

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/144/2019

ATAS/608/2020

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Ordonnance d'expertise du 23 juillet 2020**

**5<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à SION, représenté par PROCAP

Recourant

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE  
GENEVE, sis rue des Gares 12, GENEVE

Intimé

---

**Siégeant : Philippe KNUPFER, Président.**

---

### **EN FAIT**

1. Monsieur A\_\_\_\_\_, né le \_\_\_\_\_ 1965, divorcé et père de deux filles nées en 1997 et 1999, a travaillé en dernier lieu en tant que chauffeur auxiliaire sur appel à la Fondation B\_\_\_\_\_ depuis le 16 mars 2015.
2. A partir d'octobre 2015, une incapacité de travail totale pour une durée indéterminée est attestée. Le cas a été pris en charge dans un premier temps par l'assureur perte de gain de l'employeur.
3. Dans son rapport du 1<sup>er</sup> février 2016, le docteur C\_\_\_\_\_, psychiatre-psychothérapeute FMH, a informé le médecin-conseil de l'assureur perte de gain que l'assuré souffrait d'un épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique. Il rapportait par ailleurs un état dépressif léger en évolution depuis environ six ans, ayant nécessité une prise en charge auprès des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après: HUG) pendant quelques mois il y a quatre ans, lors d'une première aggravation sévère. Puis, l'assuré s'était rétabli partiellement et son état était revenu à une dépression légère. Depuis septembre 2015, il rapportait une nouvelle péjoration progressive de son état dépressif. En raison de l'absence d'amélioration du trouble dépressif, son médecin traitant l'avait adressé au Dr C\_\_\_\_\_, lequel l'avait rencontré le 11 janvier 2016. Le traitement consistait en Fluoxétine à 20 mg par jour et en consultations hebdomadaires. L'assuré rapportait une asthénie importante, des troubles du sommeil, des ruminations anxieuses et des troubles de concentration et de mémoire. Au niveau observable, le status était concluant. Par ailleurs, un ralentissement psychomoteur, une latence à la réponse aux questions et des difficultés mnésiques aussi bien pour des faits anciens que récents étaient observées. Le traitement médicamenteux n'avait à ce jour montré aucun bénéfice et avait déclenché quelques effets secondaires dérangeants. Cependant, au vu des antécédents de l'assuré, il était raisonnable de penser qu'un rétablissement suffisant pour une reprise de travail était probable dans les mois à venir.
4. Le 22 février 2016, l'assureur perte de gain a annoncé l'incapacité de travail de l'intéressé à l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI), dans le cadre de la détection précoce de l'invalidité.
5. Le 22 avril 2016, l'assuré a informé l'OAI qu'il souffrait d'une dépression suite à des soucis personnels. Il s'agissait de la troisième rechute de dépression, consécutive à la perte d'emploi, à la perte de son entreprise et peut-être au fait d'avoir cinquante ans. Il dormait jour et nuit, s'isolait beaucoup, était angoissé et pleurait. A cela s'ajoutaient une perte de poids, une hospitalisation il y a dix ans et une hypertension, sous traitement. Le traitement médicamenteux consistait en antidépresseur (Cypralex). Son état de santé s'était un tout petit peu amélioré. Sa profession était chauffeur auprès de la Fondation Foyer-Handicap depuis 2015.

Aucune reprise de travail n'était prévue. A la question de savoir dans quel type de travail il pourrait travailler, l'assuré a répondu qu'il pensait reprendre un travail, mais que, selon son médecin, il faudra du temps. Il était par ailleurs au bénéfice d'un certificat fédéral de capacité (CFC) de peintre en bâtiment. Quant à ses occupations, il ne faisait pas grand-chose. S'il ne pouvait rien faire, il ne faisait rien. Il cuisinait un peu, voyait des amis et la famille et se promenait. A la question de savoir comment il envisageait son avenir professionnel, il a indiqué qu'il était maintenant difficile d'y répondre, mais qu'il voulait reprendre une activité professionnelle assez rapidement.

6. Le 4 mai 2016, le Dr C\_\_\_\_\_ a informé l'assureur perte de gain de l'employeur que l'assuré souffrait d'un épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique avec un score de dépression, en date du 2 mai 2016, de 32 sur l'échelle Hamilton et un score anxiété de 25 sur cette même échelle. L'évolution depuis son précédent rapport de janvier 2016 était lentement favorable avec une légère amélioration des symptômes anxieux et dépressifs. La capacité à initier des actions était améliorée, l'appétit partiellement restauré et l'anhédonie partielle. Toutefois, le retrait social, ainsi que les troubles de concentration et de mémoire restaient invalidants. Les consultations avaient eu lieu à une fréquence hebdomadaire depuis le 11 janvier 2016 et le traitement médicamenteux consistait en Escitalopram, d'abord de 10 mg, puis de 20 mg. Auparavant, l'assuré prenait le Fluoxétine 20 mg par jour, traitement qui avait dû être interrompu en raison d'une augmentation des symptômes anxieux. Il était empêché de travailler en raison d'une asthénie, d'une difficulté à initier et à maintenir les actions, du retrait social, ainsi que de troubles de concentration et de mémoire. Au vu de l'évolution lentement favorable, une régression suffisante des symptômes avec exigibilité de reprise de travail était à attendre à moyen terme. Quant au pronostic, le médecin a indiqué que l'épisode dépressif était en évolution depuis de nombreuses années et que sa rémission complète peu probable. Cependant, une régression des symptômes était à prévoir à moyen terme.
7. Par demande reçue le 13 juin 2016 à l'OAI, l'assuré a requis les prestations de l'assurance-invalidité.
8. Dans son rapport du 12 juillet 2016, le Dr C\_\_\_\_\_ a émis les diagnostics d'épisode dépressif actuellement moyen avec symptôme somatique, en évolution depuis 2006, de trouble mixte de la personnalité avec traits anxieux et dépendants et de troubles de l'équilibre légers de type instabilité d'origine imprécise, depuis environ une année. Dans les diagnostics sans effet sur la capacité de travail, il a relevé une utilisation d'alcool nocive pour la santé. Dans l'anamnèse, il est mentionné qu'après une enfance et une scolarité sans particularité, l'assuré avait fait un apprentissage dans l'entreprise de son père dans le domaine du bâtiment, avant de travailler au sein de cette entreprise familiale. Il s'était marié et était

