

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1427/2020

ATAS/1144/2020

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Ordonnance d'expertise du 26 novembre 2020

6^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à LE GRAND-SACONNEX,
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Marc
MATHEY-DORET

recourant

contre

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

intimé

Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), née le _____ 1959, divorcé, de nationalité suisse, est titulaire d'un Certificat fédéral de capacité d'employé de commerce. Il a exercé comme collaborateur à B_____ de 2003 à 2011.
2. Le 4 juillet 2011, l'assuré a déposé une demande de prestations d'invalidité. Il est pris en charge par l'Hospice général depuis le 1^{er} juillet 2011.
3. Le 15 septembre 2011, le docteur C_____, FMH médecine générale, de la fondation D_____, a rempli un rapport médical AI attestant des diagnostics de dépendance aux opiacés substituée F11.2, dépendance aux benzodiazépines F13.2, dépendance à l'alcool F10.25, hernie discale L5-S1 et L4-L5, protrusion discale foraminale L3-L4 et L1-L2, status après deux accidents de la voie publique avec multiples fractures 89-90, status après plaies profondes des deux mains 2007. Les symptômes actuels étaient une mobilisation lombaire et à la cheville droite douloureuse incapacitante.
4. Le 4 novembre 2011, le docteur E_____, FMH neurochirurgie, a attesté de lombalgies mécaniques.
5. Le 26 juin 2012, la doctoresse F_____, FMH chirurgie orthopédique, a attesté d'un status post fracture de la jambe gauche opérée en 2011, et de cheville droite opérée en 1989 ainsi que des hernies discales lombaires avec troubles sensitifs.
6. A la demande de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI), la policlinique médicale universitaire (ci-après : la PMU) a rendu le 28 avril 2015 une expertise psychiatrique (docteur G_____), rhumatologique (docteur H_____) et orthopédique (docteur I_____). Les conclusions du rapport ont fait l'objet d'un colloque de synthèse avec les docteurs J_____ et K_____ (internistes) et le Dr G_____.

L'assuré se plaignait de lombalgies chroniques, douleurs au genou gauche et à la cheville droite, de découragement, fatigue, tristesse, manque d'envie et de plaisir, sans espoir, de trouble de la concentration, de l'attention et de la mémoire.

Les experts ont posé les diagnostics, avec influence essentielle sur la capacité de travail, d'arthrose de l'articulation tibio-tarsienne et sous astragaliennne droite M19.17, de gonarthrose du compartiment interne gauche débutante M17.3, de séquelles de plaies de la base du pouce bilatérale prédominant à gauche avec déficit de mobilité de la racine du pouce, et sans influence essentielle sur la capacité de travail, d'épisode dépressif d'intensité légère, de troubles mentaux liés à l'utilisation d'opiacés en abstinence sous traitement de substitution, de troubles mentaux liés à l'utilisation d'alcool, utilisation continue, de troubles mentaux liés à l'utilisation de benzodiazépines, actuellement abstinent, de lombalgies chroniques non spécifiques, avec discrètes séquelles de maladie de scheuermann lombaire, de maladie de Dupuytren bilatérale prédominant à gauche.

La capacité de travail était totale dans une activité sédentaire depuis 2011, avec possibilité de se lever, port de charge de maximum 5 kg, pas de travaux lourds ni de marche prolongée, pas de mouvements fins avec la main gauche ni de porte à faux du tronc et d'utilisation d'engin vibrant.

7. Par décision du 1^{er} septembre 2015, l'OAI a rejeté la demande de prestations, au motif que la capacité de travail de l'assuré était entière dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée.
8. Le 9 janvier 2018, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations d'invalidité en raison de troubles psychiques.
9. Le 29 mars 2018, la doctoresse L_____, FMH psychiatrie et psychothérapie, de la fondation D_____, a rendu un rapport médical attestant d'un suivi de l'assuré depuis octobre 2016, adressé par le Dr C_____ en raison d'une nette péjoration de l'état thymique.

L'assuré présentait une désorganisation comportementale associée à une difficulté de gestion du quotidien, une forte instabilité émotionnelle et relationnelle associée à des crises clastiques, une importante impulsivité, un discours pessimiste et des idées noires. Il avait toujours de la peine à reconnaître les troubles psychiques et attribuait ses difficultés au sentiment d'incompréhension et d'injustice. Devant la plainte mnésique récurrente, un bilan neuropsychologique, fait en mai 2016, écartait des troubles cognitifs et retenait un trouble anxio-dépressif sévère. Par ailleurs, l'assuré présentait des critères en faveur d'un trouble de l'attention et hyperactivité, une échelle de pré-évaluation était revenue positive et une investigation spécifique était à prévoir. Pour conclure, l'assuré présentait des troubles psychiatriques sévères, à type d'un trouble anxio-dépressif, associé d'un trouble de personnalité de type borderline, évoluant de longue date, et qui devenaient ces derniers temps problématiques et entravaient grandement ses quelques capacités relationnelles et sa gestion du quotidien et de ce fait une éventuelle capacité de travail théorique.

