

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/210/2018

ATAS/636/2018

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Ordonnance d'expertise du 10 juillet 2018

6^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à COINTRIN, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Eric MAUGUE

recourant

contre

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

intimé

Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1966, de nationalité suisse, divorcé, père de deux enfants, titulaire d'un permis de chauffeur, a exercé les emplois suivants :
 - chauffeur poids lourds pour la légion étrangère du 1^{er} janvier 1987 au 1^{er} février 1992 ;
 - chauffeur poids lourds pour le comité B_____ (ci-après : B_____) du 25 octobre 1993 au 22 novembre 1994 et du 16 janvier 1995 au 8 janvier 1997 ;
 - chauffeur poids lourds pour C_____ SA du 1^{er} août 1997 au 10 juillet 1998 ;
 - chauffeur de car de courses scolaires à 100 % du 1^{er} septembre 1998 au 31 mai 2011 pour le collège L_____ ;
 - chauffeur poids lourds par intérim du 1^{er} décembre 2012 au 1^{er} décembre 2013.
2. Du 26 novembre 2013 au 24 janvier 2014, l'assuré a bénéficié d'une prise en soin de crise en raison d'un état anxio-dépressif, au service de psychiatrie générale (CAPPI Pâquis) des Hôpitaux Universitaires de Genève (ci-après : HUG).
3. Le 17 mars 2015, l'assuré a déposé une demande de prestations d'invalidité.
4. Le 6 juillet 2015, le docteur D_____, FMH psychiatrie et psychothérapie, a rempli un rapport médical AI attestant d'un état de stress post-traumatique (PTSD), d'un trouble affectif bipolaire, sans précision, d'une personnalité anxieuse (évitante) et d'un trouble hyperkinétique ; il suivait l'assuré depuis le 30 janvier 2014 ; celui-ci était totalement incapable de travailler depuis 2000 « suite au dernier emploi » et présentait une dispersion, confusion, labilité émotionnelle, stress, angoisses, intolérance, agressivité retenue, potentiellement explosive ; il portait sur lui des scénarios de violences sous forme de flash-back.
5. Le 8 mars 2016, la docteure E_____ du Service Médical Régional AI (ci-après : SMR) a estimé qu'un examen du SMR ou une expertise était nécessaire.
6. Le 20 octobre 2016, la docteure F_____, psychiatre-psychothérapeute, a rendu un rapport d'expertise, à la demande de l'Office de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI).

L'assuré se plaignait de stress, de difficultés liées à sa situation actuelle, de lassitude de la vie, de plusieurs traumatismes, d'anhédonie, de fatigabilité et de perte d'intérêt.

L'assuré avait grandi dans une situation de violence suite à des conflits conjugaux subis durant son enfance liés à l'alcoolisme chronique de son défunt père biologique. Dans sa structuration de personnalité, cet élément était précurseur de tout sentiment d'insécurité, de manque de confiance. La carence affective avait certainement manqué dans son développement psychomoteur le rendant fragile dans son sentiment d'incompétence et à l'affût de toute reconnaissance. Un

mécanisme de défense était l'altruisme qui lui permettait de se sentir valeureux et reconnu dans l'aide qu'il apportait à son prochain.

Dans ses relations interpersonnelles, qu'elles soient d'ordre familiales ou professionnelles, on soulignait beaucoup de conflits dans la relation à l'autre et ce trait de caractère était significatif d'un trouble de la personnalité. Dans le domaine professionnel, en reprenant l'anamnèse, il y avait eu beaucoup d'échecs et plusieurs renvois, le plus souvent sur un mode conflictuel avec insatisfaction certes des deux parties mais insatisfaction tout de même. Le seul lieu de travail où il avait réussi pendant 10 ans, c'était le collègue L_____. Plusieurs changements dans sa vie professionnelle qui témoignaient de méta cognitions ou de schémas cognitifs d'insécurité.

Dans le domaine familial, il était parti en conflit avec ses deux ex-épouses, avec son fils qui se trouvait en prison. L'affectivité, les réactions émotionnelles étaient disproportionnées dans l'intensité, la réaction émotionnelle était souvent inadéquate. Enfant il avait été abandonné, mais à son tour il abandonnait. Il avait abandonné femme, enfant et travail, reproduisant ainsi fidèlement un schéma. Dans son fonctionnement structurel, il abandonnait avant d'être abandonné réellement ou imaginairement. Il allait jusqu'à utiliser un mécanisme de défense, la victimisation, s'il avait pris la décision de partir c'était la faute à l'autre.

