RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1512/2020 **ATAS/504/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Ordonnance d'expertise du 26 mai 2021

4ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à LES AVANCHETS, représenté par l'association Rebondir	recourant

contre

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

Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente

EN FAIT

1. Par décision du 18 décembre 2015, l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après l'OAI ou l'intimé) a refusé des mesures professionnelles et une rente d'invalidité à Monsieur A_____ (ci-après l'assuré ou le recourant). Selon les éléments au dossier, il était en incapacité de travail depuis le 13 novembre 2010. Dans son activité habituelle, sa capacité de travail était nulle depuis le 13 novembre 2010. Toutefois, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, sa capacité de travail raisonnablement exigible était de 50% depuis mai 2011 et de 100% depuis août 2011. Le degré d'invalidité de l'assuré était de 30%, ce qui ne lui ouvrait pas un droit à une rente d'invalidité. Depuis le 17 décembre 2012, l'assuré travaillait à nouveau dans son activité habituelle à 100%. Partant, le droit aux mesures professionnelles ne lui était pas reconnu.

2. Le 25 janvier 2017, la doctoresse B_____, psychiatrie et psychothérapie FMH, a attesté d'une capacité de retour sur le marché du travail de l'assuré avec une inscription auprès de l'office cantonal de l'emploi dès le 1er février 2017 à 50%.

3. Par décision du 3 mai 2017, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur une nouvelle demande de l'assuré. Les documents médicaux fournis par celui-ci, l'expertise faite à la demande de l'assurance perte de gain et les précédents documents médicaux versés au dossier ne rendaient pas plausibles une aggravation de son état de santé selon le service médical régional de l'invalidité (ci-après le SMR).

4. Le 2 janvier 2019, l'assuré a transmis à l'OAI un formulaire de communication pour adultes « Détection précoce », indiquant qu'il était totalement incapable de travailler dès le 1er novembre 2018 en raison d'une dépression et de problèmes cardiaques.

5. Dans un rapport du 14 février 2019, la Dresse B_____ a indiqué que l'état de l'assuré s'était aggravé durablement sur le plan de la santé et aussi sur le plan psychologique/psychiatrique dans le sens d'une incapacité totale de travail.

6. Dans un rapport du 15 mars 2019, la Dresse B_____ a indiqué sous diagnostic avec effet sur la capacité de travail : F34.1. À la suite de problèmes cardiaques survenus à la fin de l'année 2018 et des investigations/interventions coronariennes, il y avait eu une péjoration d'un état anxieux et surtout dépressif, des douleurs musculaires et une fatigue neuromusculaire, entraînant des difficultés dans les activités de la vie quotidienne, une anhédonie et un manque de motivation. Il n'y avait pas de médication actuellement. L'assuré était totalement incapable de travailler dans son activité habituelle du 1er novembre 2018 au 30 avril 2019 avec des restrictions physiques au premier plan. L'activité exercée n'était plus exigible.

7. Le 27 mars 2019, le SMR a indiqué qu'il s'agissait de la troisième demande de l'assuré. Dans un certificat médical du 14 février 2019, la Dresse B_____ mentionnait une aggravation de l'état de santé sur le plan psychiatrique. Dans un rapport médical du 15 mars 2019, elle indiquait le diagnostic incapacitant de dysthymie (F34.1). Elle mentionnait qu'il n'y avait pas de traitement

médicamenteux en cours et que les limitations fonctionnelles étaient essentiellement physiques. La psychiatre mentionnait également que l'assuré était connu pour un syndrome métabolique, un syndrome d'apnée du sommeil et une coronaropathie. Ces atteintes avaient déjà fait l'objet d'une prise de position du SMR (voir le rapport final du 25 septembre 2014). En conclusion, le SMR ne retenait pas le diagnostic de dysthymie (sans réelles limitations fonctionnelles psychiques et sans nécessité de traitement médicamenteux) comme durablement incapacitant et considérait que les pièces médicales versées au dossier ne permettaient pas de rendre plausible une aggravation de l'état de santé.

8. Le 29 mars 2019, l'OAI a informé l'assuré qu'il résultait de ses investigations que l'assurance-invalidité n'était pas compétente actuellement et qu'il fallait renoncer à déposer une demande de prestations formelle.

9. Dans un courrier adressé à l'OAI le 4 avril 2019, la Dresse B_____ a indiqué que l'assuré, connu pour une coronaropathie ischémique et angor instable avec angioplastie et stent d'IVA coronaire droite le 2 novembre 2018, avait subi dans les suites post-opératoires des complications qui l'avaient beaucoup perturbé, avec des symptômes anxieux et des manifestations de panique, symptômes qui persistaient actuellement. L'assuré souffrait d'un état anxieux et dépressif, aggravé par des problèmes somatiques aigus en aggravation, à savoir des séquelles cardiaques avec un impact émotionnel et un état de fatigue, un manque de motivation et une anxiété liée aux douleurs occasionnées par ses symptômes.