devenu père de deux filles. Suite à des investissements mal conseillés, l'assuré et son père avaient perdu l'entreprise et le domicile familiaux. En 2006, l'assuré avait divorcé. Il avait ensuite trouvé un poste au service commercial d'une entreprise de construction, poste qu'il avait perdu en 2009 après un changement de direction. Après plusieurs années sans activité professionnelle, il avait été engagé comme chauffeur auxiliaire depuis le début de l'année 2015. Depuis son divorce, il n'avait eu que très peu de nouveaux contacts sentimentaux et continuait à entretenir une « presque vie de couple » avec son ex-épouse, chez qui il continuait à vivre depuis deux ans. Il lui était très difficile de clarifier les conflits, notamment en raison d'une faible estime de soi et d'une grande difficulté à faire valoir ses droits de peur d'être rejeté, de se retrouver seul et du sentiment d'être incapable de prendre des décisions seul. Les premiers symptômes dépressifs étaient apparus en 2009. En 2012, une première décompensation sous forme d'épisode dépressif sévère s'était produite, qui avait motivé un suivi de huit mois en consultation ambulatoire au département de psychiatrie des HUG avec une rémission partielle sous forme d'un épisode dépressif redevenu léger. En septembre 2015, suite à l'apparition de sensations d'instabilité au niveau de l'équilibre, l'assuré décrivait la réapparition progressive de symptômes dépressifs sévères qui avaient été constatés initialement par la docteure D\_\_\_\_\_ et avaient justifié un arrêt de travail. En l'absence d'amélioration des symptômes, l'assuré avait été adressé au Dr C\_\_\_\_\_. Actuellement, les symptômes avaient régressé en intensité. Sur le plan de la personnalité, le fonctionnement de l'assuré était de type anxieux et dépendant. Des troubles d'équilibre, somme toute légers, avaient déclenché une perte de confiance et une insécurité majeure amenant à une décompensation dépressive sévère et une perte de confiance totale. Les troubles de l'équilibre n'avaient pas été investigués. En tout état de cause, cette atteinte restait légère et n'entravait pas les activités simples de la vie quotidienne. L'assuré décrivait surtout un sentiment d'instabilité, lorsqu'il se trouvait en hauteur ou lorsqu'il devait effectuer des transferts de personnes en situation de handicap. C'était surtout la rencontre de ces sensations d'instabilité avec son fonctionnement anxieux qui était à l'origine de l'insécurité et de l'incapacité de travail totale exprimées. L'évolution de ces derniers mois ayant été favorable, il était très probable de prévoir à moyen terme une nouvelle stabilisation du trouble dépressif vers une intensité légère. Le pronostic était également favorable pour le trouble de la personnalité, l'assuré étant preneur du traitement mis en place. Le traitement consistait en Fluoxétine 40 mg par jour. L'incapacité de travail était toujours totale en raison des troubles d'équilibre et de l'anxiété. Le trouble dépressif moyen limitait la capacité de travail à 50 %. Une reprise du travail dans une activité adaptée était envisageable à 50 % dès le 1<sup>er</sup> août 2016.