10. A la demande du Service médical régional AI (ci-après : le SMR), la Dresse L_____ a donné le 21 janvier 2019 des renseignements complémentaires. L'assuré avait des difficultés à maintenir son attention, à débiter une tâche et la mener jusqu'au bout. Il était intolérant à la frustration, pouvant présenter des accès de colère et quitter l'endroit de manière impulsive. Il n'arrivait pas à être régulier. Tout changement, même minime (dans ses activités ritualisées) était source d'anxiété, de désorganisation et de dysphorie. Il présentait avec impact sur la capacité de travail, une anxiété généralisée F41.1, des troubles dépressifs récurrents, épisode actuel léger avec syndrome somatique F33.01, un trouble de personnalité émotionnelle labile, de type Borderline F60.31. La capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle et au maximum de 50 % dans une activité adaptée, avec encadrement psycho-social. Les limitations étaient d'ordre psychique marquées par une forte impulsivité, des difficultés relationnelles, des accès de

colère, des ruptures, une intolérance à la frustration. Il était par ailleurs relevé une difficulté à se concentrer et à maintenir son attention. L'état de santé de l'assuré s'était péjoré ces dernières années avec une forme d'isolement et de confinement dans des activités ritualisées. L'observance thérapeutique était fluctuante ; l'assuré était anosognosique de ses troubles et très impulsif. Depuis une année la consommation d'alcool était plus contrôlée ; les limitations fonctionnelles étaient liées au trouble de personnalité et anxieux et il n'y avait pas d'amélioration clinique malgré un meilleur contrôle de la consommation d'alcool. La consommation d'alcool avait une fonction anxiolytique.

11. Le 3 mai 2019, l'OAI a estimé que l'assuré avait un statut d'actif.
12. A la demande de l'OAI, le docteur M_____, FMH psychiatrie et psychothérapie, a rendu le 13 décembre 2019 un rapport d'expertise. L'entretien avait eu lieu le 9 juillet 2019 de 14h à 16h. Il a posé les diagnostics qui étaient sans répercussion sur la capacité de travail, de trouble dépressif de gravité légère, troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'opiacés actuellement abstinent, sous traitement de substitution (F11.22), troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, utilisation continue (F10.25), troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis utilise actuellement le cannabis (F12.24), personnalité (immature et passive dépendante) abandonnique du registre état limite.

L'assuré avait certainement des variations de l'humeur, il n'y avait pas d'anhédonie, aboulie ou apragmatisme marqués chez un homme qui avait une vie sociale avec ses amis, maintenait une relation affective - même si certes parfois conflictuelle -, regardait la télévision et globalement consacrait son temps à soutenir et à seconder sa mère dans toutes les tâches y relatives. Le sommeil n'était que peu perturbé mais plutôt désorganisé en raison de son mode de vie. L'assuré ne se disait pas en proie d'une anxiété continue. Il mentionnait des troubles de la pensée et de la concentration mais non objectivables. L'évolution paraissait plutôt favorable et le diagnostic de trouble dépressif de gravité légère pouvait être retenu. Il n'y avait aucune évidence en faveur d'une récurrence ou d'une symptomatologie dépressive cliniquement incapacitantes.

Aucun élément ne suggérait une anxiété généralisée. L'assuré présentait globalement une personnalité manquant de maturité ; dépendante sur un mode probablement abandonnique, peinant à prendre son autonomie. L'assuré était probablement sensible aux conflits et aux séparations, Il n'y avait pas d'antécédents connus de tentatives de suicide, d'automutilations, ce que l'on retrouvait dans les graves troubles de la personnalité état limite. Il n'y avait pas non plus de récurrence de trouble de l'adaptation ou dépression sévère lors de situation de stress ou de séparation, ni de remise en cause de son idéal narcissique. A ce titre, l'assuré paraissait peu sensible aux critiques et c'était surtout le manque d'ambition et une certaine passivité qui paraissaient au premier plan. Il n'était d'ailleurs pas impossible que les réactions de colère ou les bagarres inappropriées étaient

survenues surtout lorsqu'il avait été en proie à des abus d'alcool ou d'opiacé et de THC. Une personnalité (immature et passive dépendante) abandonnique du registre état limite était retenue.