   Du point de vue psychiatrique, elle avait constaté une aggravation de son état de santé général et de sa santé mentale, à savoir des symptômes anxieux plus marqués, une thymie labile et des flashbacks des événements récents, une fatigue et des douleurs l'empêchant de suivre des activités, même domestiques, sans l'apparition des symptômes neurovégétatifs. Il en découlait une perte de sa confiance envers ses capacités restantes « d'il y a deux ans », qui lui aurait permis de se projeter dans un avenir de reconversion professionnelle, même à temps partiel. Selon son évaluation médicale et psychiatrique, une aggravation de l'état de santé mentale de l'assuré était nette et durable, dans le sens d'une incapacité à 100% dès le 1er novembre 2018, pour une durée indéterminée.

10. Le 10 avril 2019, l'OAI a informé la Dresse B_____ que l'exercice du droit aux prestations de l'assurance-invalidité appartenait en premier lieu à l'assuré ou à son représentant légal. Afin de déterminer si les éléments médicaux qu'elle lui avait transmis étaient susceptibles d'avoir une influence sur les prestations de l'assuré, il était nécessaire que la demande soit déposée dans les formes requises. Il lui était suggéré d'inviter l'assuré à accomplir cette démarche, qui serait considérée comme la date de réception de sa demande.

11. Le 17 juin 2019, l'assuré a formé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité.

12. Le 9 juillet 2019, l'association Rebondir a informé l'OAI qu'elle connaissait l'assuré depuis de nombreuses années et qu'elle avait vu au fil du temps sa santé se détériorer. Depuis plus de 20 ans, il souffrait de crises d'angoisse très invalidantes qui le paralysaient et lui coupaient la respiration. Depuis 2016, son état de santé s'était grandement péjoré, au point de ne plus pouvoir continuer son métier de peintre-décorateur (vertiges, crises de paniques, palpitations, acrophobie, claustrophobie, impossibilité de monter sur une échelle, problèmes cardiaques et dépression nerveuse importante), ce qui avait débouché sur un licenciement pour longue maladie après 14 ans de travail dans le même groupe.

    Par moments de plus en plus éloignés, l'assuré retrouvait un peu de plaisir dans la vie, mais ces périodes succédaient à des périodes d'apathie de plus en plus rapprochées, au cours desquelles l'assuré était éloigné de la réalité et incapable du moindre effort tant du point de vue physique que psychologique.

    Son état physique s'était nettement péjoré suite à plusieurs interventions au niveau cardiaque. Sur le plan psychologique, l'assuré souffrait d'une dépression récurrente destructrice et était suivi depuis 2016 par la Dresse B_____. Aujourd'hui sans revenu, il paniquait sur son incapacité à assumer le quotidien sur le plan financier, surtout en ce que concernait sa fille cadette.

13. Dans un avis médical établi le 8 août 2019, le SMR a estimé que l'état de santé de l'assuré s'était potentiellement durablement modifié et qu'il justifiait une entrée en matière.

14. Selon un rapport établi le 2 septembre 2019 par la doctoresse C_____, médecin praticien FMH, le diagnostic ayant une incidence sur la capacité de travail de l'assuré était une dépression anxieuse persistante (F34.1). Elle avait observé la persistance d'une obésité/sédentarité. L'assuré arrêtait parfois son traitement HTA hypothyroïdie/diabète ++. Il n'y avait pas de causes organiques à un arrêt de travail, si l'assuré prenait son traitement. Il avait été incapable de travailler en raison d'une maladie du 31 janvier 2017 au 30 janvier 2019 à 50%, du 31 janvier au 28 février 2019 à 100% et du 1er mars 2019 à ce jour à 70%. Il pouvait effectuer un travail léger et modulable au gré des algies et de son état psychologique.

15. Selon un rapport établi par la Dresse B_____ le 27 août 2019, les atteintes à la santé qu'elle avait diagnostiquées étaient : F34.1, F32.11 (2016). Le patient était âgé de 57 ans et en arrêt de travail dès le 23 juin 2016 pour des raisons somatiques et psychologiques associées avec un état de santé péjoré par une cardiopathie ischémique, SAS et un syndrome métabolique.

    Sur le plan psychiatrique, le patient était anxieux avec une peur de mourir, une thymie triste et une incertitude pour l'avenir personnel et familial. Il avait des symptômes post-traumatiques en lien avec des épisodes d'angine de poitrine installée. Le patient était clinophile, anhédonique et peu participatif aux activités du ménage.

Il était resté longtemps motivé pour travailler et retourner sur le marché de l'emploi. Du point de vue psychiatrique, l'atteinte à la santé ayant un impact sur la capacité de travail était des symptômes anxieux et thymiques. L'assuré était totalement incapable de travailler du point de vue strictement psychiatrique. Les limitations fonctionnelles liées aux atteintes à la santé que le médecin considérait comme incapacitantes étaient des limitations physiques, cardiologiques, *mot illisible.* L'évolution avait été fluctuante en lien avec la dégradation de son état de santé physique.

16. Par décision du 6 août 2019, la caisse cantonale genevoise de chômage a constaté que l'assuré ne remplissait pas les conditions pour toucher l'indemnité de chômage (douze mois de cotisation minimum, aucun motif de libération).

17. Le 9 août 2019, l'OAI a informé l'assuré que les pièces qu'il avait produites l'autorisaient à entrer en matière sur sa nouvelle demande de prestations. Il procédait donc à son instruction.