9. Dans son rapport du 26 juillet 2016, la Dresse D\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale FMH, a repris les diagnostics psychiatriques du Dr C\_\_\_\_\_. La capacité de travail était nulle depuis octobre 2015 à ce jour, mais le pronostic était bon pour une reprise de l'activité professionnelle.
10. Dans son rapport du 29 septembre 2016, le Dr C\_\_\_\_\_ a émis les diagnostics d'épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique et de trouble panique. La symptomatologie dépressive était en amélioration progressive. Cependant, à l'élaboration thérapeutique des angoisses, des attaques de panique typiques étaient apparues, lesquelles étaient actuellement en phase de régression. Le changement de l'antidépresseur pour l'Escitalopram 2 mg par jour avait permis de meilleurs résultats. Depuis l'apparition des attaques de panique, l'assuré bénéficiait également de réserves de Temesta qu'il utilisait rarement. Une reprise de l'activité professionnelle dans le transport des personnes n'était pas exigible, en raison des troubles de l'équilibre, d'origine inconnue, qui avait amplifié les angoisses de l'assuré. Une amélioration n'était pas à prévoir, les troubles de l'équilibre semblant chroniques et les tendances anxieuses étant persistantes. L'objectif à moyen-long terme était une amélioration et une stabilisation du trouble anxieux sous-jacent, lequel était un des facteurs majeurs déterminant la récurrence des décompensations dépressives de l'assuré. Une rémission complète était peu probable.
11. Dans son rapport du 6 décembre 2016, le Dr C\_\_\_\_\_ a attesté que l'état de santé était resté stationnaire, tout en notant un léger abaissement des symptômes anxieux. La compliance était optimale et il y avait une bonne concordance entre les plaintes et l'examen clinique. La fréquence des consultations était bimensuelle. Il était souhaitable de mettre en œuvre des mesures de réorientation professionnelle.
12. Lors d'un entretien téléphonique du 12 janvier 2017 de l'OAI avec Madame E\_\_\_\_\_ de la Fondation B\_\_\_\_\_, qui accompagnait l'assuré depuis septembre 2016, celui-ci se trouvait actuellement chez ses parents à Sion où il allait rester pour une durée indéterminée, en raison de sa situation. L'assuré avait l'air complètement perdu et semblait très fragile psychologiquement.
13. Par courrier du 12 janvier 2017, l'OAI a fait part au service cantonal des véhicules de ses doutes sur la capacité physique et psychique de l'assuré à la conduite de véhicules à moteur.
14. Dans son rapport du 6 mars 2017, le docteur M. F\_\_\_\_\_ a considéré que l'assuré avait une totale aptitude pour la conduite de véhicules à moteur, dès lors qu'il ne souffrait d'aucune maladie significative du point de vue de la médecine du trafic.
15. Dans son rapport du 3 avril 2017, le Dr C\_\_\_\_\_ a attesté que l'évolution depuis août 2016 était lentement favorable. L'épisode dépressif restait modéré, la capacité de travail continuait à être réduite à 50 %. Il n'était pas médicalement indiqué que

l'assuré reprît l'activité habituelle, en raison d'un manque persistant d'assurance concernant le chargement de personnes en fauteuil roulant dans un véhicule. La sécurité d'une telle manœuvre ne pouvait plus être assurée en raison de légers vertiges et de tendances anxieuses qui amplifiaient le problème. Des mesures de réadaptation professionnelle étaient nécessaires.

16. Lors d'un entretien téléphonique du 19 octobre 2017, l'assuré a informé l'OAI qu'il était inquiet du fait que l'assurance perte de gain avait mis un terme aux prestations en septembre dernier. Il avait par conséquent fait des démarches auprès de l'Hospice général. Il se trouvait toujours en Valais mais voulait revenir à Genève où se trouvaient ses enfants. Il n'arrivait plus à se rendre à Genève pour les consultations et cherchait actuellement un psychiatre sur place. Il était très émotif au téléphone et affirmait que cela faisait deux mois qu'il voulait appeler l'OAI, sans y arriver. Il avait beaucoup de mal à entreprendre des démarches.
17. Le 5 décembre 2017, la doctoresse G\_\_\_\_\_ du centre de psychiatrie et psychothérapie à Sion a certifié suivre l'assuré. Son état ne lui permettait actuellement pas d'assumer une activité professionnelle et nécessitait un suivi psychiatrique au long court.
18. Sur la base d'un entretien avec l'assuré en février 2018 de 95 minutes et de l'étude du dossier médical, la doctoresse H\_\_\_\_\_, psychiatre-psychothérapeute FMH, a rendu le 12 février 2018 un rapport d'expertise de l'assuré. Elle n'a émis aucun diagnostic avec répercussion de la capacité de travail. Dans les diagnostics sans répercussion sur celle-ci, elle a mentionné une personnalité dépendante depuis l'adolescence, une utilisation d'alcool nocive pour la santé et un trouble somatoforme. L'assuré décrivait comme une intense difficulté à trouver du sens à ce qu'il faisait, ce qui le conduisait à un immobilisme stupéfiant et très auto-dommageable. Ce symptôme ne faisait pas partie d'un tableau dépressif constitué, en l'absence actuellement de troubles de la concentration, de l'attention, du sommeil et de l'appétit, d'idées suicidaires et de diminution de l'estime de soi. Il ne trouvait de sens à rien et ce symptôme le renvoyait à des troubles de l'équilibre qui n'avaient jamais été véritablement investigués et avaient marqué le début de l'incapacité de travail. Toutefois, lors de l'expertise, il n'a pas mentionné ces troubles. Le manque de sens ne constituait pas non plus un syndrome amotivationnel dès lors qu'on ne retrouvait pas d'indifférence affective ni un abaissement des capacités intellectuelles. L'état dépressif et l'anxiété n'étaient aujourd'hui pas apparents. L'assuré avait impressionné l'experte par sa lucidité, la finesse de son analyse et de son discours, son intelligence et ses capacités affectives. Ces qualités le conduisaient à prendre la pleine mesure de ce qu'il se faisait subir et de ce qu'il faisait subir à son entourage, ce dont il était adéquatement coupable et honteux. Il s'agissait de manifestations affectives normales et en