L'assuré avait présenté une dépendance aux opiacés, à l'alcool et au THC, dans un contexte social favorisant chez un sujet probablement influençable, cherchant l'appartenance à un groupe à travers sa consommation. Il y avait une longue période d'abstinence et actuellement un suivi de longue date sous traitement de substitution à la Méthadone, sans évidence de récurrence de consommation d'opiacés, ce qui avait été attesté par la Fondation D_____ avec une prise occasionnelle de THC. L'assuré déclarait mieux maîtriser sa consommation d'alcool même si un foetor éthylique avait pu être observé à son arrivée, jetant quelques doutes sur ce point ce qu'il tendait probablement à minimiser. Pour l'essentiel, il s'agissait d'une consommation primaire. Rien n'indiquait que l'assuré avait souffert de troubles psychiques majeurs qui lui auraient permis de gérer ses difficultés émotionnelles par l'utilisation de substances psychoactives. En effet, il n'y avait pas d'antécédents ni actuellement de dépressions suffisamment sévères. Le trouble de la personnalité non décompensée ne semblait jamais avoir atteint un niveau de dysfonctionnement justifiant son addiction. Depuis toujours, l'assuré vivait chez sa mère en bonne harmonie et il avait toujours soutenu ses parents et actuellement sa mère. Sa vie sociale semblait normalement investie avec ses amis d'enfance. Autrement dit, il n'y avait aucun indice en faveur d'une dépendance secondaire.

La prise en charge était adaptée pour ses problèmes de dépendance. Il pouvait réaliser des activités peu qualifiées comme par le passé. Il n'y avait pas de modification depuis l'expertise psychiatrique de la PMU. On ne comprenait pas les raisons objectives d'une décompensation de la personnalité, telle qu'attestée par la Dresse L_____ depuis trois ans. Les rapports médicaux de la Dresse L_____ démontraient que celle-ci était dans un mandat de sollicitude médicale avec l'assuré, caractérisé par une mise en parenthèses du souci des objets et de preuves ; le médecin suivait la direction des plaintes de son patient, en tenant a priori pour valide tout ce qu'il disait de lui-même.

L'assuré avait apparemment été en partie apte à s'adapter aux routines dans certaines activités professionnelles. En tous les cas, il assumait le quotidien, notamment si l'on considérait les nombreuses aides qu'il apportait à sa mère. En ce sens, la planification et la structure des tâches semblaient relatives, vu qu'il était sans autre activité. Ses capacités d'adaptation étaient certes limitées par un certain manque de motivation à faire face aux difficultés, aux obligations, à la pression. L'assuré n'avait pas de compétences professionnelles mais avait pu les appliquer dans certains métiers. Les capacités de décision et de jugement n'étaient pas totalement entravées car l'assuré avait une conscience morbide par rapport à ses problèmes de dépendance auxquels il avait su faire face avec succès ; il était capable de savoir ce qui était bien ou pas bien pour sa mère et en tirer les conclusions et les conséquences. D'un point de vue psychique, l'endurance n'était

pas diminuée. L'assuré arrivait à s'affirmer. Pour l'heure, les contacts avec des tiers ne posaient pas de problème, comme l'assuré n'avait pas évolué dans un groupe, mais il n'y avait pas de notion de conflits important dans le passé. Les relations familiales et intimes étaient investies. L'assuré avait des activités spontanées. Il gérait ses soins personnels et se déplaçait dans la circulation.

Il était totalement capable de travailler dans toute activité.

13. Le 9 janvier 2020, le docteur N_____, du SMR, a constaté l'absence d'incapacité de travail durable chez l'assuré.
14. Par projet de décision du 14 janvier 2020, l'OAI a rejeté la demande de prestations, au motif qu'il n'y avait pas de maladie justifiant une diminution de la capacité de travail de longue durée.
15. Le 10 mars 2020, la Dresse L_____ a écrit au SMR en contestant le projet de décision de l'OAI, fondé sur l'expertise du Dr M_____.

