RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/183/2023 **ATAS/906/2023**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 23 novembre 2023

Chambre 5

En la cause

A_____ recourant

représenté par Me Alexia RAETZO, avocate

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE intimé

Siégeant : Philippe KNUPFER, président ; Toni KERELEZOV et Monique STOLLER FÜLLEMANN, juges assesseurs.

EN FAIT

A. **a.** Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en _____1971, titulaire d'un diplôme d'études supérieures (ci-après : DES) en économétrie, marié, a déposé une demande de prestation invalidité qui a été reçue, en date du 16 novembre 2020, par l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

b. Comme troubles de la santé, l'assuré a indiqué des difficultés psychologiques depuis janvier 2010. Il a mentionné percevoir une aide sociale de l'Hospice général, depuis avril 2020, et être suivi par le docteur B_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, pour une dépression et des troubles de la personnalité, avec un traitement allant du mois de septembre 2017, jusqu'au mois d'octobre 2020, ainsi que par la docteure C_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, pour une dépression et des problèmes de couple, en traitement depuis septembre 2017, jusqu'à novembre 2020. Auparavant, il était suivi par le docteur D_____, spécialiste FMH en médecine interne, pour dépression et problèmes de couple, depuis le mois de décembre 2015 jusqu'au mois de septembre 2020.

c. Selon le curriculum vitae (ci-après : CV) de l'assuré, ce dernier a obtenu son DES en économétrie en 1996. Il a ensuite travaillé une année (1997-1998) en qualité de stagiaire auprès de la BANQUE E_____ (SUISSE) SA, puis une année (1998-1999) en qualité de trader auprès de F_____, puis quatre ans (1999-2003) en qualité de conseiller sur les marchés financiers auprès de G_____ SA. Il a ensuite travaillé une année (2004-2005) en qualité d'analyste financier auprès de H_____ à Gibraltar, puis une année (2006-2007) en qualité d'économètre auprès de l'administration fiscale cantonale, puis deux ans (2008-2010) en qualité d'assistant de gestion auprès de I_____(SUISSE) SA. Après une pause de trois ans, il a ensuite travaillé une année (2013-2014) en qualité de consultant informatique auprès de J_____ SA, après une pause d'une année, il a ensuite travaillé deux ans (2015-2017) en qualité de développeur d'affaires auprès de K_____SÀRL, puis après une nouvelle pause d'une année, il a travaillé trois mois (novembre 2018-janvier 2019) en qualité de consultant informatique, auprès de L_____ SA. Depuis lors, il ne travaille plus.

d. Par note du 28 janvier 2021, l'OAI a retenu un statut actif à 100%, mentionnant qu'auprès de son dernier employeur, L_____ SA, l'assuré travaillait à hauteur de 40 heures par semaine.

e. À la demande de l'OAI, le Dr B_____ a complété un rapport médical daté du 12 février 2021. Selon le médecin traitant, l'assuré souffrait de troubles de la personnalité (F60.8) avec plusieurs traits anxieux, labile et dépendant, ce qui ne permettait pas de déterminer un type précis. Son discours était logorrhéique, confus et sa pensée était discontinue. Il était angoissé, souffrait de troubles du

sommeil et son mal-être était flagrant. Il se levait tard, était souvent désorganisé et n'effectuait aucune démarche, avec la circonstance aggravante que la situation liée au coronavirus avait augmenté son angoisse et son inertie. Selon le médecin, les troubles de l'assuré invalidaient assez considérablement les différents domaines de sa vie et la situation actuelle, liée au coronavirus, avait accentué ses difficultés. Il était incapable de travailler actuellement et avait perdu toute confiance en lui ; il avait peur de toute confrontation et sa pensée était désorganisée par l'angoisse. Néanmoins, un étayage thérapeutique était un appui essentiel qui permettait de contenir ses angoisses. Le médecin traitant considérait que, dans un cadre de travail adapté à ses angoisses, sa capacité de travail était de 100% en tenant compte de ses difficultés : angoisse, manque de confiance en lui, difficultés à gérer les conflits et les émotions liées au conflit. Il était suggéré que l'assuré bénéficiât d'un programme de réinsertion progressif. Actuellement, le psychiatre mentionnait que l'assuré était bien présent, lors des séances hebdomadaires, et prenait régulièrement son traitement, soit 50 mg de Trittico le soir et 10 mg de Stillnox.