rapport complet avec la dimension dramatique de la situation. L'assuré était en outre assez lucide pour avoir adéquatement peur de ses propres aspects d'auto-sabotage, alors que l'anxiété pathologique portait sur des peurs irréalistes. En raison de son trouble de la personnalité, il avait besoin d'un travail salarié extrêmement structuré, ce qui n'était pas le cas de son dernier travail sur appel pour le transport de personnes handicapées. L'assuré avait dû s'identifier aux personnes handicapées dont il devait s'occuper, et avoir compris inconsciemment que c'était lui qui avait besoin de ce soutien solide pour aller de l'avant, d'où les troubles de l'équilibre qui comportaient une dimension de trouble somatoforme. Quant au problème d'alcool, la consommation était certes excessive et toxique à terme, mais n'entravait pas le fonctionnement de l'assuré. Une réadaptation professionnelle pourrait lui offrir le type d'encadrement solide dont il avait besoin, car toute une partie de sa personnalité était saine et compétente. Partant, la capacité de travail de l'assuré était totale dans un environnement structuré. Quant à la thérapie suivie jusqu'à présent, elle n'avait pas été conduite dans les règles de l'art, car elle dévalorisait l'assuré en le désignant comme malade, alors qu'il était plein de ressources. Aujourd'hui, la thérapie devait passer par un retour dans un travail encadré et supervisé.

19. Dans son avis médical du 5 juin 2018, le docteur I\_\_\_\_\_ du service médical régional de l'assurance-invalidité pour la Suisse romande (ci-après : SMR) a considéré que l'expertise était convaincante, si bien qu'une capacité de travail pleine et entière dans toute activité cadrante et structurante devait être retenue.
20. Selon le rapport du 3 juillet 2018 du docteur J\_\_\_\_\_, cardiologue FMH, l'assuré se plaignait d'une dyspnée d'effort, mais n'avait pas de palpitation ni de plainte respiratoire nocturne. Il avouait présenter à l'occasion des crises de panique. Au status, ce médecin a constaté que l'assuré était hypertendu et tachycarde. Une dysfonction diastolique de type trouble de la relaxation était présente sans évidence franche en faveur d'une élévation des pressions de remplissage. La valve tricuspидienne présentait une petite fuite et la valve pulmonaire une trace de fuite. Une ergométrie n'était pas réalisable dans le contexte tensionnel du jour. En raison de la tension artérielle variable, le médecin a proposé l'introduction de nouveaux médicaments.
21. Dans son rapport du 24 août 2018, la Dresse G\_\_\_\_\_ a attesté que l'assuré souffrait d'un trouble dépressif récurrent, avec syndrome somatique. Son état était marqué par une thymie abaissée malgré la médication et une anxiété importante, avec traits de personnalité anxieuse, étant précisé que la cohabitation avec ses parents très âgés n'était pas sans conflit et pouvait entraîner des réactions anxieuses quotidiennes. Il présentait par ailleurs une tendance au retrait social, une fatigabilité, une aboulie, une anhédonie, une hypersomnie avec une tendance à la clinophilie et des troubles de l'attention et de la concentration. Les différents

ajustements thérapeutiques n'avaient apporté qu'une amélioration transitoire. L'augmentation de la posologie avait entraîné une accentuation des effets indésirables, notamment la sédation. A cela s'ajoutait une récente apparition d'une dyspnée d'effort d'origine cardiovasculaire, confirmée par le bilan radiologique qui mettait en évidence une hypertension artérielle et un bloc de branche gauche (BBG), ce qui majorait l'anxiété de l'assuré. Une demande de prise en charge en unité thérapeutique de jour avait été initiée, dans le cadre de l'estime de soi et du développement personnel, dans le but d'aider l'assuré à rythmer son temps et à maintenir le contact avec l'extérieur. Le délai d'efficacité de cette prise en charge ne pouvait être déterminé avec précision pour l'instant. L'incapacité de travail restait totale.

22. Du rapport du 29 octobre 2018 du Dr J\_\_\_\_\_ ressort essentiellement qu'il n'y a pas de critère pour une problématique cardiaque expliquant la dyspnée actuelle ni d'autres événements limitant la capacité de travail.
23. Dans son avis médical du 27 novembre 2018, le Dr I\_\_\_\_\_ du SMR a considéré que le courrier de la Dresse G\_\_\_\_\_ du 24 août 2018 n'apportait aucun élément médical nouveau au niveau psychiatrique. Par ailleurs, le Dr J\_\_\_\_\_ avait considéré qu'il n'y avait pas de critères pour une problématique cardiaque limitant la capacité de travail. Partant, le SMR a maintenu ses conclusions.
24. Par décision du 29 novembre 2018, l'OAI a refusé à l'assuré le droit à une rente et à des mesures d'ordre professionnel.
25. Par acte du 14 janvier 2019, l'assuré a interjeté recours contre cette décision, par l'intermédiaire de son conseil, en concluant à son annulation et à l'octroi des prestations de l'assurance-invalidité, sous suite de dépens. Il a contesté disposer d'une pleine capacité de travail dans toute activité, en se fondant sur les rapports médicaux de ses médecins traitants. Le 21 février 2019, il a complété son recours, en contestant la valeur probante de l'expertise psychiatrique, la jugeant contradictoire en ce que l'experte n'avait retenu aucun diagnostic invalidant, tout en rapportant que le dernier travail sur appel ne constituait pas une activité adaptée et qu'il avait besoin, en raison des aspects dépendants, d'un travail salarié extrêmement structuré. L'experte avait ainsi admis que le diagnostic de personnalité dépendante avait un effet sur la capacité de travail, puisqu'il impliquait des limitations fonctionnelles. Le recourant a contesté aussi l'évaluation de ses ressources par l'experte, lui reprochant notamment de ne pas les avoir évaluées selon la procédure structurée sur la base des nouveaux indicateurs définis par le Tribunal fédéral. L'évaluation des ressources omettait notamment de prendre en compte le fatalisme de son discours et l'impossibilité de se battre, le manque de motivation à rencontrer des femmes et à leur téléphoner. L'expertise était également en contradiction totale avec les conclusions de la psychiatre traitante. Par