Il était tout d'abord regrettable que le Dr M_____ n'ait pas estimé utile de contacter les thérapeutes traitants ; l'anamnèse psychiatrique était lacunaire. Il n'avait pas exploré les critères de l'anxiété généralisée et n'avait pas qualifié les plaintes de troubles de la concentration, alors que ceux-ci étaient souvent en lien avec un trouble anxieux ; l'expert n'avait pas analysé la déstabilisation de l'assuré liée à l'état de santé de sa mère. Les tests psychométriques ne remplaçaient pas une évaluation clinique et la discordance entre les tests était interprétée comme une tendance à la dramatisation et à l'amplification des plaintes alors que celles-ci n'étaient pas retrouvées à l'examen clinique. Cette discordance s'expliquait en réalité par le trouble de la personnalité borderline ; l'expert ne prenait pas en considération l'interaction du trouble anxieux avec la problématique addictologique et notamment alcoolique. Le trouble anxieux était invalidant. L'expert avait éliminé le trouble de personnalité borderline avec des arguments faibles, tout en relevant des éléments témoignant de l'instabilité de l'assuré, qui étaient en faveur de ce trouble. La dépendance primaire à l'alcool n'était pas étayée, l'anamnèse psychiatrique était sommaire et il n'y avait pas de description de l'évolution psychique de l'assuré. L'expert retenait un trouble de personnalité décompensé mais la comorbidité addictologique était fréquente dans les troubles de personnalité, même non décompensé ; la meilleure maîtrise de la consommation d'alcool n'était pas objectivée.

Le rapport d'expertise présentait plusieurs manquements aussi bien au niveau de l'investigation anamnétique, clinique et para clinique mais également dans la discussion diagnostique. Il paraissait clair que le psychiatre expert ne maîtrisait pas la problématique addictologique. De ce fait les conclusions sur la capacité de travail ne pouvaient pas tenir dans ce contexte.

16. Le 17 mars 2020, le Dr N_____ a estimé que l'expert avait réalisé une anamnèse méticuleuse, un status psychiatrique et des tests psychométriques permettant de retenir des diagnostics. De plus, l'examineur ne mettait pas en évidence de

limitations fonctionnelles significatives et responsables d'une incapacité de travail. La Dresse L_____, finalement, ne s'écartait pas trop des diagnostics mentionnés par l'expert, mais elle n'objectivait pas, par des éléments médicaux, des limitations fonctionnelles significatives. Les conclusions de rapport SMR du 9 janvier 2020 restaient valables.

17. Par décision du 7 avril 2020, l'OAI a rejeté la demande de prestations.
18. Le 18 mai 2020, l'assuré, représenté par un avocat, a recouru à l'encontre de la décision de l'OAI précitée, en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} juillet 2018, au motif que le rapport d'expertise du Dr M_____ n'était pas probant. Il a sollicité l'audition de la Dresse L_____ et l'ordonnance d'une expertise psychiatrique judiciaire (spécialiste en addictologie).
19. Le 8 juin 2020, l'OAI a conclu au rejet du recours, au motif qu'il n'existait pas de modification notable de l'état de santé et que l'expertise du Dr M_____ était probante.
20. Le 19 août 2020, l'assuré a répliqué en relevant que l'OAI n'avait pas examiné les éléments soulevés par la Dresse L_____ qui le suivait depuis plusieurs années et son incapacité de travail était totale depuis plusieurs années.
21. Le 5 octobre 2020, la chambre de céans a entendu les parties en audience de comparution personnelle.

Le recourant a déclaré : « Mon état de santé se dégrade. Je vis une situation difficile, je suis à l'Hospice général où je subis des remarques désagréables. Je vis dans la maison de ma mère depuis très longtemps, laquelle est maintenant hospitalisée. Je vais devoir partir de sa maison car celle-ci doit être vendue et je ne sais pas où aller. J'ai subi beaucoup de fractures suite à des accidents de la circulation. J'ai des problèmes au dos, genoux, chevilles, péroné, épaules. J'ai également subi des coupures lors d'accidents ménagers et depuis j'ai des difficultés à écrire avec ma main dominante. De plus mes médicaments inflammatoires ont été changés et depuis j'ai de l'hypertension et j'ai pris 15 kg. Je prends du Sevre-long qui contient de la Morphine mais je ne prends plus ni de Méthadone ni de L-Polamidon pour l'addiction. J'ai de la peine à me mettre en route le matin, je n'arrive plus à tenir un livre, ni rester debout pour cuisiner. J'ai de la peine à marcher sur une longue distance.

L'expertise avec le Dr M_____ s'est bien passée, cela a été très vite, il s'est entretenu avec moi 30 minutes. Ensuite nous avons discuté pendant environ 15 minutes de ses passions et des miennes. Nous avons plus parlé des choses de la vie que de mes problèmes.

Je vois la Dresse L_____ environ tous les trois mois et M. O_____, qui est psychologue, plus souvent, soit toutes les deux à trois semaines. Le Dr C_____ est mon médecin traitant et je le vois tous les mois. Je fais de la physiothérapie qui est inefficace.