Dans le domaine social, il n'avait pas d'amis, dans les deux entretiens d'évaluation il n'avait pas souligné la présence de connaissances actuelles ou passées. Au jour d'aujourd'hui il vivait dans une chambre d'hôtel au bénéfice de l'aide sociale.

Dans le contrôle des compulsions, il ne soulignait pas de consommations actuelles de produits psychoactifs ; il était cependant nécessaire de rappeler qu'il avait eu par le passé une infraction pour conduite en état d'ivresse avec un emprisonnement ferme de sept jours et dix-huit mois de sursis. C'était le seul épisode qui avait été relevé aux dires de l'assuré.

Les décompensations anxieuses et dépressives se greffaient sur une structure de personnalité existante. La question autour d'un suivi précoce aurait été judicieuse ; il était vrai qu'il avait fini par consulter en état de crise en 2013 et que jusque-là tous les mécanismes de défense mis en place avaient tenu bons et lui avaient permis de fonctionner pas de manière adéquate mais de fonctionner quand même.

Dans un chapitre intitulé « diagnostics exclus », l'experte a indiqué que les critères du diagnostic de PTSD n'étaient pas remplis, en raison de défaut de flashbacks, d'évitements ; la restitution des éléments anamnétiques traumatiques était amenée avec des précisions et des détails avec une réaction émotionnelle normale ; il y avait une hypermnésie qui pouvait faire évoquer une hyper vigilance ; par ailleurs, selon la MINI (International Neuropsychiatric Interview), le diagnostic de trouble bipolaire sans précision ne pouvait pas être retenu car il n'y avait jamais eu un épisode maniaque, voire hypomaniaque durant toute la vie de l'assuré ; les éléments

ramenés par celui-ci ressemblaient davantage à des accès de colère avec ou sans violence qui faisaient plus référence à un trouble de la personnalité.

L'assuré était compliant. Il avait toutes ses aptitudes. Il suffisait de le remettre dans le contexte du travail, avec un cadre contenant et valorisant, d'abord à 50 % pendant deux mois puis augmenter à 60 %, 80 % et 100 %, sur une durée globale entre trois et six mois.

7. Le 23 mars 2017, le Docteur G_____, du SMR, a rendu un avis médical selon lequel l'experte ne se prononçait pas sur l'évolution des incapacités de travail ni sur la ou les atteintes ayant justifié celles-ci. Par ailleurs, l'experte disait que la capacité de travail était complète mais qu'il faudrait que l'assuré bénéficie d'une reprise progressive dans un « milieu contenant », de sorte qu'on ne comprenait pas si des limitations fonctionnelles étaient encore présentes et si l'activité habituelle (conducteur de bus pour une école privée) était exigible. Il convenait de poser des questions complémentaires à l'experte.
8. Le 24 avril 2017, l'experte a rendu un complément d'expertise.

Il y avait eu des incapacités de travail justifiées à l'époque pour un diagnostic d'épisode dépressif et attestées, autant par les médecins du CAPPI Pâquis, que par le médecin psychiatre, le Dr D_____, qui était le médecin de l'assuré à l'époque dans le cadre des HUG, avant son installation. Dans l'évolution des incapacités de travail, il y avait eu une reconduction des différents arrêts maladies de mois en mois, sans qu'il n'y ait de tentative de reprise de travail à l'époque.

Il n'y avait aucune atteinte à la santé justifiant une incapacité de travail ; il n'y avait pas de limitation fonctionnelle, depuis l'édition de son expertise. En évoquant un « milieu contenant », elle soulignait le caractère rassurant et sécurisant dont avait besoin l'assuré. Il était évident que dans le trouble de la personnalité qu'elle avait souligné, il serait judicieux d'aller pas à pas.

En effet, l'assuré pouvait reprendre une activité habituelle ou une autre adaptée à ses compétences. Elle rappelait pour autant qu'il serait important de prendre des précautions au niveau de la conduite professionnelle étant donné que ce dernier avait conduit en état d'ébriété et s'assurer qu'il n'avait pas eu de retrait de permis.

9. Le 20 juin 2017, le Dr G_____, du SMR, a rendu un avis médical selon lequel l'experte retenait comme diagnostic un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F 32.1), sans limitation fonctionnelle depuis le 13 octobre 2016. L'expertise était convaincante car elle tenait compte des plaintes de l'assuré et s'appuyait sur un examen clinique approfondi et complété par des examens para cliniques adéquats ; les points litigieux avaient été discutés et l'appréciation de la situation médicale était cohérente ; par ailleurs, au vu d'une notion de conduite en état d'ébriété dans le passé, le SMR avait des doutes sur l'aptitude à la conduite de l'assuré.