ailleurs, contrairement aux affirmations de l'experte, il existait bien des troubles du sommeil et une anxiété. Cependant, le recourant a admis que les différentes appréciations s'expliquaient éventuellement par des réajustements thérapeutiques introduits au début de la thérapie en décembre 2017 par la Dresse G\_\_\_\_\_ qui avaient apporté une amélioration transitoire. Il était ainsi fort probable que l'experte l'avait rencontré dans cette phase d'amélioration transitoire, laquelle n'avait pas perduré, la posologie ayant dû être réduite en raison de l'accentuation d'effets indésirables. Enfin, les préoccupations anxieuses du recourant étaient majorées par la découverte récente d'une dyspnée d'effort d'origine cardiovasculaire.

26. Dans sa réponse du 19 mars 2019, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il a considéré que l'expertise était plus détaillée que les autres pièces au dossier et remplissait les critères jurisprudentiels pour lui reconnaître une pleine valeur probante. Cette expertise n'était pas contradictoire, dès lors qu'elle retenait qu'on ne savait pas pourquoi le recourant avait réellement perdu son travail chez son dernier employeur, en dehors de ce qu'il disait et qui semblait peu clair. L'experte a également exposé que le recourant s'était identifié aux personnes handicapées dont il devait s'occuper et qu'il avait compris inconsciemment que c'était lui qui avait besoin de soutien solide pour aller de l'avant. S'agissant de l'évaluation des ressources, l'experte les avait analysés bel et bien sur la base des indicateurs du Tribunal fédéral. En ce qui concerne les rapports médicaux de la Dresse G\_\_\_\_\_, ils n'apportaient pas de nouvel élément médical objectif et ne permettaient pas de mettre en cause l'évaluation psychiatrique de l'expertise, étant précisé que le rapport d'un médecin traitant avait une valeur probante réduite.
27. A la demande de la chambre de céans, la Dresse G\_\_\_\_\_ s'est déterminée sur l'expertise de la Dresse H\_\_\_\_\_. Elle partageait partiellement les conclusions de l'experte en ce que celle-ci admettait que le recourant souffrait d'une personnalité faible et dépendante qui ne pouvait fonctionner sans un encadrement fort. La Dresse G\_\_\_\_\_ en concluait que le recourant n'était pas pleinement compétent dans un environnement non structuré et non encadrant. L'activité précédente effectuée par le recourant ne remplissant pas la condition d'un encadrement solide, il n'était pas cohérent de considérer que la capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'alors existait pleinement, comme retenu par l'experte. Au demeurant, celle-ci avait reconnu une limitation fonctionnelle en termes d'autonomie et de la nécessité de s'appuyer sur un environnement professionnel cadrant et structurant, ce qui induisait une certaine incapacité de travail. Néanmoins, il y avait toujours un espoir d'amélioration de l'état psychique du recourant. En effet, il avait évolué de manière favorable depuis février 2019, date à laquelle il avait été placé au Jardin des Berges à Sion où il bénéficiait d'activités dans un environnement cadrant et structurant. Cet environnement permettait une abstinence totale de l'alcool, des journées rythmées

par des activités thérapeutiques et occupationnelles, encadrées par des soignants et éducateurs, des entretiens motivationnels, une meilleure observance médicamenteuse, une guidance et un accompagnement dans les démarches sociales utiles. Ce suivi était envisagé sur une durée de plusieurs mois pour être pleinement efficace. L'anxiété était traitée actuellement par Lexotanil, selon besoin, et surtout par une thérapie cognitive et comportementale, permettant de réduire le recours au traitement médicamenteux et les risques de dépendance et d'accoutumance. Par ailleurs, la prise en charge à l'unité thérapeutique de jour avait permis de rompre la tendance à l'isolement social, de remobiliser et redynamiser le recourant, de rythmer son temps et de travailler son intégration au Jardin des Berges. En effet, la cohabitation avec des parents âgés, trop bienveillants et peu stimulants le confinait dans l'inactivité. Les diagnostics actuels de la Dresse G\_\_\_\_\_ étaient une personnalité dépendante, un syndrome de dépendance à l'alcool, mais abstinente en milieu protégé, et un trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission. La capacité de travail actuelle du recourant était de 30 %. Enfin, ce médecin a indiqué que la structure, dans laquelle le recourant avait été placé, prévoyait l'intégration dans un appartement individuel. Il était important que le recourant continuât de bénéficier de toutes les compétences qui l'entouraient actuellement, afin de reprendre confiance en lui et de retrouver une autonomie suffisante lui permettant de reprendre progressivement une activité professionnelle en toute sécurité.