Vous me dites que le Dr M_____ a indiqué dans son expertise que j'allais chez ma mère une fois par semaine pour faire la lessive mais il n'a pas bien saisi la situation car je vis chez ma mère. Quand elle habitait avec moi je faisais la cuisine, le ménage et la lessive et les soins étaient pris en charge par SITEX. J'ai des gros problèmes de mémoire, par exemple je ne me rappelle qu'avec difficulté ce que j'ai mangé la veille ou le film que j'ai regardé. Je prenais des traitements de type Méthadone comme antidouleurs. Actuellement mes addictions sont totalement maîtrisées depuis 1993-1994. Alors que j'étais au revenu minimum pour les chômeurs en fin de droit (RMCAS) j'ai été placé chez B_____ prévention à 50 % comme collaborateur social (réception, travail de bureau, préparation de stand). J'ai ensuite été licencié suite à une incapacité de travail dû à un accident. En 2011, mon père est décédé et l'ambiance de la famille s'est dégradée dans le cadre de l'héritage. Je suis actuellement souvent au chevet de ma mère et cela devient très difficile pour moi de m'en occuper. ».

22. Le 5 novembre 2020, la chambre de céans a informé les parties qu'elle entendait confier une expertise judiciaire au docteur P_____, FMH psychiatrie et psychothérapie, et leur a imparti un délai pour se prononcer sur une éventuelle récusation de l'expert ainsi que sur les questions libellées dans la mission d'expertise.
23. Le 16 novembre 2020, l'OAI s'est rallié à un avis du SMR du même jour, selon lequel il n'avait aucune question complémentaire à poser.
24. Le recourant n'a pas formé d'observation.

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 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, singulièrement sur l'estimation de sa capacité de travail.

-
5. 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).

6. 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).

Les principes jurisprudentiels développés en matière de troubles somatoformes douloureux sont également applicables à la fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.1), au syndrome de fatigue chronique ou de neurasthénie (ATF 139 V 346; arrêt du Tribunal fédéral 9C_662/2009 du 17 août 2010 consid. 2.3 in SVR 2011 IV n° 26 p. 73), à l'anesthésie dissociative et aux atteintes sensorielles (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 9/07 du 9 février 2007 consid. 4 in SVR 2007 IV n° 45 p. 149), à l'hypersomnie (ATF 137 V 64 consid. 4) ainsi qu'en matière de troubles moteurs dissociatifs (arrêt du Tribunal fédéral 9C_903/2007 du 30 avril

2008 consid. 3.4), de traumatisme du type « coup du lapin » (ATF 141 V 574 consid. 5.2 et ATF 136 V 279 consid. 3.2.3) et d'état de stress post-traumatique (ATF 142 V 342 consid. 5.2). En revanche, ils ne sont pas applicables par analogie à la fatigue liée au cancer (cancer-related Fatigue) (ATF 139 V 346 consid. 3; arrêt du Tribunal fédéral 9C_73/2013 du 2 septembre 2013 consid. 5).

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 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.

Selon la jurisprudence applicable jusqu'ici, un syndrome de dépendance primaire à des substances psychotropes (dont l'alcool) ne pouvait conduire à une invalidité au sens de la loi que s'il engendrait une maladie ou occasionnait un accident ou s'il résultait lui-même d'une atteinte à la santé physique ou psychique ayant valeur de maladie. Cette jurisprudence reposait sur la prémisse que la personne souffrant de dépendance avait provoqué elle-même fautivement cet état et qu'elle aurait pu, en faisant preuve de diligence, se rendre compte suffisamment tôt des conséquences néfastes de son addiction et effectuer un sevrage ou à tout le moins entreprendre une thérapie par (cf. notamment ATF 124 V 265 consid. 3c).

Dans un arrêt du 11 juillet 2019 (ATF 145 V 215), le Tribunal fédéral est parvenu à la conclusion que sa pratique en matière de syndrome de dépendance ne peut plus être maintenue. D'un point de vue médical, les syndromes de dépendance et les troubles liés à la consommation de substances diagnostiqués *lege artis* par un spécialiste doivent également être considérés comme des atteintes (psychiques) à la santé significatives au sens du droit de l'assurance invalidité (consid. 5.3.3 et 6).

