RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/144/2019 **ATAS/105/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 11 février 2021

5ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié _____, à SION, représenté par PROCAP Service juridique	recourant
contre	
OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE	intimé

Siégeant : Philippe KNUPFER, Président; Andres PEREZ et Pierre-Bernard PETITAT, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur A_____(ci-après : l'assuré ou le recourant), 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. À 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 1er 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 observés. Le traitement médicamenteux n'avait à ce jour montré aucun bénéfice et 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'assuré à l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé), 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 l'entreprise et peut-être au fait d'avoir atteint l'âge de cinquante ans. Il dormait jour et nuit, s'isolait beaucoup, était angoissé et pleurait. À cela s'ajoutaient une perte de poids, une hospitalisation il y a dix ans et une hypertension, sous traitement. Le traitement médicamenteux consistait en la prise d'un antidépresseur (Cypralex). Son état de santé s'était un tout petit peu amélioré. Sa profession était chauffeur auprès de la Fondation B_____ depuis 2015. Aucune reprise de travail n'était prévue. À la question de savoir dans quel type de travail il pourrait travailler, il répondait qu'il pensait reprendre un travail, mais que, selon son médecin, il faudrait 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 pouvait ne rien faire, il ne faisait rien. Il cuisinait un peu, voyait des amis et la famille, et se promenait. À la question de savoir comment il envisageait son avenir professionnel, il indiquait 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 d'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 la prise d'Escitalopram, d'abord de 10 mg, puis de 20 mg. Auparavant, l'assuré prenait du 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, l'épisode dépressif était en évolution depuis de nombreuses années et 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 consommation d'alcool nocive pour la santé. Dans l'anamnèse, il relevait 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 familial. 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 doctoresse D_____, spécialiste en médecine interne générale FMH, 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. Quant à l'origine des troubles de l'équilibre, elle n'avait pas été investiguée. 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 dans l'exercice de sa profession et 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 1er août 2016.

9. Dans son rapport du 26 juillet 2016, la Dresse D_____ 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 avaient amplifié les angoisses de l'assuré. De ce fait, le patient ne pouvait pas prendre la responsabilité d'assurer la sécurité du transport de personnes et de charger dans un véhicule des personnes en fauteuil roulant. 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 psychiquement.

13. Par courrier du 12 janvier 2017, l'OAI a fait part au service cantonal des véhicules (ci-après : le SCV) de ses doutes sur la capacité physique et psychique de l'assuré à la conduite d'un véhicule à moteur.

14. Dans son rapport du 6 mars 2017, la doctoresse F_____, généraliste, médecin-conseil du SCV, mandatée par ce service pour évaluer la capacité de conduire de l'assuré, a considéré que ce dernier 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 dès lors que l'assurance perte de gain avait mis un terme au versement des prestations en septembre 2017. 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 et que 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 psychiatrique. Elle n'a émis aucun diagnostic avec répercussion sur 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'avait 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 n'était aujourd'hui pas apparent, ni l'anxiété. 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 et il en 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 au 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 tricuspidienne 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 sur des 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. À 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. Il ressort du rapport du 29 octobre 2018 du Dr J_____ 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 critère 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. Il a complété son recours, le 21 février 2019, en contestant la valeur probante de l'expertise psychiatrique qu'il a jugée contradictoire, en ce sens que l'experte n'avait retenu aucun diagnostic invalidant, tout en rapportant que le dernier travail sur appel n'était pas adapté 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 sans en comprendre la raison, 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'intimé a en outre considéré que celles-ci avaient été analysées 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. La chambre de céans a considéré qu'il était nécessaire d'ordonner une expertise psychiatrique. Après consultation des parties sur le libellé des questions et le choix de l'expert, une ordonnance d'expertise a été rendue en date du 12 septembre 2019.

28. Suite à un malentendu entre l'experte désignée et le recourant quant à la date et au lieu de l'expertise, l'experte désignée par la chambre de céans a résilié le mandat. L'expertise n'a donc pas pu être rendue.

29. Après nouvelle consultation des parties sur le choix d'un nouvel expert, la chambre de céans a rendu une ordonnance d'expertise du 23 juillet 2020 désignant le docteur K_____, psychiatre, (ci-après : l'expert ou le Dr K_____) afin de réaliser une expertise psychiatrique de l'assuré.