18. La doctoresse D_____ a indiqué dans un rapport du 9 août 2019 que l'assuré souffrait de douleurs thoraciques atypiques toujours présentes, même après l'angioplastie (scintigraphie normale en février 2019). Du point de vue strictement cardiologique, les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail étaient une maladie coronarienne stable. L'assuré n'avait pas de restriction fonctionnelle, mais il devait éviter les efforts très importants, le travail lourd, le stress et les horaires irréguliers. Si ces conditions étaient remplies, il pouvait exercer un travail adéquat à 100%.

    Dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles, sa capacité pourrait débuter à 50% dans un travail adapté avec l'idée d'augmenter à 70-100%. Il fallait toutefois noter le syndrome dépressif très important qui primait dans l'image clinique.

19. Selon un rapport médical établi le 7 novembre 2019, la Dresse B_____ a indiqué avoir constaté une péjoration nette de l'état de santé mentale de l'assuré, surtout une anxiété de fond, des attaques de panique vespérales et des symptômes cardio-vasculaires associés, en lien avec une incertitude, un manque de projection possible dans l'avenir et une précarité financière qui dépassait les capacités d'adaptation de sa famille. Sa compagne travaillait à 80% avec un salaire d'environ CHF 3'300.- et ils avaient une fille de 18 ans. Le patient n'avait pas le droit à des prestations sociales, car le minimum vital était dépassé de peu. Les idées noires, la thymie basse et le sentiment d'être un poids pour toute la famille n'étaient pas récents, mais s'accentuaient d'une façon inquiétante.

20. Selon un rapport final du 26 novembre 2019, qui a été enregistré à l'OAI le 13 novembre suivant, le SMR a remarqué que la Dresse B_____ (dont seul le rapport du 27 août 2019 était résumé) ne retenait pas de limitation fonctionnelle d'ordre psychique et qu'elle insistait sur les atteintes physiques et notamment cardiologiques de l'assuré. En ce sens, elle sortait de son domaine de compétence.

Au niveau somatique, il convenait de retenir comme l'indiquaient le cardiologue et le médecin généraliste de l'assuré une capacité de travail entière dans une activité adaptée. En somme, les conclusions du rapport final du SMR du 25 septembre 2014 étaient toujours valables.

21. Selon une note sur le degré d'invalidité, le revenu avec invalidité était fondé sur l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) 2016, TA1, pour un homme, tous secteurs confondus (total) pour une activité simple et répétitive de niveau 1. Soit CHF 67'430.- pour une activité adaptée à 100%. Après réduction de 20%, en raison des limitations fonctionnelles, du fait que seule une activité légère était possible et de l'âge de l'assuré, le revenu d'invalide serait de CHF 53'944.-. S'agissant du revenu sans invalidité, selon le décompte individuel, le salaire 2015 déclaré était de CHF 78'235.-, soit CHF 78'692.- actualisé à 2016. Il en résultait un degré d'invalidité de 31,4%.

22. Par projet de décision du 11 février 2020, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré. À l'issue de la nouvelle instruction médicale, il estimait que les conclusions de sa décision du 18 décembre 2015 étaient toujours d'actualité, soit que sa capacité de travail dans une activité de peintre était définitivement nulle, mais que sa capacité de travail demeurait entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

23. Le 5 février 2020, l'assuré avait été reçu par le service de réadaptation. Après discussion, il avait été convenu que la mise en place de mesures professionnelles n'était pas envisageable, car elles ne permettraient pas de réduire le dommage. De plus, le contexte actuel n'était pas susceptible de contribuer à ce qu'elles se déroulent de manière optimale et permettent d'atteindre le but visé. Dans ce contexte, l'OAI avait procédé à une nouvelle comparaison des revenus de l'assuré pour déterminer son degré d'invalidité qui était de 31%, soit un taux inférieur à 40%, qui n'ouvrait pas le droit à des prestations de l'OAI sous forme de rente.

24. Par décision du 27 mars 2020, l'OAI a confirmé son projet de décision, vu l'absence de contestation de l'assuré dans le délai fixé.

25. Le 27 mai 2020, l'association Rebondir a demandé à l'OAI de revoir sa décision du 27 mars 2020, qui comportait une erreur, car le revenu sans invalidité était inférieur à celui avec invalidité.

26. Le 30 mai 2020, l'assuré, représenté par l'association Rebondir, a formé recours contre la décision de l'intimé, faisant valoir que le calcul du taux d'invalidité était erroné.

27. Par décision du 4 juin 2020, annulant et remplaçant la décision du 27 mars 2020, l'OAI a corrigé le calcul du taux d'invalidité. Il avait en effet interverti le revenu sans invalidité et le revenu avec invalidité. Selon la nouvelle décision, le revenu sans invalidité était de CHF 78'692.- et le revenu avec invalidité de CHF 53'944.- et la perte de gain s'élevait toujours à 31%.

28. Le 17 juin 2020, la chambre de céans a demandé au recourant s'il maintenait son recours suite à la nouvelle décision de l'OAI du 4 juin 2020.