Par conséquent, il s'agit, comme pour toutes les autres troubles psychiques, de déterminer selon une grille d'évaluation normative et structurée (à cet égard, ATF 141 V 281) si, et le cas échéant, dans quelle mesure un syndrome de dépendance diagnostiqué par un spécialiste influence dans le cas concret la capacité de travail de l'assuré. La gravité de la dépendance dans un cas particulier peut et doit être prise en compte dans la procédure de preuve structurée (consid. 6.3). Ceci est d'autant plus important que dans le cas des troubles de la dépendance – comme dans celui d'autres troubles psychiques – il y a souvent un mélange de troubles ayant valeur de maladie ainsi que de facteurs psychosociaux et socio-culturels. L'obligation de diminuer le dommage (art. 7 LAI) s'applique également en cas de syndrome de dépendance, de sorte que l'assuré peut être tenu de participer activement à un traitement médical raisonnablement exigible (art. 7 al. 2 let. d

LAI). S'il ne respecte pas son obligation de diminuer le dommage, mais qu'il maintient délibérément son état pathologique, l'art. 7b al. 1 LAI en liaison avec l'art. 21 al. 4 LPGA permet le refus ou la réduction des prestations (consid 5.3.1).

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 standard qui doivent être pris en considération en règle générale peuvent être classés selon leurs caractéristiques communes :

- Catégorie « Degré de gravité fonctionnel » (ATF 141 V 281 consid. 4.3),
 - A. Complexe « Atteinte à la santé » (consid. 4.3.1)
 - Expression des éléments pertinents pour le diagnostic (consid. 4.3.1.1), succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à cet égard (consid. 4.3.1.2), comorbidités (consid. 4.3.1.3).
 - B. Complexe « Personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles; consid. 4.3.2)
 - C. Complexe « Contexte social » (consid. 4.3.3)
- Catégorie « Cohérence » (aspects du comportement; consid. 4.4)
 - Limitation uniforme du niveau d'activité dans tous les domaines comparables de la vie (consid. 4.4.1), poids des souffrances révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation (consid. 4.4.2).

Le « complexe personnalité » englobe à côté des formes classiques du diagnostic de la personnalité qui vise à saisir la structure et les troubles de la personnalité, le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du moi » qui désignent des capacités inhérentes à la personnalité, permettant des déductions sur la gravité de l'atteinte à la santé et de la capacité de travail (par exemple : autoperception et perception d'autrui, contrôle de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation; cf. ATF 141 V 281 consid. 4.3.2).

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).

c. Pour des motifs de proportionnalité, on peut renoncer à une telle évaluation si elle n'est pas nécessaire ou si elle est inappropriée. Il en va notamment ainsi lorsqu'il n'existe aucun indice en faveur d'une incapacité de travail durable, ou si l'existence d'une incapacité de travail est niée de manière convaincante par un avis médical spécialisé ayant pleine valeur probante et que les éventuels avis contraires peuvent être écartés faute de pouvoir se voir conférer une telle valeur (arrêt du Tribunal fédéral 9C_724/2018 du 11 juillet 2019 consid. 7).

Ces indicateurs sont classés comme suit :

I. Catégorie « degré de gravité fonctionnelle »

Les indicateurs relevant de cette catégorie représentent l'instrument de base de l'analyse. Les déductions qui en sont tirées devront, dans un second temps, résister à un examen de la cohérence (ATF 141 V 281 consid. 4.3).

A. Axe « atteinte à la santé »

1. Expression des éléments pertinents pour le diagnostic et des symptômes

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 (consid. 4.3.1.1).

2. Succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à ces derniers

Ce critère est un indicateur important pour apprécier le degré de gravité. L'échec définitif d'un traitement indiqué, réalisé 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. Si des mesures de réadaptation entrent en considération après une évaluation médicale, l'attitude de l'assuré est déterminante pour juger du caractère invalidant ou non de l'atteinte à la santé. Le refus de l'assuré d'y participer est un indice sérieux d'une atteinte non invalidante. À l'inverse, une réadaptation qui se conclut par un échec en dépit d'une coopération optimale de la personne assurée peut être significative dans le cadre d'un examen global tenant compte des circonstances du cas particulier (consid. 4.3.1.2).

3. Comorbidités

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 (cf. consid. 4.3.1.2; arrêt du Tribunal fédéral 9C_98/2010 du 28 avril 2010, consid. 2.2.2, in : RSAS 2011 IV n° 17, p. 44) n'est pas une comorbidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1040/2010 du 6 juin 2011, consid. 3.4.2.1, in : RSAS 2012 IV n° 1, p. 1) mais doit à la rigueur être pris en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité (ATF 141 V 281 consid. 4.3.2). 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 (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.3).

B. Axe « personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles)

Il s'agit 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 (consid. 4.3.2).