f. Le service médical régional (ci-après : le SMR) de l'OAI a recommandé, dans un avis médical du 20 janvier 2022, qu'une expertise psychiatrique, avec bilan neuropsychologique, soit effectuée.

g. Le mandat a été octroyé à la docteure M_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, qui, après un entretien d'une durée de 4h40, a rendu son rapport d'expertise psychiatrique, en date du 19 mai 2022. Après une anamnèse familiale, professionnelle, psychiatrique et somatique, l'experte a décrit les plaintes de l'assuré, qui disait avoir du mal à dormir, des difficultés à se concentrer plus de cinq minutes, s'assoupir devant la TV, souffrir de troubles mnésiques, « j'oublie tout ! », d'anxiété lorsqu'il descendait les poubelles, craignant, par exemple, de se faire agresser dans le local à poubelles, en lien avec l'agression d'un groupe de jeunes, subie en novembre 2021, alors qu'il retirait de l'argent auprès d'un bancomat. L'experte, faisant un constat psychiatrique, estimait que l'assuré était orienté aux quatre modes, qu'il n'y avait pas d'agitation motrice, que la posture était détendue, sans rigidité, mais que le flux verbal était légèrement précipité, avec de très nombreux aspects circonstanciés digressifs, donnant une impression de confusion mais disparaissant après une heure d'entretien. Il n'y avait pas de distractibilité, la concentration et la tension étaient bonnes, *idem* pour la mémoire des faits récents et anciens et l'humeur était neutre, sans tristesse apparente, sans tension faciale ni sanglots ; il n'y avait pas de désespoir perceptible, pas d'idées noires suicidaires, pas de troubles du cours, ni du contenu de la pensée, pas d'hallucinations, pas d'idées délirantes, pas de trouble du comportement ou de bizarrerie et pas de fatigue perceptible, après 4h40 d'entretien.

Les analyses de laboratoire faisaient toutefois apparaître que l'assuré n'était pas compliant à la prise de Trittico, dont la présence dans le sang était très faible,

alors que la présence de PEth faisait apparaître une consommation excessive d'alcool.

En auto-évaluation, lors de l'inventaire de BECK, pour la dépression, on observait un score de 29, correspondant à une dépression modérée, avec une forte cotation du sentiment d'échec, de tristesse non objectivée, de culpabilité, de troubles de sommeil, de perte d'intérêt et de perte d'espoir dans l'avenir. En hétéro-évaluation, sur l'échelle de dépression d'HAMILTON, le score était de 10, soit une dépression légère avec la mise en évidence d'un sentiment d'incapacité depuis novembre 2021, une humeur triste non objectivée, une préoccupation pour sa santé et un trouble du sommeil.

L'experte posait un diagnostic actuel de trouble anxieux et dépressif de degré léger (F41.2) mais ne partageait pas le diagnostic de trouble de la personnalité avancé par le Dr B_____ ; seuls quelques traits de personnalité avaient été mis en évidence dans l'anamnèse, notamment une fluctuation de l'humeur et des difficultés adaptatives sur le plan professionnel dès 2012. Il n'y avait pas eu de trouble psychique avant 2018. Par ailleurs, au regard des plaintes de l'assuré, qui mentionnait des périodes d'une durée de deux ou trois semaines pendant lesquelles il présentait une anxiété, une irritabilité, une tristesse, une aboulie, davantage de fatigue *etc*., l'experte faisait l'hypothèse d'une dysthimie (F34.1) ou un trait de personnalité émotionnellement labile, avec labilité de l'humeur et des difficultés à gérer ses émotions, de degré léger.

La Dre M_____ mentionnait que l'assuré bénéficiait de ressources internes et externes qui étaient : une formation diplômante universitaire, des relations familiales et affectives investies et stables, des intérêts variés dans différents domaines. Les difficultés étaient une perte de conditionnement liée à l'absence d'activité lucrative depuis dix ans (rythme, stress, hiérarchie, exigence de rendement), une absence de mise à jour des compétences professionnelles depuis 2012 et des difficultés dans la gestion des émotions, face à certains stress affectifs (notamment le décès d'un oncle en 2020).