29. Le 30 juin 2020, le recourant a indiqué qu'il souhaitait maintenir son recours contre la décision de l'OAI.

30. Par réponse du 17 juillet 2020, l'OAI a conclu au rejet du recours. Dans le cadre de sa nouvelle demande, le recourant lui avait transmis un rapport de la Dresse B_____, qui mentionnait une atteinte cardiaque. Dès lors, et afin d'évaluer si l'état de santé du recourant s'était aggravé depuis la dernière décision entrée en force, il avait interrogé les médecins de celui-ci. Il ressortait des éléments médicaux du dossier, notamment de l'avis du SMR du 26 novembre 2019, que les pièces médicales produites n'avaient pas mis en évidence une aggravation de l'état de santé du recourant.

31. Le 21 août 2020, le recourant a demandé un délai pour compléter son recours.

32. Le 18 septembre 2020, il a conclu à l'octroi d'une rente d'invalidité entière dès le 17 juin 2019, à ce que l'OAI soit condamné à lui verser un montant mensuel équivalant à une rente entière, soit CHF 78'692.-, divisés par douze mois, soit CHF 6'557.60 par mois depuis le mois de juin 2019 pour une durée indéterminée, et subsidiairement, à ce que des expertises psychiatrique et somatique soient ordonnées. En faisant abstraction de ses problèmes psychologiques, pourtant attestés par l'ensemble de ses médecins traitants, la décision du 4 juin 2020 était arbitraire. L'OAI avait interprété de manière erronée les éléments à sa disposition. Sa psychiatre n'attestait nullement de l'existence de troubles somatiques, mais relatait simplement que ses maladies avaient conduit à des troubles psychologiques graves qui le rendaient totalement incapable d'entreprendre une activité lucrative de manière durable. Ses troubles psychiques faisaient qu'il n'était pas apte à travailler. Le Dr H_____, sur mandat de la Mobilière Assurance, avait constaté, à la fin de l'année 2016, une dépression qu'il avait qualifiée de légère, et des troubles somatiques. Il avait préconisé un traitement médicamenteux avec une prise en charge psychothérapeutique adaptée et poursuivie avec régularité. La Dresse B_____ avait attesté que son état s'était considérablement aggravé suite à plusieurs problèmes de santé apparus depuis plusieurs mois. Le 4 avril 2019, elle avait confirmé ses problèmes psychologiques et considéré qu'aucune projection dans une activité professionnelle, même à temps partiel, n'était possible. Il était en arrêt de travail à 100% depuis le 1er novembre 2018 pour une durée indéterminée.

    À la fin de l'année 2019, la Dresse B_____ avait à nouveau fait état d'une aggravation de son état. Le fait qu'elle avait mentionné une situation médicale connue et visible ne constituait pas une sortie de son domaine de compétence et n'invalidait pas ses rapports, qui étaient corrects et complets. La Dresse B_____ n'avait pas constaté des problèmes somatiques, mais seulement fait état des symptômes relatés par son patient, qui constituaient la source de ses problèmes psychologiques. L'état de fait retenu par le SMR était donc incomplet, car il ne

prenait pas en compte sa situation psychiatrique et psychologique, qui avait pourtant été constatée par d'autres médecins que la Dresse B_____. Après plus de dix ans de procédure, le recourant n'avait pu travailler que quelques mois tout au plus malgré l'avis de ses médecins. L'intimé aurait dû ordonner une expertise psychiatrique.

33. Le recourant a produit un rapport établi par le 16 septembre 2020 par le docteur E_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, qui indiquait que celui-ci était suivi régulièrement depuis le 2 septembre 2020 avec un traitement psychiatrique et psychothérapeutique intégré, associant une part médicamenteuse et un travail psychothérapeutique d'inspiration cognitive et comportementale. Le rythme proposé pour les consultations était hebdomadaire. L'observance et l'alliance thérapeutique étaient bonnes. Le diagnostic psychiatrique retenu était celui d'un trouble d'anxiété généralisée (F41.1), compliqué par un trouble dépressif d'intensité moyenne et d'évolution chronique (F33.1).

34. Le 25 septembre 2020, la chambre de céans a accordé un délai au 15 octobre 2020 à l'intimé pour faire ses observations sur le recours déposé le 17 septembre 2020 contre la nouvelle décision rendue le 4 juin 2020. Cette dernière reprenant la décision du 27 mars 2020 en corrigeant une erreur de chiffres sans modification de fond, il apparaissait qu'il n'y avait pas lieu d'ouvrir une nouvelle procédure et que celle-ci pouvait continuer en considérant que le recours ne portait plus sur la décision du 27 mars 2020, mais sur celle du 4 juin.

35. Le 30 septembre 2020, le recourant a indiqué qu'il partageait l'avis de la chambre des assurances sociales sur le fait qu'il n'y avait pas lieu de considérer son écriture du 17 septembre 2020 comme un nouveau recours et que dès lors la procédure pendante contre la décision de l'OAI du 27 mars 2020 pouvait continuer en considérant que son écriture portait bien sur la décision de l'OAI du 4 juin 2020.

36. Selon l'avis établi le 13 octobre 2020 par le SMR, le rapport du Dr E_____ du 16 septembre 2020 retenait des diagnostics différents de ceux annoncés par la Dresse B_____ en 2019. Cependant, on ne connaissait pas le traitement médicamenteux, ni le status clinique et il n'y avait pas d'évaluation de la capacité de travail du recourant. Ainsi ce rapport médical n'amenait pas de nouvel élément objectif permettant de réévaluer la situation psychiatrique antérieure. Par ailleurs, s'il y avait une éventuelle aggravation de l'état de santé du recourant, elle était postérieure à la décision. Ainsi les dernières conclusions du SMR demeuraient valables.