C. Axe « contexte social »

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 (consid. 4.3.3).

II. Catégorie « cohérence »

Cette seconde catégorie comprend les indicateurs liés au comportement de l'assuré. (consid. 4.4).

A. Limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie

Il s'agit ici 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 (consid. 4.4.1).

B. Poids de la souffrance révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation

La prise en compte d'options thérapeutiques, autrement dit la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, permet d'évaluer le poids effectif des souffrances. Tel n'est toutefois pas le cas lorsque le comportement est influencé par la procédure asséculoologique 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 (consid. 4.4.2).

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 (consid. 5.2.2; ATF 137 V 64 consid. 1.2 in fine).

d. Le diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) doit être justifié médicalement de telle manière que les personnes chargées 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).

L'organe chargé de l'application du droit doit avant de procéder à l'examen des indicateurs mentionnés 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).

L'examen des indicateurs standards reste toutefois superflu lorsque l'incapacité de travail est niée sur la base de rapports probants établis par des médecins spécialistes 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 (voir ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 125 V 351 consid. 3a).

7. 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 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. 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.

c. 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).

d. 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).

e. 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).

f. 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).

g. 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).

8. En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine).
9. 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).

10. 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).
11. En l'occurrence, l'intimé s'est fondé sur les conclusions de l'expertise du Dr M_____ du 13 décembre 2019 et l'avis du SMR du 9 janvier 2020 pour rendre la décision litigieuse.

Cependant, au vu du rapport étayé de la Dresse L_____ du 10 mars 2020, contestant la plupart des constatations et conclusions du Dr M_____, la valeur probante du rapport de celui-ci est sérieusement mise en doute.

Dans ces conditions, il convient de mettre en œuvre une expertise judiciaire, laquelle sera confiée au Docteur P_____, FMH en psychiatrie et psychothérapie, à Vevey.

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

Statuant préparatoirement

I. Ordonne une expertise psychiatrique de Monsieur A_____.

Commet à ces fins le docteur P_____, FMH en psychiatrie et psychothérapie, à Vevey. Dit que la mission d'expertise sera la suivante :

- A. Prendre connaissance du dossier de la cause.
- B. Si nécessaire, prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité la personne expertisée, en particulier la Dresse L_____.
- C. Examiner et entendre la personne expertisée et si nécessaire, ordonner d'autres examens.
- D. Charge l'expert d'établir un rapport détaillé comprenant les éléments suivants :

1. Anamnèse détaillée (avec la description d'une journée-type)

2. Plaintes de la personne expertisée

3. Status clinique et constatations objectives

4. Diagnostics (selon un système de classification reconnu)

Précisez quels critères de classification sont remplis et de quelle manière (notamment l'étiologie et la pathogénèse).

4.1 Avec répercussion sur la capacité de travail

4.1.1 Dates d'apparition

4.2 Sans répercussion sur la capacité de travail

4.2.1 Dates d'apparition

4.3 Quel est le degré de gravité de chacun des troubles diagnostiqués (faible, moyen, grave) ?

4.4 L'état de santé de la personne expertisée s'est-il amélioré/détérioré depuis le 28 avril 2015 (date de l'expertise de la PMU) ?

4.5 Dans quelle mesure les atteintes diagnostiquées limitent-elles les fonctions nécessaires à la gestion du quotidien ? (N'inclure que les déficits fonctionnels émanant des observations qui ont été déterminantes pour le diagnostic de l'atteinte à la santé, en confirmant ou en rejetant des limitations fonctionnelles alléguées par la personne expertisée).

4.6 Y a-t-il exagération des symptômes ou constellation semblable (discordance substantielle entre les douleurs décrites et le comportement

observé ou l'anamnèse, allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, absence de demande de soins médicaux, plaintes très démonstratives laissant insensible l'expert, allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) ?

- 4.7 Dans l'affirmative, considérez-vous que cela suffise à exclure une atteinte à la santé significative ?

5. Limitations fonctionnelles

- 5.1. Indiquer les limitations fonctionnelles en relation avec chaque diagnostic

5.1.1 Dates d'apparition

- 5.2 Les plaintes sont-elles objectivées ?

6. Cohérence

- 6.1 Est-ce que le tableau clinique est cohérent, compte tenu du ou des diagnostic(s) retenu(s) ou y a-t-il des atypies ?

- 6.2 Est-ce que ce qui est connu de l'évolution correspond à ce qui est attendu pour le ou les diagnostic(s) retenu(s) ?