S'agissant de la capacité de travail dans l'activité habituelle, l'experte estimait qu'il pouvait travailler progressivement, sur plusieurs mois jusqu'à huit heures par jour, dans une activité habituelle aménagée (en raison du déconditionnement depuis dix ans), avec un début d'activité à 50% et en tenant compte des limitations fonctionnelles. Sa performance était réduite, en raison du déconditionnement, avec une baisse de 20 à 30% en début d'activité, soit sur une durée de six mois. Après une période de réadaptation professionnelle, sur au moins six mois, la capacité de travail de l'assuré était estimée à 100%. Il était précisé que la capacité de travail dans l'activité habituelle existait depuis toujours (si on ne tenait pas compte du déconditionnement) avec possiblement des baisses de rendement occasionnelles, en cas de difficultés adaptatives. L'estimation de la capacité de travail dans une activité correspondante aux aptitudes de l'assuré était jugée de la même façon que sa capacité de travail dans son activité habituelle.

S'agissant des dates, l'experte considérait que l'assuré n'avait pas eu de perte de capacité de travail durable engendrée par une atteinte à la santé et que sa capacité de travail aménagée était de 100%, avec fluctuation de rendement possible (20%). La capacité de travail dans l'activité habituelle aménagée correspondait à une activité adaptée, que l'assuré pouvait assumer à 100% depuis toujours. L'experte précisait que, par capacité de travail aménagée dans l'activité habituelle, elle voulait dire qu'il fallait tenir compte du déconditionnement et d'un possible manque de mise à jour des compétences nécessaires à son activité, dans le domaine de la finance ou de l'informatique.

La capacité de travail pouvait être améliorée avec un suivi psychiatrique plus soutenu, une amélioration de la compliance à la médication concernant les troubles du sommeil. On pouvait envisager un traitement d'antidépresseurs à visée anxiolytique pour le trouble anxieux et dépressif de degré léger, afin de permettre à l'assuré de s'adapter aux mesures et d'optimiser les chances de succès. Il était conseillé, à un mois, de répéter le dosage du PEth afin de confirmer ou d'infirmer une consommation excessive d'alcool ou une erreur de laboratoire. En cas de confirmation de la consommation d'alcool, une prise en charge psycho-éducative paraissait nécessaire, afin de diminuer ladite consommation, source de fatigue, de perte de motivation et d'énergie.

Enfin, l'experte psychiatre considérait qu'un examen neuropsychologique n'était pas nécessaire dès lors qu'il n'avait pas été mis en exergue de difficultés cognitives entravant la capacité de travail, même si en situation de stress, les compétences qui étaient attestées pouvaient être impactées négativement, mais à un degré léger et ponctuel.

B. **a.** Par projet de décision du 30 mai 2022, se fondant sur les résultats de l'expertise, confirmés par un rapport du SMR du 25 mai 2022, l'OAI a refusé tout droit à des prestations de l'assurance invalidité, ne reconnaissant qu'une incapacité de travail transitoire de 60 %, du mois de novembre 2021 au 24 mai 2022.

b. Par entretien téléphonique du 8 juin 2022, l'assuré a demandé à l'OAI de transmettre une copie de l'expertise psychiatrique à son médecin traitant, le Dr B_____.

c. Par courrier du 25 août 2022 adressé à l'OAI, les psychiatres traitants de l'assuré, les Drs B_____ et C_____, ont réagi par rapport aux conclusions de l'expertise et ont considéré que l'assuré ne disposait plus de sa capacité de travail, car il n'avait jamais pu maintenir une place de travail de façon stable. Tous ses engagements s'étaient toujours terminés dans la confusion, le conflit et par un licenciement. L'épouse de l'assuré avait fait part au médecin des difficultés qu'elle rencontrait au quotidien avec son mari, qui était complètement désorganisé, très angoissé face aux démarches administratives effectuées tout en procrastinant « de façon caricaturale ». Il pouvait parfois être très impulsif

lorsqu'il se mettait en colère, ce qui faisait naître des craintes chez son épouse. Relevant que l'assuré avait une sœur bipolaire, qui avait fait de fréquents séjours à Belle-idée pour des épisodes maniaques, les médecins traitants envisageaient que l'assuré souffrît d'un trouble bipolaire de type 2 et/ou d'un trouble de l'attention et de la concentration THADA.

d. Par avis médical du 19 septembre 2022, le SMR a pris position par rapport à l'appréciation des médecins traitants et a proposé de soumettre à l'experte M_____ les questions se rapportant à un trouble bipolaire de type 2 et/ou un trouble THADA, tout en mentionnant, le cas échéant, si ces éventuelles atteintes psychiatriques incapacitantes pouvaient modifier les conclusions du rapport d'expertise d'avril 2022.