37. Le 14 octobre 2020, l'intimé s'en est rapporté à justice sur l'opportunité d'ouvrir une nouvelle procédure. Il ne ressortait pas des griefs du conseil du recourant d'éléments concrets susceptibles de remettre en cause ses conclusions. Il se référait à un avis du SMR du 13 octobre 2020 joint à ses écritures et précisait que la décision litigieuse avait été rendue le 4 juin 2020 et que c'était la situation médicale antérieure à cette date qui était déterminante pour juger de la présente cause.

38. Le 5 novembre 2020, le recourant a fait valoir que le diagnostic retenu par la Dresse B_____ le 4 avril 2019 était le même que celui attesté récemment par le Dr E_____. Sa situation ne s'était pas aggravée, elle était déjà grave en 2019 et, par conséquent, aussi lors de la décision querellée. Il en résultait que la réponse de l'intimé apparaissait légère. Le SMR ne l'avait pas examiné et aucune expertise ou complément d'instruction n'avait été ordonné à aucun stade de la procédure pour aucune des quatre demandes qu'il avait formulées. Les avis médicaux du SMR étaient basés sur une appréciation très subjective. Dans le doute, l'intimé aurait dû demander une expertise ou à tout le moins le rencontrer en personne afin de constater la véracité de ses propos. Il n'était pas raisonnable de rejeter sa quatrième demande d'octroi de rente, sans instruire le dossier, vu les certificats médicaux produits. En conséquence l'intimé avait écarter à tort la demande. Le recourant demandait l'audition du Dr F_____ (sic), son psychiatre actuel.

39. Le 11 novembre 2020, le recourant a transmis à la chambre un courriel du Dr E_____ adressé à son conseil le 9 novembre 2020, dans lequel celui-ci indiquait que le recourant lui avait amené les éléments de son dossier médical et qu'il confirmait certains des diagnostics retenus, notamment celui de trouble d'anxiété généralisé et de trouble dépressif. Un traitement médicamenteux avait été entamé, mais il était encore trop tôt pour apprécier son résultat. La situation entrait parfaitement, selon lui, dans les indications de l'assurance-invalidité et il était navré du fait que les rapports précédents n'aient pas été remplis plus clairement.

40. Par courrier du 26 avril 2021, la chambre de céans a informé les parties de son intention de mettre en œuvre une expertise psychiatrique et leur a communiqué le nom de l'expert pressenti, ainsi que les questions qu'elle avait l'intention de lui poser, en leur impartissant un délai pour faire valoir une éventuelle cause de récusation et se déterminer sur les questions posées.

41. Par écriture du 12 mai 2021, l'intimé a indiqué qu'il estimait que l'instruction du dossier permettait de statuer en pleine connaissance de cause sur l'état de santé et la capacité de travail du recourant de sorte que la mise en œuvre d'une expertise judiciaire s'avérait inutile. Si par impossible la chambre de céans persistait dans son intention d'ordonner une expertise, il n'avait pas de motif de récusation à l'encontre de l'expert désigné. La mission d'expertise avait été soumise au SMR lequel souhaitait dans son avis du 4 mai 2021 ajouter une question :

    - En cas de prise de psychotropes, prière d'effectuer un dosage sanguin afin d'évaluer la compliance du recourant.

42. Par pli du 14 mai 2021, le recourant a informé la chambre de céans ne pas avoir d'objections à formuler concernant l'expert désigné et suggéré de poser deux questions complémentaires à l'expert :

    - Compte tenu des nombreux antécédents médicaux comorbides du recourant, est-il exigible qu'il suive un traitement médicamenteux psychotrope ?

- Le traitement actuellement poursuivi par le recourant (thérapie cognitive et comportementale) est-il le traitement recommandé, et ce traitement est-il réalisé dans les règles de l'art ?

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. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la de loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable.

3. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente entière d'invalidité dès le 17 juin 2019.

4. 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).

5. 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).

6. 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).

   Ces indicateurs sont classés comme suit :

   I. Catégorie « degré de gravité fonctionnelle »

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

   A. Axe « atteinte à la santé »

   1. Caractère prononcé des éléments et des symptômes pertinents pour le diagnostic

Les constatations relatives aux manifestations concrètes de l'atteinte à la santé diagnostiquée permettent de distinguer les limitations fonctionnelles causées par cette atteinte de celles dues à des facteurs non assurés. Le point de départ est le degré de gravité minimal inhérent au diagnostic. Il doit être rendu vraisemblable compte tenu de l'étiologie et de la pathogenèse de la pathologie déterminante pour le diagnostic (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.1).

L'influence d'une atteinte à la santé sur la capacité de travail est davantage déterminante que sa qualification en matière d'assurance-invalidité (ATF 142 V 106 consid. 4.4). Diagnostiquer une atteinte à la santé, soit identifier une maladie d'après ses symptômes, équivaut à l'appréciation d'une situation médicale déterminée qui, selon les médecins consultés, peut aboutir à des résultats différents en raison précisément de la marge d'appréciation inhérente à la science médicale (ATF 145 V 361 consid. 4.1.2 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_212/2020 du 4 septembre 2020 consid. 4.2 et 9C_762/2019 du 16 juin 2020 consid. 5.2).