30. En date du 17 novembre 2020, l'expert a rendu une expertise psychiatrique du recourant. Il a résumé les hospitalisations successives du recourant auprès de l'Établissement de Belle-Idée, réalisé une anamnèse complète de l'expertisé, recueilli les plaintes de ce dernier, fait état de ses différentes constatations objectives et rendu un diagnostic mettant en évidence une fragilité de la personnalité, une composante anxieuse, un trouble de l'humeur et un problème d'abus de substances. Répondant aux questions posées par la chambre de céans, l'expert a notamment considéré que l'expertisé :

- présentait des troubles mixtes de la personnalité F61, avec traits dépendants et anxio-évitants (gravité moyenne) ;
- souffrait de phobie sociale F41 (gravité moyenne à sévère) ;
- souffrait d'un trouble dépressif récurrent, actuellement de gravité moyenne sans syndrome somatique F33.10 (gravité moyenne à sévère), dysthymie F34.1 (gravité légère) entre les épisodes dépressifs ;
- s'adonnait à une consommation d'alcool nocive pour la santé F10.1 (gravité moyenne) ;
- avait une capacité de travail nulle dans l'activité actuelle et dans toute activité ; et ceci probablement depuis octobre 2015, sans changement ;

- se montrait « compliant » avec les mesures thérapeutiques ordonnées et la prise de médicaments ;
- ne disposait pas des ressources suffisantes pour surmonter les manifestations des atteintes psychiques.

31. L'expertise a été soumise aux parties. Par avis médical du 30 novembre 2020, la doctoresse L_____ du SMR a commenté l'expertise et l'a jugée convaincante, concluant que la capacité de travail de l'assuré était nulle dans toute activité depuis le mois d'octobre 2015.

32. Par courrier du 1er décembre 2020, l'intimé a exposé qu'après examen de la valeur probante du rapport d'expertise judiciaire et en se fondant sur l'avis du médecin du SMR, l'OAI avait décidé d'octroyer au recourant une rente entière d'invalidité fondée sur un degré d'invalidité de 100% dès le 1er décembre 2016. L'OAI motivait la fixation du point de départ de la rente du fait que le droit à la rente naissait, au plus tôt, six mois après le dépôt de la demande de rente, qui avait été déposée le 14 juin 2016, de sorte que le versement ne pouvait intervenir qu'à partir du 1er décembre 2016.

33. Par courrier du 18 décembre 2020, le recourant a déclaré qu'il maintenait son recours dès lors que l'intimé n'avait pas formellement annulé la décision attaquée bien qu'il se soit rallié aux conclusions de l'expertise judiciaire. Il concluait à ce que l'on reconnût son droit à une rente entière d'invalidité, par jugement sur le fond.

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

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), 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 1er janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Toutefois, dans la mesure où le présent recours était pendant, au 1er janvier 2021, devant la chambre de céans, il reste soumis à l'ancien droit (cf. art. 83 LPGA).

4. 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, compte tenu de la suspension des délais pendant

la période du 18 décembre au 2 janvier inclusivement (art. 38 al. 4 let. c LPGA et art. 89C let. c de la de loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]), le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).

5. Le litige porte sur le bien-fondé de la décision de refus de rente d'invalidité du 29 novembre 2018.

6. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er 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).

7. 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 émanent d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 ; ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1; ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

   b. Dans l'ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a revu et modifié en profondeur le schéma d'évaluation de la capacité de travail, respectivement de l'incapacité de travail, en cas de syndrome douloureux somatoforme et d'affections

psychosomatiques comparables. Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'un catalogue d'indicateurs (ATF 141 V 281 consid. 4). Le Tribunal fédéral a ensuite étendu ce nouveau schéma d'évaluation aux autres affections psychiques (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références). Aussi, le caractère invalidant d'atteintes à la santé psychique doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance du trouble psychique à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 143 V 409 consid. 4.4; arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2019 du 17 mars 2020 consid. 3 et les références).

Le Tribunal fédéral a en revanche maintenu, voire renforcé la portée des motifs d'exclusion définis dans l'ATF 131 V 49, aux termes desquels il y a lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble au sens de la classification sont réalisées. Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psycho-social intact (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1 et 2.2.2 ; ATF 132 V 65 consid. 4.2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_16/2016 du 14 juin 2016 consid. 3.2).

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

d. Pour des motifs de proportionnalité, on peut renoncer à une appréciation selon la grille d'évaluation normative et structurée si elle n'est pas nécessaire ou si elle est inappropriée. Il en va ainsi notamment lorsqu'il n'existe aucun indice en faveur d'une incapacité de travail durable ou lorsque l'incapacité de travail est niée sous l'angle psychique sur la base d'un rapport probant établi par un médecin spécialisé et que d'éventuelles appréciations contraires n'ont pas de valeur probante du fait qu'elles proviennent de médecins n'ayant pas une qualification spécialisée ou pour d'autres raisons (arrêt du Tribunal fédéral 9C_101/2019 du 12 juillet 2019 consid.