e. Les questions ont été soumises à la Dre M_____, qui a répondu, par complément d'expertise du 14 novembre 2022, en considérant que le rapport du Dr B_____ attestait de nouveaux troubles/diagnostics psychiatriques chez l'assuré, mais dont la probabilité n'était pas attestée cliniquement. Ce rapport des médecins traitants ne permettait pas de modifier les diagnostics attestés dans l'expertise, les symptômes décrits étant peu spécifiques. Par ailleurs, l'experte insistait sur le fait que les propositions thérapeutiques figurant dans son expertise devaient être tentées, notamment les antidépresseurs, le contrôle de la prise de médicaments par l'assuré et le contrôle de la consommation d'alcool.

f. Par décision du 5 décembre 2022, l'OAI a confirmé son projet de décision, refusant tout droit à des prestations invalidité à l'assuré.

C. **a.** Par acte de son mandataire, posté le 18 janvier 2023, l'assuré a interjeté recours contre la décision du 5 décembre 2022 par-devant la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans), concluant préalablement à son audition, puis principalement, à l'annulation de la décision querellée et à ce qu'une rente entière d'invalidité lui soit octroyée, subsidiairement, à ce qu'une expertise médicale, comprenant un examen neuropsychologique, soit ordonnée.

b. Dans sa réponse du 27 février 2023, l'OAI a conclu au rejet du recours. Le fait que les psychiatres traitants aient des appréciations différentes ne permettait pas de remettre en question les conclusions de l'expertise, ce d'autant moins que l'expert avait écarté les nouveaux diagnostics émis par les psychiatres traitants, considérant qu'il ne s'agissait que d'hypothèses et mentionnant qu'une partie de ces hypothèses se fondait sur les propos rapportés par l'épouse du recourant. De surcroît, il convenait de rappeler l'absence de traitement anxiolytique pris par l'assuré, ainsi que sa non compliance à la médication. S'agissant de l'absence de tests neuropsychologiques, il s'agissait d'un bilan qui se voulait, par nature, complémentaire, permettant de préciser l'ampleur du déficit cognitif constaté ; or, l'experte n'avait pas mis en exergue de telles difficultés, ce qui rendait inutile un tel bilan. S'agissant du déconditionnement qui avait été noté par l'experte, celui-

ci, selon la jurisprudence, n'était pas un élément susceptible de fonder une incapacité de travail, car il n'avait pas de rapport avec les atteintes à la santé de l'assuré.

c. Invité à répliquer, l'assuré, par courrier de son mandataire du 22 mars 2023, a considéré qu'une nouvelle expertise médicale était nécessaire en raison des appréciations divergentes des deux médecins traitants, ainsi que celles de l'assuré et de son épouse. Par ailleurs, il était reproché à l'OAI une violation de son devoir d'instruction, en raison du fait que le bilan neuropsychologique n'avait pas été effectué. Enfin, il était mentionné que l'assuré avait droit à des mesures de réinsertion, afin de rétablir, maintenir ou améliorer sa capacité de gain, telles que des mesures socioprofessionnelles et des mesures d'occupation, de manière à faire face au déconditionnement.

d. Par duplique du 13 avril 2023, le SMR s'est prononcé sur de nouvelles pièces produites par le recourant, notamment un dépôt de plainte suite à une agression, avec aspect sexualisé, intervenue en juillet 2022, un e-mail de l'épouse de l'assuré, adressé à son avocat et rappelant les aspects et difficultés de leur vie commune, ainsi qu'un courriel concernant un programme de psychoéducation sur le TDAH basé sur la thérapie de pleine conscience, débutant en septembre 2023. Après examen de ces éléments, le SMR a considéré qu'ils n'étaient pas de nature à modifier sa prise de position préalable. Partant, l'OAI a persisté dans ses conclusions.

e. Par courriers respectivement du 26 mai, puis du 21 juin 2023, l'assuré a informé la chambre de céans qu'il allait effectuer une évaluation auprès du département de psychiatrie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) en septembre et en octobre 2023.

f. Par courrier du 23 juin 2023, la chambre de céans a demandé à l'assuré de lui faire parvenir le rapport du département de psychiatrie des HUG.

g. En raison des considérants exposés sous ch. 20 *infra*, la chambre de céans a renoncé à ordonner une comparution personnelle et a gardé la cause à juger.

h. Les autres faits seront décrits, en tant que de besoin, dans la partie « en droit » du présent arrêt.