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

Le déroulement et l'issue d'un traitement médical sont en règle générale aussi d'importants indicateurs concernant le degré de gravité du trouble psychique évalué. Il en va de même du déroulement et de l'issue d'une mesure de réadaptation professionnelle. Ainsi, l'échec définitif d'une thérapie médicalement indiquée et réalisée selon les règles de l'art de même que l'échec d'une mesure de réadaptation - malgré une coopération optimale de l'assuré - sont en principe considérés comme des indices sérieux d'une atteinte invalidante à la santé. A l'inverse, le défaut de coopération optimale conduit plutôt à nier le caractère invalidant du trouble en question. Le résultat de l'appréciation dépend toutefois de l'ensemble des circonstances individuelles du cas d'espèce (arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.2.1.3 et la référence).

3. Comorbidités

La présence de comorbidités ou troubles concomitants est un indicateur à prendre en considération en relation avec le degré de gravité fonctionnel (arrêt du Tribunal fédéral 9C_650/2019 du 11 mai 2020 consid. 3.3 et la référence). On ne saurait toutefois inférer la réalisation concrète de l'indicateur "comorbidité" et, partant, un indice suggérant la gravité et le caractère invalidant de l'atteinte à la santé, de la seule existence de maladies psychiatriques et somatiques concomitantes. Encore faut-il examiner si l'interaction de ces troubles ayant valeur de maladie prive l'assuré de certaines ressources (arrêt du Tribunal fédéral 9C_756/2018 du 17 avril 2019 consid. 5.2.3 et le référence). Il est nécessaire de procéder à une approche globale de l'influence du trouble avec l'ensemble des pathologies concomitantes. Une atteinte qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidante en tant que telle (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.2; arrêt du Tribunal fédéral 9C_98/2010 du 28 avril 2010 consid. 2.2.2, in : RSAS 2011 IV n° 17, p. 44) n'est pas une comorbidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1040/2010 du 6 juin 2011

consid. 3.4.2.1, in : RSAS 2012 IV n° 1, p. 1) mais doit à la rigueur être prise en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité (ATF 141 V 281 consid. 4.3.2). Ainsi, un trouble dépressif réactionnel au trouble somatoforme ne perd pas toute signification en tant que facteur d'affaiblissement potentiel des ressources, mais doit être pris en considération dans l'approche globale (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.3).

Même si un trouble psychique, pris séparément, n'est pas invalidant en application de la nouvelle jurisprudence, il doit être pris en considération dans l'appréciation globale de la capacité de travail, qui tient compte des effets réciproques des différentes atteintes. Ainsi, une dysthymie, prise séparément, n'est pas invalidante, mais peut l'être lorsqu'elle est accompagnée d'un trouble de la personnalité notable. Par conséquent, indépendamment de leurs diagnostics, les troubles psychiques entrent déjà en considération en tant que comorbidité importante du point de vue juridique si, dans le cas concret, on doit leur attribuer un effet limitatif sur les ressources (ATF 143 V 418 consid. 8.1).

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

Le **«** complexe personnalité » englobe, à côté des formes classiques du diagnostic de la personnalité qui vise à saisir la structure et les troubles de la personnalité, le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du moi » qui désignent des capacités inhérentes à la personnalité, permettant des déductions sur la gravité de l'atteinte à la santé et de la capacité de travail (par exemple : auto-perception et perception d'autrui, contrôle de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation; cf. ATF 141 V 281 consid. 4.3.2). Etant donné que l'évaluation de la personnalité est davantage dépendante de la perception du médecin examinateur que l'analyse d'autres indicateurs, les exigences de motivation sont plus élevées (ATF 141 V 281 consid. 4.3.2).

Le Tribunal fédéral a estimé qu'un assuré présentait des ressources personnelles et adaptatives suffisantes, au vu notamment de la description positive qu'il avait donnée de sa personnalité, sans diminution de l'estime ou de la confiance en soi et sans peur de l'avenir (arrêt du Tribunal fédéral 8C_584/2016 du 30 juin 2017 consid. 5.2).

C. Axe « contexte social »

Si des difficultés sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles continuent à ne pas être prises en considération. En revanche, le contexte de vie de l'assuré peut lui procurer des ressources mobilisables, par exemple par le biais de son réseau social. Il faut toujours s'assurer qu'une incapacité de travail pour des raisons de santé ne se confond pas avec le chômage non assuré ou avec d'autres difficultés de vie (ATF 141 V 281 consid. 4.3.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_756/2018 du 17 avril 2019 consid. 5.2.3).