28. Par courriers du 13 juin 2019, la chambre de céans a informé les parties qu'elle avait l'intention de mettre en œuvre une expertise psychiatrique judiciaire et de la confier au Professeur K\_\_\_\_\_, psychiatre-psychothérapeute FMH. Elle leur a également communiqué la mission de l'expert.
29. Dans son avis médical du 1<sup>er</sup> juillet 2019, la doctoresse L\_\_\_\_\_ du SMR n'a pas fait de remarque particulière en ce qui concerne l'expert ni n'a jugé nécessaire de poser des questions complémentaires.
30. Par écriture du 1<sup>er</sup> juillet 2019, l'intimé a considéré qu'il n'y avait pas de motif suffisant pour douter des conclusions de l'experte et s'est opposé à la mise en œuvre d'une nouvelle expertise, en l'absence de nouveaux éléments médicaux apportés par le recourant. L'intimé n'avait toutefois pas de motifs de récusation ni de questions complémentaires à poser à l'expert.
31. Par courrier du 4 juillet 2019, le recourant a fait savoir à la chambre de céans qu'il aurait préféré être examiné par les doctresses M\_\_\_\_\_, psychiatre à Echallens, ou N\_\_\_\_\_, psychiatre à Nyon. Il a en outre suggéré des questions complémentaires.
32. Par écriture du 15 juillet 2019, l'intimé a informé la chambre de céans qu'il ne disposait pas de motifs de récusation formels à l'encontre des médecins proposés

par le recourant, mais ne voyait pas pour quelle raison la chambre de céans devrait s'éloigner de son premier choix.

33. En date du 12 septembre 2019, un mandat d'expertise a été confié à la Dresse N\_\_\_\_\_.
34. Cette dernière a convoqué le recourant qui n'a pas confirmé sa présence au rendez-vous fixé. La Dresse N\_\_\_\_\_ a donc annulé le rendez-vous et résilié le mandat d'expertise.
35. Le recourant a allégué un malentendu du fait qu'il n'avait pas compris qu'il devait confirmer préalablement le rendez-vous proposé par l'experte.
36. Par courrier du 12 décembre 2020, la chambre de céans a proposé aux parties un nouvel expert, soit le Docteur O\_\_\_\_\_, psychiatre, avec la même mission d'expertise que celle qui avait été antérieurement confiée à la Dresse N\_\_\_\_\_.
37. Dans le délai fixé au 13 janvier 2020, les parties n'ont fait valoir aucun motif de récusation à l'endroit de l'expert désigné.

### **EN DROIT**

1. Selon le principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge doit établir (d'office) les faits déterminants pour la solution du litige, avec la collaboration des parties, administrer les preuves nécessaires et les apprécier librement (art. 61 let. c LPGA).

Il 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. En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances non publié 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. Un renvoi à l'administration reste possible, notamment 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 ; ATF non publié 8C\_760/2011 du 26 janvier 2012, consid. 3).

2. Dans son arrêt du 3 juin 2015 publié aux ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a abandonné la présomption prévalant à ce jour, selon laquelle les symptômes du type trouble somatoforme douloureux et affections psychosomatiques assimilées peuvent être surmontés en règle générale par un effort de volonté raisonnablement

exigible. Néanmoins, l'analyse doit tenir compte d'indicateurs excluant la valeur invalidante de ces diagnostics (arrêt op.cit. consid. 2.2, 2.2.1 et 2.2.2).

Dorénavant, la capacité de travail réellement exigible des personnes souffrant d'une symptomatologie douloureuse sans substrat organique doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sur la base d'une vision d'ensemble, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini. L'évaluation doit être effectuée sur la base d'un catalogue d'indicateurs de gravité et de cohérence.

3. Dans la catégorie "degré de gravité fonctionnel", notre Haute Cour distingue entre le complexe "atteinte à la santé" avec trois sous-catégories, le complexe "personnalité" et le complexe "environnement social".

- a. En premier lieu, il convient de prêter d'avantage attention au degré de gravité inhérent au diagnostic du syndrome douloureux somatoforme, dont la plainte essentielle doit concerner une douleur persistante, intense, s'accompagnant d'un sentiment de détresse selon la définition de l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

Dans ce contexte, il faut tenir compte des critères d'exclusion, à savoir des limitations liées à l'exercice d'une activité résultant d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, telle qu'une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demandes de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que les plaintes très démonstratives laissent insensibles l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (cf. également ATF 132 V 65 consid. 4.2.2).

La gravité de l'évolution de la maladie doit aussi être rendue plausible par les éléments ressortant de l'étiologie et la pathogenèse déterminantes pour le diagnostic, comme par exemple la présence de conflits émotionnels et de problèmes psycho-sociaux.