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. Dans la mesure où le recours a été interjeté postérieurement au 1er janvier 2021, il est soumis au nouveau droit (*cf.* art. 82*a* LPGA *a contrario*).

4. Le 1er janvier 2022 sont entrées en vigueur les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705).

En cas de changement de règles de droit, la législation applicable est, en principe, celle qui était en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières de droit transitoire (ATF 136 V 24 consid. 4.3 et la référence).

En l'occurrence, si le droit à la rente de l'assuré devait être reconnu, il serait né avant cette date, de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur ancienne teneur.

5. Le délai de recours est de 30 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 LPA), le recours est recevable.

6. Le litige porte sur le droit de l'assuré à des prestations invalidité, en raison de ses troubles psychiques.

7. 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).

8.

8.1 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 I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 ; ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1; ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

8.2 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).

8.3 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).

8.4 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).

9. 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. À 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). Étant 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).

10. 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).

11. 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).

Le Tribunal fédéral a récemment rappelé qu'en principe, seul un trouble psychique grave peut avoir un caractère invalidant. Un trouble dépressif de degré léger à moyen, sans interférence notable avec des comorbidités psychiatriques, ne peut généralement pas être défini comme une maladie mentale grave. S'il existe en outre un potentiel thérapeutique significatif, le caractère durable de l'atteinte à la santé est notamment remis en question. Dans ce cas, il doit exister des motifs importants pour que l'on puisse néanmoins conclure à une maladie invalidante. Si, dans une telle constellation, les spécialistes en psychiatrie attestent sans explication

concluante (éventuellement ensuite d'une demande) une diminution considérable de la capacité de travail malgré l'absence de trouble psychique grave, l'assurance ou le tribunal sont fondés à nier la portée juridique de l'évaluation médico-psychiatrique de l'impact (ATF 148 V 49 consid. 6.2.2 et les références).

12. 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).

13. 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).

14.

14.1 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).

14.2 Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (*cf.* art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes

exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3). 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.

14.3 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 135 V 465 consid. 4.4 et les références ; ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

Le fait qu'une expertise psychiatrique n'a pas été établie selon les nouveaux standards - ou n'en suit pas exactement la structure - ne suffit cependant pas pour lui dénier d'emblée toute valeur probante. En pareille hypothèse, il convient bien plutôt de se demander si, dans le cadre d'un examen global, et en tenant compte des spécificités du cas d'espèce et des griefs soulevés, le fait de se fonder définitivement sur les éléments de preuve existants est conforme au droit fédéral. Il y a lieu d'examiner dans chaque cas si les expertises administratives et/ou les expertises judiciaires recueillies - le cas échéant en les mettant en relation avec d'autres rapports médicaux - permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants. Selon l'étendue de l'instruction déjà mise en oeuvre, il peut s'avérer suffisant de requérir un complément d'instruction sur certains points précis (ATF 141 V 281 consid. 8 ; ATF 137 V 210 consid. 6 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_808/2019 du 18 août 2020 consid. 5.2. et 9C_109/2018 du 15 juin 2018 consid. 5.1).

14.4 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).

Lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise dans une procédure au sens de l'art. 44 LPGA, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères : s'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations d'un médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires (ATF 145 V 97 consid. 8.5 et les références ; ATF 142 V 58 consid. 5.1 et les références ; ATF 139 V 225 consid. 5.2 et les références ; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références). En effet, si la jurisprudence a reconnu la valeur probante des rapports médicaux des médecins-conseils, elle a souligné qu'ils n'avaient pas la même force probante qu'une expertise judiciaire ou une expertise mise en œuvre par un assureur social dans une procédure selon l'art. 44 LPGA (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références).

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 139 V 225 consid. 5.2 et les références ; ATF 135 V 465 consid. 4).

14.5 Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI - RS 831.201] ; ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5 ; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

14.6 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).

14.7 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).

15. 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*).

16.

16.1 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).

16.2 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).

16.3 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).

17. 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 126 V 353 consid. 5b et les références ; ATF 125 V 193 consid. 2

et les références ; *cf*. ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 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 135 V 39 consid. 6.1 et la référence).

18. 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 145 I 167 consid. 4.1 et les références ; ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 et les références). 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 (Cst. - RS 101 ; 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).

19. 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 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).