- 6.3 Est-ce qu'il y a des discordances entre les plaintes et le comportement de la personne expertisée, entre les limitations alléguées et ce qui est connu des activités et de la vie quotidienne de la personne expertisée ? En d'autres termes, les limitations du niveau d'activité sont-elles uniformes dans tous les domaines (professionnel, personnel) ?

- 6.4 Quels sont les niveaux d'activité sociale et d'activités de la vie quotidienne (dont les tâches ménagères) et comment ont-ils évolué depuis la survenance de l'atteinte à la santé ?

- 6.5 Dans l'ensemble, le comportement de la personne expertisée vous semble-t-il cohérent et pourquoi ?

7. Personnalité

- 7.1 Est-ce que la personne expertisée présente un trouble de la personnalité selon les critères diagnostiques des ouvrages de référence et si oui, lequel ? Quel code ?

- 7.2 Est-ce que la personne expertisée présente des traits de la personnalité pathologiques et, si oui, lesquels ?

- 7.3 Le cas échéant, quelle est l'influence de ce trouble de personnalité ou de ces traits de personnalité pathologiques sur les limitations éventuelles et sur l'évolution des troubles de la personne expertisée ?

- 7.4 La personne expertisée se montre-t-elle authentique ou y a-t-il des signes d'exagération des symptômes ou de simulation ?

8. Ressources

- 8.1 Quelles sont les ressources résiduelles de la personne expertisée sur le plan somatique ?
- 8.2 Quelles sont les ressources résiduelles de la personne expertisée sur les plans :
- a) psychique
 - b) mental
 - c) social et familial. En particulier, la personne expertisée peut-elle compter sur le soutien de ses proches ?

9. Capacité de travail

- 9.1 Dater la survenance de l'incapacité de travail durable dans l'activité habituelle pour chaque diagnostic, indiquer son taux pour chaque diagnostic et détailler l'évolution de ce taux pour chaque diagnostic.
- 9.2 La personne expertisée est-elle capable d'exercer son activité lucrative habituelle ?
- 9.2.1 Si non, ou seulement partiellement, pourquoi ? Quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ?
- 9.2.2 Depuis quelle date sa capacité de travail est-elle réduite/ nulle ?
- 9.3 La personne expertisée est-elle capable d'exercer une activité lucrative adaptée à ses limitations fonctionnelles ?
- 9.3.1 Si non, ou dans une mesure restreinte, pour quels motifs ? Quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ?
- 9.3.2 Si oui, quel est le domaine d'activité lucrative adaptée ? A quel taux ? Depuis quelle date ?
- 9.3.3 Dire s'il y a une diminution de rendement et la chiffrer.
- 9.4 Comment la capacité de travail de la personne expertisée a-t-elle évolué depuis le 28 avril 2015 (date de l'expertise de la PMU) ?
- 9.5 Des mesures médicales sont-elles nécessaires préalablement à la reprise d'une activité lucrative ? Si oui, lesquelles ?
- 9.6 Quel est votre pronostic quant à l'exigibilité de la reprise d'une activité lucrative ?
- ## **10. Traitement**
- 10.1 Examen du traitement suivi par la personne expertisée et analyse de son adéquation.

- 10.2 Est-ce que la personne expertisée s'est engagée ou s'engage dans les traitements qui sont raisonnablement exigibles et possiblement efficaces dans son cas ou n'a-t-elle que peu ou pas de demande de soins ?
- 10.3 En cas de refus ou mauvaise acceptation d'une thérapie, cette attitude doit-elle être attribuée à une incapacité de la personne expertisée à reconnaître sa maladie ?
- 10.4 Propositions thérapeutiques et analyse de leurs effets sur la capacité de travail de la personne expertisée.

11. Appréciation d'avis médicaux du dossier

- 11.1 Êtes-vous d'accord avec l'avis du Dr M_____ du 13 décembre 2019 ?
En particulier avec les diagnostics posés, les limitations fonctionnelles constatées et l'estimation d'une capacité de travail totale dans toute activité ? Si non, pourquoi ?
- 11.2 Êtes-vous d'accord avec l'avis de la Dresse L_____ du 10 mars 2020 ?
En particulier avec les diagnostics posés et les limitations fonctionnelles constatées, si non, pourquoi ?

12. Quel est le pronostic ?

13. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ?

14. Faire toutes autres observations ou suggestions utiles.

II. Invite l'expert à déposer, **dans les meilleurs délais**, son rapport en trois exemplaires auprès de la chambre de céans.

III. Réserve le fond ainsi que le sort des frais jusqu'à droit jugé au fond.

La greffière

La présidente

Julia BARRY

Valérie MONTANI

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties par le greffe le