- b. Un deuxième indicateur est l'échec de tous les traitements conformes aux règles de l'art, en dépit d'une coopération optimale. Il n'y a chronicisation qu'après plusieurs années et après avoir épuisé toutes les possibilités de traitement, ainsi que les mesures de réadaptation et d'intégration. Le refus de l'assuré de participer à de telles mesures constitue un indice sérieux d'une atteinte non invalidante.

- c. Un troisième indicateur, pour la détermination des ressources de l'assuré, constituent les comorbidités psychiatriques et somatiques. À cet égard, un trouble dépressif réactionnel au trouble somatoforme peut également être considéré comme une comorbidité psychiatrique, selon la nouvelle jurisprudence.

d. Un quatrième indicateur est la structure de la personnalité de l'assuré pour l'évaluation de ses ressources. Il faut tenir compte non seulement des formes classiques des diagnostics de la personnalité, lesquelles visent à saisir la structure et les troubles de la personnalité, mais également du concept de ce qu'on appelle "les fonctions complexes du moi". Selon le Tribunal fédéral, "Celles-ci désignent des capacités inhérentes à la personnalité, qui permettent de tirer des conclusions sur la capacité de travail (notamment la conscience de soi et de l'autre, l'examen de la réalité et la formation du jugement, le contrôle des affects et des impulsions ainsi que l'intentionnalité [capacité à se référer à un objet] et la motivation ; Kopp/Marelli, [Somatoforme Störungen, wie weiter?] p. 258 ; Marelli, Nicht können oder nicht wollen?, p. 335 ss )" (arrêt op. cit. consid. 4.3.2).

e. Enfin, dans la catégorie du degré de la gravité de l'atteinte psychosomatique, il y a également lieu de prendre en compte les effets de l'environnement social. L'incapacité de travail ne doit pas être essentiellement le résultat de facteurs socio-culturels. Au demeurant, pour l'évaluation des ressources de l'assuré, il y a lieu de tenir compte de celles qu'il peut tirer de son environnement, notamment du soutien dont il bénéficie éventuellement dans son réseau social (arrêt op.cit. consid. 4.3.3).

4. a. Dans la catégorie « cohérence », notre Haute Cour a dégagé en premier lieu l'indicateur d'une limitation uniforme des activités dans tous les domaines de la vie. Il s'agit de se demander si les limitations fonctionnelles se manifestent de la même manière dans l'activité lucrative, respectivement dans les actes habituels de la vie, d'une part, et dans les autres domaines de la vie (l'organisation des loisirs, par exemple), d'autre part. À cet égard, le Tribunal fédéral relève que l'ancien critère du retrait social concerne tant les limitations que les ressources de l'assuré et qu'il convient d'effectuer une comparaison des activités sociales avant et après la survenance de l'atteinte à la santé.

b. Par ailleurs, la souffrance doit se traduire par un recours aux offres thérapeutiques existantes. Il ne faut toutefois pas conclure à l'absence de lourdes souffrances, lorsque le refus ou la mauvaise acceptation d'une thérapie recommandée et exigible doivent être attribués à une incapacité de l'assuré de reconnaître sa maladie. Le comportement de la personne assurée dans le cadre de la réadaptation professionnelle, notamment ses propres efforts de réadaptation, doivent également être pris en compte.

5. Dans deux arrêts du 30 novembre 2017 (8C\_841/2016, 8C\_130/2017), le Tribunal fédéral a jugé que 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, s'applique dorénavant à toutes les maladies psychiques, en particulier aux dépressions légères à moyennes. En

effet, les maladies psychiques ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée. La question des effets fonctionnels d'un trouble doit dès lors être au centre. La preuve d'une invalidité ouvrant le droit à une rente ne peut en principe être considérée comme rapportée que lorsqu'il existe une cohérence au niveau des limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation de la capacité de travail invalidante n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée. Selon la jurisprudence rendue jusque-là à propos des dépressions légères à moyennes, les maladies en question n'étaient considérées comme invalidantes que lorsqu'on pouvait apporter la preuve qu'elles étaient «résistantes à la thérapie » (ATF 140 V 193 E. 3.3 p. 197; arrêts du Tribunal fédéral 9C\_841/2016 du 8 février 2017 consid. 3.1; 9C\_13/2016 du 14 avril 2016 consid. 4.2). Selon la nouvelle jurisprudence, il importe plutôt de savoir, si la personne concernée peut objectivement apporter la preuve d'une incapacité de travail et de gain invalidante. Le fait qu'une dépression légère à moyenne est en principe traitable au moyen d'une thérapie, doit continuer à être pris en compte dans l'appréciation globale des preuves, dès lors qu'une thérapie adéquate et suivie de manière conséquente est considérée comme raisonnablement exigible.

6. Dans son expertise, la Dresse H\_\_\_\_\_ retient que le recourant souffre d'un trouble de la personnalité et qu'il a besoin de ce fait d'un travail salarié extrêmement structuré. Elle considère également qu'il présente un trouble anxieux et probablement un trouble somatoforme douloureux sous forme de trouble de l'équilibre, ce qui l'empêche d'assurer le transport de personnes. Toutefois, selon l'experte, ces diagnostics ne sont pas incapacitants, si bien que la capacité de travail est totale dans un travail cadrant et structuré.