20. En l'espèce, le recourant considère que l'expertise psychiatrique diligentée par l'OAI n'est pas complète, dès lors qu'un bilan neuropsychologique n'a pas été effectué. De plus, la description des activités de l'assuré, telles qu'elles ressortent de l'expertise, ne correspondrait pas à la réalité. Enfin, les appréciations des médecins traitants se heurtent aux conclusions de l'expertise, raison pour laquelle le recourant conclut à l'annulation de la décision querellée et à ce qu'une expertise judiciaire psychiatrique soit ordonnée.

L'OAI, de son côté, se fonde sur les conclusions de l'expertise psychiatrique effectuée par la Dre M_____ et conclut à une pleine capacité de travail de l'assuré, sous réserve du déconditionnement.

20.1 Il ressort du rapport d'expertise du 19 mai 2022 que l'experte a pris connaissance du dossier complet du recourant, étudié et discuté soigneusement les rapports pertinents y figurant, présenté des anamnèses détaillées et fouillées, et retranscrit précisément les informations livrées par le recourant, s'agissant particulièrement des traitements suivis, de ses plaintes et habitudes. Elle a argumenté chaque diagnostic retenu et motivé ses conclusions quant aux limitations fonctionnelles et à la capacité de travail.

Le rapport d'expertise remplit donc a priori les exigences jurisprudentielles pour se voir reconnaître une pleine valeur probante.

20.2 Il convient encore d'examiner s'il existe des indices concrets permettant de douter du bien-fondé de l'expertise.

L'assuré allègue que son comportement le jour de l'entretien avec l'expert et les éléments qu'il a donnés « ne correspondent pas la réalité de son vécu et à sa situation » dès lors que le jour de l'expertise, il allègue « qu'il n'était momentanément pas dans une phase dépressive importante et était dans le déni de sa maladie » (mémoire de recours ch. 21).

Cet argument paraît peu convaincant, ce d'autant moins que les propres médecins traitants de l'assuré n'ont jamais prétendu que ce dernier était dans le déni de sa maladie et le décrivent comme logorrhéique et confus, ce qui a, par ailleurs, été partiellement observé par l'experte, qui a relevé que « le flux verbal était légèrement précipité avec de très nombreux aspects circonstanciés digressifs, donnant une impression de confusion, mais disparaissant après une heure d'entretien ».

Par ailleurs le résultat du test d'autoévaluation de BECK fait apparaître, au moment du test, un assuré faisant un score de 29, correspondant à une dépression modérée, avec une forte cotation du sentiment d'échec, de tristesse non objectivée, de culpabilité, de troubles de sommeil, de perte d'intérêt et de perte d'espoir dans l'avenir. En hétéro-évaluation, sur l'échelle de dépression d'HAMILTON, le score calculé par l'experte est de 10, soit une dépression légère avec la mise en évidence d'un sentiment d'incapacité depuis novembre 2021, une humeur triste non objectivée, une préoccupation pour sa santé et un trouble du sommeil.

Il ressort de ce qui précède que l'auto-évaluation de l'assuré aboutit, le jour de l'entretien d'expertise, à une évaluation faite par l'assuré lui-même, correspondant à une dépression modérée, avec sentiment d'échec, de tristesse, de culpabilité, de perte d'intérêt et de perte d'espoir ; compte tenu de ces éléments, on ne saurait conclure que l'assuré est en déni par rapport à son état dépressif.

L'assuré allègue également que son quotidien ne ressemblerait pas à ce qui est indiqué dans le rapport d'expertise, dès lors que, si rien n'est prévu dans sa journée, il prétend ne pas sortir de son lit et s'il fait parfois du vélo, c'est uniquement en raison de son problème de hanche. De surcroît, l'assuré aurait omis d'informer l'experte qu'au moment de l'expertise, il était en train de se séparer de sa femme, qui ne supporterait plus son état.

20.3 Dans son courriel du 20 mars 2023 destiné à l'avocat de l'assuré (pièce 20, chargé recourant, p. 2), l'épouse de ce dernier mentionne que c'est la dépression de son époux qui est la raison principale pour laquelle « on divorce », « car son comportement rend notre vie difficile, je n'arrive plus à gérer cette situation ».

La non-prise en compte de cet élément ne peut naturellement pas être reprochée à l'experte dès lors que l'assuré n'en a pas fait mention au moment de l'entretien d'expertise et que la chambre de céans ne l'a appris qu'à la lecture du mémoire de recours.

Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références).

Néanmoins, les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral I 321/04 du 18 juillet 2005 consid. 5).