Lors de l'examen des ressources que peut procurer le contexte social et familial pour surmonter l'atteinte à la santé ou ses effets, il y a lieu de tenir compte notamment de l'existence d'une structure quotidienne et d'un cercle de proches […]. Le contexte familial est susceptible de fournir des ressources à la personne assurée pour surmonter son atteinte à la santé ou les effets de cette dernière sur sa capacité de travail, nonobstant le fait que son attitude peut rendre plus difficile les relations interfamiliales (arrêt du Tribunal fédéral 9C_717/2019 du 30 septembre 2020 consid. 6.2.5.3). Toutefois, des ressources préservées ne sauraient être inférées de relations maintenues avec certains membres de la famille dont la personne assurée est dépendante (arrêt du Tribunal fédéral 9C_55/2020 du 22 octobre 2020 consid. 5.2).

II. Catégorie « cohérence »

Il convient ensuite d'examiner si les conséquences qui sont tirées de l'analyse des indicateurs de la catégorie « degré de gravité fonctionnel » résistent à l'examen sous l'angle de la catégorie « cohérence ». Cette seconde catégorie comprend les indicateurs liés au comportement de l'assuré (ATF 141 V 281 consid. 4.4). A ce titre, il convient notamment d'examiner si les limitations fonctionnelles se manifestent de la même manière dans la vie professionnelle et dans la vie privée, de comparer les niveaux d'activité sociale avant et après l'atteinte à la santé ou d'analyser la mesure dans laquelle les traitements et les mesures de réadaptation sont mis à profit ou négligés. Dans ce contexte, un comportement incohérent est un indice que les limitations évoquées seraient dues à d'autres raisons qu'une atteinte à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.3).

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

Il s'agit ici de se demander si l'atteinte à la santé limite l'assuré de manière semblable dans son activité professionnelle ou dans l'exécution de ses travaux habituels et dans les autres activités (par exemple, les loisirs). Le critère du retrait social utilisé jusqu'ici doit désormais être interprété de telle sorte qu'il se réfère non seulement aux limitations mais également aux ressources de l'assuré et à sa capacité à les mobiliser. Dans la mesure du possible, il convient de comparer le niveau d'activité sociale de l'assuré avant et après la survenance de l'atteinte à la santé (ATF 141 V 281 consid. 4.4.1).

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

L'interruption de toute thérapie médicalement indiquée sur le plan psychique et le refus de participer à des mesures de réadaptation d'ordre professionnel sont des indices importants que l'assuré ne présente pas une évolution consolidée de la douleur et que les limitations invoquées sont dues à d'autres motifs qu'à son atteinte à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 9C_569/2017 du 18 juillet 2018 consid. 5.5.2).

La prise en compte d'options thérapeutiques, autrement dit la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, permet d'évaluer le poids effectif des souffrances. Tel n'est toutefois pas le cas lorsque le comportement est influencé par la procédure assécurologique en cours. Il ne faut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsque le refus ou la mauvaise acceptation du traitement recommandé est la conséquence d'une incapacité (inévitable) de l'assuré à reconnaître sa maladie (anosognosie). Les mêmes principes s'appliquent pour les mesures de réadaptation. Un comportement incohérent de l'assuré est là aussi un indice que la limitation fonctionnelle est due à d'autres raisons qu'à l'atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4.2).

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. A 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).

Des traits de personnalité signifient que les symptômes constatés ne sont pas suffisants pour retenir l'existence d'un trouble spécifique de la personnalité. Ils n'ont, en principe, pas valeur de maladie psychiatrique et ne peuvent, en principe, fonder une incapacité de travail en droit des assurances au sens des art. 4 al. 1 LAI et 8 LPGA (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2019 du 17 mars 2020 consid. 5.3 et les références).

7. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1). La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. 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. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). Il faut en outre que le médecin dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêt du Tribunal fédéral 9C_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les références).

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

   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).

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).

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).

8. 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).

9. 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).

10. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

11. En l'espèce, les raisons pour lesquelles l'intimé, suivant l'avis du SMR, a écarté l'appréciation de la capacité de travail du recourant de sa psychiatre, la Dresse B_____, ne sont pas convaincantes. En effet, le SMR s'est uniquement fondé, dans son avis du 26 novembre 2019, sur le rapport médical de la Dresse B_____ du 27 août 2019, sans mentionner le rapport médical de cette dernière du 7 novembre 2019, qui a été enregistré à l'OAI le 13 novembre suivant. Son appréciation repose ainsi sur un dossier incomplet. Le rapport précité était important, dès lors que la Dresse B_____ y indiquait avoir constaté une péjoration nette de l'état de santé mentale du recourant.

    Le SMR a encore indiqué dans son avis du 26 novembre 2019, que le rapport de la Dresse B_____ du 27 août 2019 retenait une incapacité de travail totale dans toute activité et que les limitations fonctionnelles étaient physiques et surtout cardiologiques. Il s'agit là d'un résumé biaisé du rapport de la Dresse B_____. En effet, si celle-ci n'a mentionné que des limitations fonctionnelles somatiques sous la rubrique consacrée à ce sujet du formulaire-type qu'elle devait remplir pour l'intimé, il ressort clairement dudit formulaire qu'elle estimait le recourant

totalement incapable de travailler sur le plan psychiatrique, en raison des symptômes anxieux et thymiques.

La décision querellée est ainsi fondée sur un avis du SMR qui n'est pas probant et il se justifie en conséquence d'ordonner une expertise psychiatrique du recourant.