Cette appréciation n'est cependant pas partagée par les médecins traitants, notamment les Drs C\_\_\_\_\_ et G\_\_\_\_\_. Cette dernière a notamment considéré en août 2018 que l'incapacité de travail est totale.

Dès lors que le trouble de la personnalité diagnostiquée par la Dresse H\_\_\_\_\_ implique une limitation fonctionnelle pour toutes les activités non structurées, que le recourant souffre également d'un trouble anxieux et probablement d'un trouble somatoforme douloureux, il ne paraît pas convaincant que ces atteintes n'aient aucune répercussion sur la capacité de travail, même dans une activité adaptée, eu égard notamment à l'inactivité et à la passivité du recourant durant les dernières années qui ne semblent pas être liées à une absence de volonté de se réinsérer dans le monde du travail. À cela s'ajoute que les médecins traitants retiennent également un trouble dépressif récurrent, diagnostic qui paraît plausible compte tenu des épisodes dépressifs rapportés. Un tel diagnostic impliquant des fluctuations de la

thymie, il aurait appartenu à la Dresse H\_\_\_\_\_ de contacter les psychiatres traitant pour déterminer l'évolution de la capacité de travail depuis 2015.

Aussi, il s'avère nécessaire de mettre en œuvre une expertise psychiatrique judiciaire.

En raison du désistement de la Dresse N\_\_\_\_\_, désignée par ordonnance d'expertise du 12 septembre 2019, un nouvel expert sera nommé avec le même libellé de questions pour la mission d'expertise.

7. Celle-ci sera confiée au Docteur O\_\_\_\_\_, à Genève, psychiatre.

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

- A. Ordonne une expertise judiciaire médicale.
- B. La confie au Docteur O\_\_\_\_\_, psychiatre, à Genève.
- C. Dit que la mission de ce médecin sera la suivante :
- Prendre connaissance du dossier médical de Monsieur A\_\_\_\_\_.
  - Examiner personnellement l'expertisé.
  - Prendre tous renseignements utiles, notamment auprès des médecins ayant eu connaissance du cas de l'expertisé, en particulier des médecins traitants.
  - S'adjoindre tout spécialiste requis au titre de consultant, **notamment un neuropsychologue pour un bilan neuropsychologique.**
  - Etablir un rapport écrit et répondre notamment aux questions suivantes :
    1. Anamnèse.
    2. Plaintes.
    3. Diagnostics sur le plan psychiatrique
    4. Le recourant souffre-t-il notamment d'un trouble somatoforme douloureux et, dans l'affirmative, comment se manifeste ce trouble ?
    5. Quelles sont les limitations fonctionnelles de l'expertisé en rapport avec ces diagnostics ?

6. Quelle est sa capacité de travail actuelle en tant que chauffeur de personnes handicapées et dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles ?
7. Comment a évolué sa capacité de travail depuis le début de l'incapacité de travail attestée en octobre 2015 ?
8. Si vous estimez que sa capacité de travail était diminuée durant ces dernières années, comment expliquez-vous que l'incapacité de travail a perduré, alors que le Dr C\_\_\_\_\_ a considéré, le 1er février 2016, qu'une reprise de travail était probable dans les mois à venir, ce qu'il a confirmé dans ses rapports du 4 mai et 12 juillet 2016 ?
9. Y a-t-il une exagération des symptômes, des discordances, des incohérences ou d'autres phénomènes similaires ?
10. Y a-t-il un échec de tous les traitements conformes aux règles de l'art sur le plan psychiatrique durant la période d'incapacité de travail retenue ?
11. La gravité du trouble psychique et, cas échéant, du trouble somatoforme douloureux est-elle rendue plausible par les éléments ressortant de l'étiologie et de la pathogénèse ?
12. Comparaison détaillée des activités quotidiennes du recourant avant et après l'atteinte à la santé.
13. Y a-t-il des limitations fonctionnelles uniformes dans les activités de tous les domaines de la vie (activité lucrative, ménage, loisirs et activités sociales) ?
14. Quel est le contexte social (quotidien et environnement de l'expertisé) ?
15. Quel est le traitement actuel sur le plan psychiatrique ? D'autres mesures thérapeutiques complémentaires sont-elles le cas échéant recommandées ?
16. Quelle est la compliance ?
17. L'expertisé a-t-il les ressources suffisantes pour surmonter les manifestations des atteintes psychiques et cas échéant du trouble somatoforme douloureux persistant, compte tenu notamment de son environnement social, des comorbidités physiques et psychiques et de la structure de sa personnalité ? Cas échéant, pour quelles raisons estimez-vous que ses ressources sont insuffisantes ?

18. Comment vous déterminez-vous sur l'expertise de la Dresse H\_\_\_\_\_ du 12 février 2018 ? Partagez-vous en particulier ses conclusions concernant la capacité de travail ? Dans la négative, pourquoi vous en écarterez-vous ?

19. Quelles autres observations avez-vous éventuellement à ajouter ?

D. Invite le Docteur O\_\_\_\_\_ à déposer le plus rapidement possible un rapport en trois exemplaires auprès de la chambre de céans.

E. Réserve le fond.

La greffière

Le président

Diana ZIERI

Philippe KNUPFER

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