4.3 et la référence ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_724/2018 du 11 juillet 2019 consid. 7). En l'absence d'un diagnostic psychiatrique, une telle appréciation n'a pas non plus à être effectuée (arrêt du Tribunal fédéral 9C_176/2018 du 16 août 2018 consid. 3.2.2).

8. Selon la jurisprudence, en cas de troubles psychiques, 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 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 incapacitants et, d'autre part, des potentiels de compensation (ressources) (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). L'accent doit ainsi être mis sur les ressources qui peuvent compenser le poids de la douleur et favoriser la capacité d'exécuter une tâche ou une action (arrêt du Tribunal fédéral 9C_111/2016 du 19 juillet 2016 consid. 7 et la référence).

   Il y a lieu de se fonder 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).

   - 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).

   Les indicateurs appartenant à la catégorie « degré de gravité fonctionnel » forment le socle de base pour l'évaluation des troubles psychiques (ATF 141 V 281 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.2).

9. 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).

Le caractère primaire ou secondaire d'un trouble de la dépendance n'est plus décisif pour en nier d'emblée toute pertinence sous l'angle du droit de l'assurance-invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.1.1). 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 (ATF 145 V 215 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. 7*b* al. 1 LAI en liaison avec l'art. 21 al. 4 LPGA permet le refus ou la réduction des prestations (consid 5.3.1).

10. 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 consid 3.3; arrêts du Tribunal fédéral 9C_841/2016 du 8 février 2017 consid. 3.1 et 9C_13/2016 du 14 avril 2016 consid. 4.2).

    Dans l'ATF 143 V 409 consid. 4.2, le Tribunal fédéral a rappelé que le fait qu'une atteinte à la santé psychique puisse être influencée par un traitement ne suffit pas, à lui seul, pour nier le caractère invalidant de celle-ci; la question déterminante est en effet celle de savoir si la limitation établie médicalement empêche, d'un point de vue objectif, la personne assurée d'effectuer une prestation de travail. À cet égard, toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références). Ainsi, le caractère invalidant des atteintes à la santé psychique doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et

les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance du trouble psychique à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 143 V 409 consid. 4.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_142/2018 du 24 avril 2018 consid. 5.2).

Dans les cas où, au vu du dossier, il est vraisemblable qu'il n'y a qu'un léger trouble dépressif, qui ne peut déjà être considéré comme chronifié et qui n'est pas non plus associé à des comorbidités, aucune procédure de preuve structurée n'est généralement requise (arrêt du Tribunal fédéral 9C_14/2018 du 12 mars 2018 consid 2.1).

11. Selon la jurisprudence, une dysthymie (F34.1) est susceptible d'entraîner une diminution de la capacité de travail lorsqu'elle se présente avec d'autres affections, à l'instar d'un grave trouble de la personnalité. Pour en évaluer les éventuels effets limitatifs, ces atteintes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée selon l'ATF 141 V 281 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_599/2019 du 24 août 2020 consid. 5.1 et la référence).

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

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. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450

consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). Il faut en outre que le médecin dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêt du Tribunal fédéral 9C_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les références).

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

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. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant

laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3).

f. Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références).

g. 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).

h. 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).

i. On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

j. Les constatations médicales peuvent être complétées par des renseignements d'ordre professionnel, par exemple au terme d'un stage dans un centre d'observation professionnel de l'assurance-invalidité, en vue d'établir concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Il appartient alors au médecin de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé (influence de ces atteintes sur sa capacité à travailler en position debout et à se déplacer; nécessité d'aménager des pauses ou de réduire le temps de travail en raison d'une moindre résistance à la fatigue, par exemple), en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. En revanche, il revient au conseiller en réadaptation, non au médecin, d'indiquer quelles sont les activités professionnelles concrètes entrant en considération sur la base des renseignements médicaux et compte tenu des aptitudes résiduelles de l'assuré. Dans ce contexte, l'expert médical et le conseiller en matière professionnelle sont tenus d'exercer leurs tâches de manière complémentaire, en collaboration étroite et réciproque (ATF 107 V 17 consid. 2b; SVR 2006 IV n° 10 p. 39).

