis du SMR du 19 novembre 2018 – lui-même basé sur le rapport d'expertise psychiatrique du 7 novembre 2018 –, et celui du 10 septembre 2019, estime que le recourant peut exercer à 50% une activité respectant ses limitations fonctionnelles et de, depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2018, ce que l'intéressé conteste en se référant aux rapports de ses médecins traitants.

b. Il ressort du dossier que le recourant souffre d'atteintes à la santé tant physique que psychique.

b/aa. Sur le plan cutané, la dyshidrose plantaire a entraîné une incapacité de travail totale du 3 mars au 4 octobre 2016, date de la fin du suivi dermatologique (cf. rapports des Drs C\_\_\_\_\_ du 9 mai 2016 et E\_\_\_\_\_ du 10 octobre 2016), ce qui n'est à juste titre pas remis en cause par le recourant. En effet, le Dr GODA, médecin traitant généraliste, a relevé dans son rapport du 12 novembre 2017, que cette atteinte était en rémission partielle et, s'il a jugé la capacité de travail nulle dans toute activité, il a en revanche, compte tenu de la lombosciatalgie gauche et du trouble psychiatrique, préconisé une expertise rhumatologique et psychiatrique, et non dermatologique. En outre, les arrêts de travail établis par les Drs G\_\_\_\_\_ et D\_\_\_\_\_ portent sur les pathologies lombaires et psychiatriques et non cutanées.

b/bb. Sur le plan pneumologique, dans son rapport du 27 juin 2019, le Dr J\_\_\_\_\_ a certes fait état d'un syndrome d'apnée du sommeil, appareillé, mais n'a pas attesté que celui-ci entraînerait des limitations fonctionnelles et serait incapacitant. Au demeurant, le recourant ne le prétend d'ailleurs pas.

b/cc. Sur le plan lombaire, dans son rapport du 2 septembre 2016, le Dr F\_\_\_\_\_ a conclu à une hernie discale L4-L5 sur canal lombaire constitutionnellement étroit et précisé que le recourant éprouvait des douleurs depuis le 26 juillet 2016. Ce médecin ne s'est pas prononcé sur la capacité de travail de son patient. Le Dr B\_\_\_\_\_, par contre, l'a évaluée à 0% dans toute activité. L'IRM lombaire du 24 octobre 2018 n'a pas révélé de hernie discale, mais a confirmé l'existence d'un canal lombaire étroit constitutionnel et mis en évidence des protrusions discales sous-ligamentaires médianes L4-L5-S1. Dans son rapport du 26 juillet 2019, le Dr G\_\_\_\_\_ a émis l'avis que le canal lombaire étroit constitutionnel empêche le recourant de travailler, y compris dans une activité adaptée.

Le SMR a considéré que le recourant peut exercer à 50% une activité adaptée (évitant le port de charges supérieures à 5 kg, les mouvements en porte-à-faux du rachis lombaire et permettant l'alternance des positions assise et debout). La Cour de céans constate que cette évaluation de la capacité de travail résiduelle diffère de celle des médecins traitants, sans que le SMR, qui n'a pas procédé à l'examen clinique du recourant, n'explique pour quels motifs. Comme le souligne le recourant, le SMR ne pouvait se fonder à cet égard sur le rapport d'expertise

psychiatrique, qui conclut à une capacité de travail de 50% dans toute activité, dès lors que l'expert, en sa qualité de spécialiste en psychiatrie, n'a pas examiné l'influence éventuelle de l'atteinte lombaire sur la capacité de travail du recourant.

Dans la mesure où l'intimé n'a pas du tout instruit ce point médical, il se justifie de lui renvoyer la cause afin qu'il mette en œuvre une expertise rhumatologique – comme l'avait du reste proposé le Dr B\_\_\_\_\_. Il appartiendra à l'expert de décrire les limitations fonctionnelles du recourant, de se prononcer sur sa capacité de travail, de même que sur une éventuelle diminution de rendement et, enfin, de décrire quelle a été l'évolution de son état de santé sur le plan lombaire.

b/dd. Sur le plan psychiatrique, le rapport d'expertise du 7 novembre 2018 comprend le résumé du dossier, l'anamnèse, les indications subjectives du recourant, des observations cliniques, ainsi que des conclusions motivées et convaincantes. Partant, il remplit tous les réquisits jurisprudentiels pour qu'il lui soit reconnu une pleine valeur probante.

Sur le fond, l'expert a, en fonction des éléments cliniques qu'il a mis en évidence et des déclarations du recourant – complétés par différents tests (Matrices de Raven, questionnaires DETA et AUDIT, échelle PANSS, Hamilton, Young [p. 19-27]) –, motivé les raisons pour lesquelles il estime que le trouble dépressif récurrent moyen avec syndrome somatique depuis avril 2016 entraîne des limitations fonctionnelles modérées et impacte négativement la capacité de travail du recourant à hauteur de 50 % dans toute activité. L'expert a précisé que celui-ci ne présente pas de troubles anxieux spécifiques et que les symptômes anxieux font partie du trouble dépressif récurrent moyen avec syndrome somatique dans un contexte de douleurs chroniques (p. 28).