Or, s'il est vrai que le témoignage écrit de l'épouse de l'assuré n'est pas contemporain de l'entretien entre l'experte et l'assuré, au mois d'avril 2022, il n'en reste pas moins que, si la séparation est avérée, cela peut représenter une source de stress supplémentaire, ainsi qu'une perte importante du support affectif et du soutien dont peut bénéficier l'assuré, ce qui est étroitement lié aux ressources dont bénéficie l'assuré pour faire face à ses troubles psychiques et, partant, à l'objet du litige ; cet élément doit donc être pris en compte.

20.4 S'agissant du rapport du 25 août 2022 des médecins traitants B_____ et C_____, après lecture du rapport d'expertise, il sied de relever que, selon les médecins traitants, l'assuré ne disposerait plus de sa capacité de travail car il n'a jamais pu maintenir une place de travail de façon stable et tous ses engagements se sont toujours terminés dans la confusion, le conflit et par un licenciement. Or, dans son rapport du 12 février 2021, le même Dr B_____ considérait – alors que tous les éléments dont il fait mention dans son rapport du 25 août 2022 lui étaient déjà connus – que « dans un cadre de travail adapté à ses angoisses, la capacité de travail [est de] 100% (en tenant compte de ses difficultés : angoisse, manque de confiance en lui, difficulté à gérer les conflits et les émotions liées au conflit) » (rapport du

12 février 2021). Ces appréciations peuvent sembler contradictoire. Pour expliquer cette péjoration de l'état de santé de l'assuré, le Dr B_____ se fonde sur les déclarations de l'épouse de ce dernier ; il a vu l'assuré « au début du mois de juillet [2022] avec son épouse. Celle-ci m'a fait part des difficultés qu'elle rencontrait au quotidien avec son mari » (rapport du 25 août 2022).

L'experte, à qui il a été demandé de se prononcer sur le rapport du 25 août 2022, comprend des appréciations des médecins traitants, que l'assuré présente une aggravation de l'anxiété face aux difficultés sociales ; elle relève néanmoins que, lors de l'entretien d'expertise, les activités de loisirs, ménagères, sportives, sociales, familiales n'étaient pas impactées, de même que les facultés cognitives (complément d'expertise du 14 novembre 2022, p. 2).

Enfin, en ce qui concerne les éventuels diagnostics de bipolarité et de THADA, l'experte considère dans son complément d'expertise que les symptômes décrits par les médecins traitants sont peu spécifiques et que les troubles rapportés par le Dr B_____ n'atteignent pas une probabilité attestée cliniquement, ni ne permettent de modifier les diagnostics attestés dans l'expertise.

20.5 Il est nécessaire d'objectiver les plaintes de l'assuré, notamment concernant sa fatigue et son manque d'attention et de concentration. À cet égard, il n'y a guère qu'un examen neuropsychologique qui permette : une observation du comportement de l'assuré, l'évolution des performances au test en rapport avec la durée de la séance ainsi que les capacités de l'assuré face à une tâche spécifique d'attention soutenue.

De surcroît, et même si le rapport des médecins traitants semble en très grande partie se fonder sur des éléments subjectifs, soit l'appréciation de l'assuré et celle de son épouse, il n'en reste pas moins que dans l'éventualité où la séparation des époux était avérée, cela aurait pour effet de diminuer - dans une mesure et avec des conséquences que la chambre de céans est incapable d'estimer sur la base du dossier actuel - le soutien dont bénéficie l'assuré.

Compte tenu de ce qui précède, la chambre de céans considère que l'expertise de la Dre M_____ doit être complétée au regard des éléments qui sont apparus dans le cadre de la procédure de recours.

S'agissant d'un élément de fait non instruit par l'OAI (en dépit du mandat d'expertise qui le prévoyait), il sied de réaliser le bilan neuropsychologique, ce d'autant plus dans la perspective d'un THADA.

De plus, en raison des nouveaux éléments de fait allégués dans le cadre du recours et liés à l'objet du litige, il est nécessaire d'établir les circonstances de la séparation (notamment : dates, vie commune ou séparation de fait, introduction ou non d'une demande en divorce) et de procéder à une nouvelle évaluation psychiatrique des ressources de l'assuré, au regard de la séparation alléguée de ce dernier d'avec son épouse.

Enfin, les questions soulevées par l'experte, non seulement dans son expertise du 19 mai 2022, mais également dans son complément d'expertise du 14 novembre 2022, n'ont pas été réglées, à savoir la compliance du traitement de l'assuré, notamment au regard du faible taux de Trittico relevé lors des analyses, ainsi que le taux élevé de PEth qui pourrait indiquer une addiction à l'alcool.