En cas d'appréciation divergente entre les organes d'observation professionnelle et les données médicales, l'avis dûment motivé d'un médecin prime pour déterminer la capacité de travail raisonnablement exigible de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 531/04 du 11 juillet 2005, consid. 4.2). En effet, les données médicales permettent généralement une appréciation plus objective du cas et l'emportent, en principe, sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral 9C_462/2009 du 2 décembre 2009 consid. 2.4). Au regard de la collaboration, étroite, réciproque et complémentaire selon la jurisprudence, entre les

médecins et les organes d'observation professionnelle (cf. ATF 107 V 17 consid. 2b), on ne saurait toutefois dénier toute valeur aux renseignements d'ordre professionnel recueillis à l'occasion d'un stage pratique pour apprécier la capacité résiduelle de travail de l'assuré en cause. Au contraire, dans les cas où l'appréciation d'observation professionnelle diverge sensiblement de l'appréciation médicale, il incombe à l'administration, respectivement au juge - conformément au principe de la libre appréciation des preuves - de confronter les deux évaluations et, au besoin de requérir un complément d'instruction (ATF 9C_1035/2009 du 22 juin 2010 consid. 4.1, in SVR 2011 IV n° 6 p. 17; ATF 9C_833/2007 du 4 juillet 2008, in Plädoyer 2009/1 p. 70; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 35/03 du 24 octobre 2003 consid. 4.3 et les références, in Plädoyer 2004/3 p. 64; arrêt du Tribunal fédéral 9C_512/2013 du 16 janvier 2014 consid. 5.2.1).

13. 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).

14. a. Le point de départ de l'évaluation prévue pour les troubles somatoformes douloureux (ATF 141 V 281), les troubles dépressifs (ATF 143 V 409), les autres troubles psychiques (ATF 143 V 418) et les troubles mentaux du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives (ATF 145 V 215) est l'ensemble des éléments médicaux et constatations y relatives. Les experts doivent motiver le diagnostic psychique de telle manière que l'organe d'application du droit puisse comprendre non seulement si les critères de classification sont remplis (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1), mais également si la pathologie diagnostiquée présente un degré de gravité susceptible d'occasionner des limitations dans les fonctions de la vie courante (arrêt du Tribunal fédéral 9C_551/2019 du 24 avril 2020 consid. 4.1 et la référence).

b. Dans un arrêt de principe du 2 décembre 2019 (ATF 145 V 361), le Tribunal fédéral, à la lumière de l'ATF 141 V 281, a notamment posé une délimitation, entre l'examen (libre), par les autorités chargées de l'application du droit, de l'admission d'une incapacité de travail par l'expert psychiatre, d'une part, et une appréciation juridique parallèle inadmissible, d'autre part.

Selon le Tribunal fédéral, dans tous les cas, l'administration et, en cas de recours, le juge, doivent examiner si et dans quelle mesure les experts ont suffisamment et de manière compréhensible étayé leur évaluation de l'incapacité de travail, en tenant compte des indicateurs pertinents (questions de preuve). À cette fin, les experts doivent établir un lien avec la partie précédente de l'expertise médico-psychiatrique (avec extraits du dossier, anamnèse, constatations, diagnostics, etc.), c'est-à-dire qu'ils doivent se référer en détails aux résultats médico-psychiatriques des examens et explorations cliniques menés dans les règles de l'art qui relèvent de leur compétence. Le médecin doit donc exposer de manière détaillée les raisons médico-psychiatriques pour lesquelles les éléments constatés sont susceptibles de restreindre la capacité fonctionnelle et les ressources psychiques en termes qualitatifs, quantitatifs et temporels (ATF 143 V 418 consid. 6). À titre d'exemple, dans le cadre de troubles dépressifs récurrents de degrés légers à modérés qui sont souvent au premier plan dans l'examen de l'invalidité au sens de l'AI, cela signifie qu'il ne suffit pas que l'expert psychiatre déduise directement de l'épisode dépressif diagnostiqué une incapacité de travail, quel qu'en soit le degré ; il doit bien plutôt démontrer si et dans quelle mesure les constatations qu'il a faites (tristesse, désespoir, manque de dynamisme, fatigue, troubles de la concentration et de l'attention, diminution de la capacité d'adaptation, etc.), limitent la capacité de travail, en tenant compte - à des fins de comparaison, de contrôle et de plausibilité - des autres activités personnelles, familiales et sociales de la personne requérant une rente. Si les experts s'acquittent de cette tâche de manière convaincante, en tenant compte des éléments de preuve établis par l'ATF 141 V 281, l'évaluation des répercussions de l'atteinte psychique sera également valable du point de vue des organes chargés de l'application du droit, que ce soit l'administration ou le juge. À défaut, il se justifie, juridiquement, de s'en écarter (ATF 145 V 361 consid. 4.3 et la référence).