12. Il sera donné suite aux demandes de questions complémentaires des parties.

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant préparatoirement

I. Ordonne une expertise psychiatrique de Monsieur A_____.

Commet à ces fins le docteur G_____, FMH en psychiatrie et psychothérapie, à Chêne-Bourg. Dit que la mission d'expertise sera la suivante :

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

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

2. Plaintes de la personne expertisée

3. Status clinique et constatations objectives

4. Diagnostics (selon un système de classification reconnu)

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

4.1 Avec répercussion sur la capacité de travail

4.1.1 Dates d'apparition

4.2 Sans répercussion sur la capacité de travail

4.2.1 Dates d'apparition

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

4.4 L'état de santé de la personne expertisée s'est-il amélioré/détérioré depuis le **18 décembre 2015** (date de la dernière décision de l'OAI) ?

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

4.6 Y a-t-il exagération des symptômes ou constellation semblable (discordance substantielle entre les douleurs décrites et le comportement observé ou l'anamnèse, allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, absence de demande de soins médicaux, plaintes très démonstratives laissant insensible l'expert, allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) ?

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

5. Limitations fonctionnelles

5.1. Indiquer les limitations fonctionnelles en relation avec chaque diagnostic

5.1.1 Dates d'apparition

5.2 Les plaintes sont-elles objectivées ?

6. Cohérence

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

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

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

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

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

7. Personnalité

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

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

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

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

8. Ressources

8.1 Quelles sont les ressources résiduelles de la personne expertisée sur le plan somatique ?

8.2 Quelles sont les ressources résiduelles de la personne expertisée sur les plans :

a) psychique

b) mental

c) social et familial. En particulier, la personne expertisée peut-elle compter sur le soutien de ses proches ?

9. Capacité de travail

9.1 Dater la survenance de l'incapacité de travail durable dans l'activité habituelle pour chaque diagnostic, indiquer son taux pour chaque diagnostic et détailler l'évolution de ce taux pour chaque diagnostic.

9.2 La personne expertisée est-elle capable d'exercer son activité lucrative habituelle ?

9.2.1 Si non, ou seulement partiellement, pourquoi ? Quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ?

9.2.2 Depuis quelle date sa capacité de travail est-elle réduite/ nulle ?

9.3 La personne expertisée est-elle capable d'exercer une activité lucrative adaptée à ses limitations fonctionnelles ?

9.3.1 Si non, ou dans une mesure restreinte, pour quels motifs ? Quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ?

9.3.2 Si oui, quel est le domaine d'activité lucrative adaptée ? A quel taux ? Depuis quelle date ?

9.3.3 Dire s'il y a une diminution de rendement et la chiffrer.

9.4 Comment la capacité de travail de la personne expertisée a-t-elle évolué depuis **le 18 décembre 2015**, date de la dernière décision entrant en matière sur le fond qui retenait une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée depuis août 2011?

9.5 Des mesures médicales sont-elles nécessaires préalablement à la reprise d'une activité lucrative ? Si oui, lesquelles ?

9.6 Quel est votre pronostic quant à l'exigibilité de la reprise d'une activité lucrative ?

10. Traitement

10.1 Examen du traitement suivi par la personne expertisée et analyse de son adéquation.

10.2 En cas de prise de psychotropes, prière d'effectuer un dosage sanguin afin d'évaluer la compliance de l'expertisé.

10.3 Est-ce que la personne expertisée s'est engagée ou s'engage dans les traitements qui sont raisonnablement exigibles et possiblement efficaces dans son cas ou n'a-t-elle que peu ou pas de demande de soins ?

10.4 En cas de refus ou mauvaise acceptation d'une thérapie, cette attitude doit-elle être attribuée à une incapacité de la personne expertisée à reconnaître sa maladie ?

10.5 Compte tenu des nombreux antécédents médicaux comorbides du recourant, est-il exigible qu'il suive un traitement médicamenteux psychotrope ?

10.6 Le traitement actuellement poursuivi par le recourant (thérapie cognitive et comportementale) est-il le traitement recommandé, et ce traitement est-il réalisé dans les règles de l'art ?

10.7 Propositions thérapeutiques et analyse de leurs effets sur la capacité de travail de la personne expertisée.

11. **Appréciation d'avis médicaux du dossier**

11.1 Êtes-vous d'accord avec l'appréciation de la Dresse B_____ (rapports des 27 août 2019 et 7 novembre 2019) ? En particulier avec les diagnostics posés, les limitations fonctionnelles constatées et l'estimation d'une capacité de travail ? justifier votre réponse.

11.2 Êtes-vous d'accord avec l'appréciation du Dr E_____ (rapport du 16 septembre 2020 et courriel du 9 novembre 2020) ? En particulier avec les diagnostics posés, les limitations fonctionnelles constatées et l'estimation d'une capacité de travail ? justifier votre réponse.

11.3 Êtes-vous d'accord avec l'appréciation du SMR (avis du 26 novembre 2019) ? En particulier avec les diagnostics retenus, les limitations fonctionnelles constatées et l'estimation d'une capacité de travail ? justifier votre réponse

12. Quel est le pronostic ?

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

14. Faire toutes autres observations ou suggestions utiles.

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

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

La greffière | La présidente

Isabelle CASTILLO | Catherine TAPPONNIER

Une copie conforme de la présente ordonnance est notifiée aux parties par le greffe le