En particulier, l'expert, qui a pris en considération les indicateurs déterminants applicables aux troubles psychiques, développés par la nouvelle jurisprudence en lien avec les troubles somatoformes douloureux, a relevé que le recourant, qui a des idées noires, sans désir de passage à l'acte (p. 10), consulte deux fois par mois son psychiatre traitant et que son affection n'a jamais nécessité une hospitalisation en milieu psychiatrique. Il a considéré que le traitement était relativement adéquat, et recommandé la prise d'un autre antidépresseur. Ainsi, le recourant n'est pas confronté à un échec de toute thérapie médicalement indiquée. De plus, l'expert n'a pas retenu un trouble de la personnalité au sens d'une classification diagnostique reconnue, mais des traits de la personnalité émotionnellement labile et paranoïaque, présents depuis l'âge adulte, qui n'ont jadis pas empêché le recourant de travailler (p. 31, 33, 36). Par ailleurs, en dépit de ses affections psychiques, celui-ci a du plaisir à lire ou à regarder la télévision (p. 18), passe de bons moments avec son épouse, et garde des contacts téléphoniques avec sa famille (parents, frères) qui réside en Hongrie (p. 12, 15, 18). Il ne souffre donc pas d'un isolement total (p. 30-31). En outre, le recourant, qui ne présente pas de somnolence diurne (p. 25), effectue les tâches ménagères légères et accompagne son épouse pour les courses (p. 15). Ses ressources sont limitées mais existantes (p. 31, 38), car sa concentration

n'est que légèrement diminuée dans le contexte d'un ralentissement psychomoteur modéré (p. 17, 25, 38).

Dans ces circonstances, on doit admettre avec l'expert que les affections psychiques du recourant influencent sa capacité de travail à hauteur de 50% dans toute activité.

Contrairement à ce que semble croire le recourant, le fait que le Dr I\_\_\_\_\_ ait mentionné dans son rapport du 14 décembre 2018 que son patient restait 80% de sa journée alité, en raison de ses lombalgies – affectant en conséquence son état psychique aux dires du recourant –, ne remet pas en cause l'appréciation de l'expert psychiatre, qui porte sur la période antérieure au 18 octobre 2018, date du second entretien d'expertise. En effet, les deux médecins se sont fait le relais des déclarations du recourant. Ainsi, la description de la journée quotidienne du recourant rapportée par l'expert ne diffère pas de celle du médecin traitant pour la période susmentionnée. En revanche, pour la période postérieure, le Dr D\_\_\_\_\_ a fait état dans son rapport du 12 décembre 2019 d'une aggravation de l'état de santé psychique depuis le début de l'année 2019, et retenu un diagnostic différent, soit un trouble dépressif récurrent d'intensité sévère. Quand bien même ce rapport a été produit après la décision querellée du 25 juin 2019, il documente une péjoration de l'état de santé du recourant qui remonte à une date antérieure à juin 2019. Partant, ce rapport, en lien avec l'objet du litige, doit être pris en considération (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 321/04 du 18 juillet 2005 consid. 5.1).

Cela étant, à défaut d'explications circonstanciées, il ne peut être établi clairement si le Dr D\_\_\_\_\_ a signalé uniquement les indications subjectives du recourant, ou si les plaintes rapportées ont été corroborées par ses propres constatations objectives. Aussi une instruction complémentaire sur ce point est-elle également nécessaire.

Dans la mesure où, pour les motifs exposés ci-dessus, la cause est renvoyée à l'intimé pour qu'il éclaire la situation médicale du recourant sur le plan lombaire, il lui appartiendra également d'instruire le cas sur le plan psychique.

L'intimé pourra à cet égard se renseigner auprès du Dr H\_\_\_\_\_, expert psychiatre, qui a déjà pris connaissance du dossier du recourant, et dont le rapport d'expertise du 7 novembre 2018 est probant. Le Dr H\_\_\_\_\_, après examen du recourant, se déterminera sur le rapport du psychiatre traitant du 12 décembre 2019, puis se prononcera sur la capacité de travail du recourant à compter de janvier 2019, date de l'aggravation de l'état de santé dont a fait état le Dr D\_\_\_\_\_.

13. Au vu de ce qui précède, le recours est partiellement admis, la décision du 25 juin 2019 annulée et le dossier renvoyé à l'intimé afin qu'il procède conformément aux considérants.
14. Le recourant, représenté par un mandataire, obtenant partiellement gain de cause, une indemnité lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière

administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]), arrêtée en l'espèce à CHF 2'000.-.

15. Étant donné que, depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument, arrêté en l'espèce à CHF 500.-.



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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision du 25 juin 2019.
4. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
5. Alloue au recourant une indemnité de CHF 2'000.- à titre de dépens, à la charge de l'intimé.
6. Met un émolument de CHF 500.- à la charge de l'intimé.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La Présidente

Marie-Catherine SÉCHAUD

Karine STECK

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