c. En ce qui concerne l'évaluation du caractère invalidant des affections psychosomatiques et psychiques, l'appréciation de la capacité de travail par un médecin psychiatre est soumise à un contrôle (libre) des organes chargés de l'application du droit à la lumière de l'ATF 141 V 281 (ATF 145 V 361 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_585/2019 du 3 juin 2020 consid. 2 et les références). Il peut ainsi arriver que les organes d'application du droit se distancient de l'évaluation médicale de la capacité de travail établie par l'expertise sans que celle-ci ne perde sa valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 9C_128/2018 du 17 juillet 2018 consid. 2.2 et les références). Du point de vue juridique, il est même nécessaire de s'écarter de l'appréciation médicale de la capacité de travail si

l'évaluation n'est pas suffisamment motivée et compréhensible au vu des indicateurs pertinents, ou n'est pas convaincante du point de vue des éléments de preuve instaurés par l'ATF 141 V 281. S'écarter de l'évaluation médicale est alors admissible, du point de vue juridique, sans que d'autres investigations médicales ne soient nécessaires (arrêt du Tribunal fédéral 9C_832/2019 du 6 mai 2020 consid. 2.2). Toutefois, lorsque l'administration ou le juge, au terme de son appréciation des preuves, parvient à la conclusion que le rapport d'expertise évalue la capacité de travail en fonction des critères de médecine des assurances établis dans l'ATF 141 V 281 et qu'il satisfait en outre aux exigences générales en matière de preuves (ATF 134 V 231 consid. 5.1), il a force probante et ses conclusions sur la capacité de travail doivent être suivies par les organes d'application de la loi. Une appréciation juridique parallèle libre en fonction de la grille d'évaluation normative et structurée ne doit pas être entreprise (cf. ATF 145 V 361 consid. 4.3 ; arrêts du Tribunal fédéral 8C_213/2020 du 19 mai 2020 consid. 4.3 et les références).

En fin de compte, la question décisive est toujours celle des répercussions fonctionnelles d'un trouble. La preuve d'une incapacité de travail de longue durée et significative liée à l'état de santé ne peut être considérée comme rapportée que si, dans le cadre d'un examen global, les éléments de preuve pertinents donnent une image cohérente de l'existence de limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation invalidante de la capacité de travail n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_423/2019 du 7 février 2020 consid. 3.2.2 et les références).

15. 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).

16. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; ATF 122 II 464 consid. 4a; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV

n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d).

17. 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).

18. En l'espèce, l'expertise judiciaire rendue par le Dr K_____ conclut à une incapacité de travail totale dans toute activité, depuis le mois d'octobre 2015.

    Réalisée conformément aux critères jurisprudentiels énoncés supra, l'expertise aboutit à des résultats convaincants ; les conclusions de l'expert sont sérieusement motivées et ses avis ne contiennent pas de contradictions. Aucun indice concret ne permet de mettre en cause son bien-fondé.

    La chambre de céans considère donc que ladite expertise judiciaire revêt une valeur probante, qui est, par ailleurs, jugée convaincante par le SMR de l'intimé, qui se rallie à ses conclusions et admet l'incapacité totale de travail du recourant dans toute activité.

    Ladite incapacité totale de travail est ainsi établie au degré de la vraisemblance prépondérante.

19. Par ailleurs, s'agissant du point de départ de la rente-invalidité, en vertu de l'art. 29 al. 1 LAI, en vigueur depuis le 1er janvier 2008, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1er LPGA, mais pas avant le mois qui suit le dix-huitième anniversaire de l'assuré.

    En l'état, l'assuré a déposé sa demande de prestations invalidité en date du 13 juin 2016. C'est donc à juste titre que l'intimé a fixé au 1er décembre 2016, soit six mois

plus tard, la naissance du droit à la rente entière du recourant dans sa prise de position du 1er décembre 2020, consécutive à la réception de l'expertise judiciaire.

20. Compte tenu de ce qui précède, le recours sera admis et la décision du 29 novembre 2018 sera annulée. Il sera dit que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité, dès le 1er décembre 2016 et la cause sera renvoyée à l'OAI afin de calculer le montant de la rente d'invalidité.

21. Le recourant obtenant gain de cause et étant assisté d'un mandataire qualifié, une indemnité de CHF 2'000.- lui sera accordée, à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

22. Au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.- (art. 69 al. 1bis LAI).

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet.
3. Annule la décision du 29 novembre 2018.
4. Dit que M. A_____ a droit à une rente entière d'invalidité, à dater du 1er décembre 2016.
5. Renvoie la cause à l'OAI afin de calculer le montant de la rente d'invalidité.
6. Accorde à M. A_____ un montant de CHF 2'000.-, à titre d'indemnité de procédure, à la charge de l'OAI.
7. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'OAI.
8. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière	Le président
Diana ZIERI	Philippe KNUPFER

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