L'experte mentionne encore, dans son complément d'expertise du 14 novembre 2022, qu'un traitement adapté à la symptomatologie passée et actuelle soit instauré sous forme d'antidépresseurs à visée anxiolytique, avec un contrôle de la compliance.

Selon une jurisprudence bien établie de la chambre de céans, le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés doit en principe, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire, soit renvoyer la cause à l'autorité sociale intimée pour qu'elle procède à une instruction complémentaire (ATAS/1109/2021 du 4 novembre 2021 consid. 11b ; ATAS/707/2021 du 30 juin 2021 consid. 9b ; ATAS/662/2021 du 23 juin 2021 consid. 9 ; ATAS/404/2021 du 29 avril 2021 consid. 9b ; ATAS/810/2020 du 28 septembre 2020 consid. 8 ; ATAS/283/2020 du 14 avril 2020 consid. 8d ; ATAS/1102/2019 du 27 novembre 2019 consid. 8). Vu la maxime inquisitoire de l'art. 61 let. c LPGA, la chambre de céans tente, dans la mesure du raisonnable, de procéder directement aux éclaircissements nécessaires dans un but de célérité et d'économie procédurale (en ce sens pour la mise en œuvre d'expertises : ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4) ; cependant, un renvoi à l'administration apparaît en général approprié si celle-ci s'est soustraite à son devoir d'instruire, respectivement si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait en cas de recours (ATAS/707/2021 du 30 juin 2021 consid. 9b ; ATAS/662/2021 du 23 juin 2021 consid. 9 ; ATAS/404/2021 du 29 avril 2021 consid. 9b ; ATAS/833/2020 du 6 octobre 2020 consid. 10 ; ATAS/463/2020 du 4 juin 2020 consid. 10 ; ATAS/56/2020 du 30 janvier 2020 consid. 13b ; ATAS/960/2019 du 22 octobre 2019 consid. 9c ; ATAS/497/2019 du 4 juin 2019 consid. 7c ; ATAS/83/2019 du 1er février 2019 consid. 8c). Il ne revient un effet pas à la chambre de céans de procéder à une instruction détaillée en lieu et place du personnel spécialisé des autorités sociales compétentes (en ce sens : ATF 146 V 240 consid. 8.3.2), d'autant que cela aurait pour conséquence de priver les assurés concernés d'un degré de juridiction (comparer pour le Tribunal fédéral : ATF 147 I 89 consid. 1.2.5) et d'affaiblir le devoir constitutionnel de motivation sérieuse de l'autorité (en ce sens : ATF 146 V 240 consid. 8.3.2).

20.6 La cause sera donc renvoyée à l'intimé, pour complément d'instruction avec, notamment, une clarification de la situation conjugale de l'assuré et un complément d'expertise. L'experte psychiatre devra procéder à une nouvelle évaluation des ressources de l'assuré et du soutien dont il bénéficie dans le contexte de la séparation ou du divorce, si ce fait est avéré. Il sera également nécessaire d'effectuer un bilan neuropsychologique. Le cas échéant, en fonction des résultats

du bilan neuropsychologique, l'experte devra investiguer plus avant la possibilité d'un trouble de l'attention et de la concentration. L'experte devra également investiguer plus en détail les points qu'elle a soulevés, soit l'éventuelle addiction de l'assuré à l'alcool, ainsi que sa compliance aux médicaments, si nécessaire en établissant un contrôle sur plusieurs semaines. Enfin, elle devra se prononcer sur l'exigibilité d'un traitement antidépresseur.

20.7 La chambre de céans attire toutefois l'attention de l'assuré sur son obligation de collaborer à l'instruction de l'OAI, afin d'éviter que des éléments essentiels à l'appréciation du cas ne soient communiqués que tardivement, dans le cadre de la procédure de recours.

21. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis et la décision du 5 décembre 2022 sera annulée. La cause sera renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire, au sens des considérants qui précèdent.

22. Le recourant étant assisté d'un avocat et obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 1'500.- 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]).

23. 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. 1^{bis} LAI).

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision du 5 décembre 2022.
4. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants.
5. Alloue au recourant, à charge de l'intimé, une indemnité de CHF 1'500.- à titre de participation à ses frais et dépens.
6. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière	Le président
Véronique SERAIN	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