10. Par projet de décision du 18 juillet 2017, l'OAI a alloué à l'assuré une rente entière d'invalidité du 1^{er} septembre 2015 au 31 décembre 2016, au motif que l'incapacité de travail était totale du 26 novembre 2013 à septembre 2016, l'état de santé de l'assuré s'étant amélioré à partir d'octobre 2016.
11. Le 31 juillet 2017, l'assuré a déclaré faire opposition à cette décision, en contestant « le diagnostic » de l'expertise.
12. Par décision du 19 décembre 2017, l'OAI a alloué à l'assuré une rente entière d'invalidité du 1^{er} septembre 2015 au 31 décembre 2016.
13. Le 20 janvier 2018, l'assuré a recouru auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice à l'encontre de cette décision, en déclarant qu'il y était entièrement opposé et annonçait qu'il allait transmettre des renseignements de ses médecins, les Drs H_____, FMH médecine interne, et D_____.
14. Le 26 février 2018, l'assuré, représenté par un avocat, a complété son recours en concluant à l'octroi d'une rente entière d'invalidité au-delà du 31 décembre 2016.

Le rapport d'expertise n'avait pas de valeur probante. L'experte ne disposait pas de tous les éléments médicaux et avait refusé de contacter ses médecins traitants qui auraient pu lui communiquer des instructions, notamment en lien avec ses diverses hospitalisations.

L'histoire médicale était incomplète ; l'experte indiquait que la décompensation de 2013 était un premier épisode alors qu'il avait souffert d'un traumatisme cranio-cérébral à l'âge de 9 ans, un second avec état de coma en Bosnie en 1993, un déchirement du tympan au Burundi en 1995, deux hospitalisations pour asthme en 2003 et 2009, une rhinosinusite avec opération nasale en 2004, des crises de malaria entre 1995 et 2002, une prise en charge aux HUG en 1999 et 2013-2014 pour respectivement un état dépressif sévère et un état anxieux et dépressif. Par ailleurs, le 20 septembre 2017, postérieurement à l'expertise, il avait à nouveau été hospitalisé pour asthme. Il avait aussi subi des traumatismes majeurs, d'ordre privé et professionnels lors de ses emplois au B_____.

L'experte n'avait pas correctement pris en compte ses plaintes, soit des souvenirs envahissants, avec rêves et cauchemars, un détachement des autres, une insensibilité à l'environnement, une anhédonie, une stratégie d'évitement. L'experte n'avait pas tenu compte de ses symptômes, comportement parasuicidaire, idéation suicidaire, dévalorisation, trouble du sommeil, cauchemars, anxiété paroxystique, crises de panique, symptômes somatiques et psychiques de la ligne anxieuse, impulsivité, agressivité à l'égard de tiers, fonctionnement pré-psychotique. La problématique avec son fils, qui le menaçait de mort, était minimisée, tout comme ses antécédents psychiques, en particulier sa prise en charge aux HUG en 1999.

Le diagnostic de PTSD avait été posé par le Dr D_____ et écarté à tort, tout comme ceux de trouble dépressif récurrents et de personnalité émotionnelle labile,

type impulsif. L'experte n'intégrait pas les éléments cliniques importants dans l'analyse du tableau clinique et dans les diagnostics.

Le recourant a produit :

- un résumé d'intervention CTB du 26 mai 1999, attestant de sa prise en charge du 29 mars au 22 mai 1999 pour un état anxio-dépressif et un diagnostic principal de personnalité émotionnellement labile, type impulsif F60.30, épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques F32.2.
 - Une lettre de sortie du service de médecine interne générale des HUG du 13 octobre 2017, attestant qu'il avait présenté une insuffisance respiratoire aiguë.
15. Le 23 mars 2018, le Dr I_____ du SMR a rendu un avis médical selon lequel les médecins du CTB faisaient en 1999 une description de l'état psychique de l'assuré tout à fait rassurante, avec amélioration de l'état psychique, ce qui confirmait le caractère strictement réactionnel de la décompensation psychique ; en 2017, l'évolution de la décompensation respiratoire avait été favorable et la situation social très délicate de l'assuré jouait toujours un rôle prépondérant dans sa situation médicale.
16. Le 27 mars 2018, l'OAI a conclu au rejet du recours en se ralliant à l'appréciation du SMR du 23 mars 2018.
17. Dans le délai qui lui a été imparti pour répliquer, le recourant a communiqué le 23 avril 2018 les pièces suivantes :
- Un rapport du Dr D_____ du 22 février 2018 attestant d'un suivi hebdomadaire et de diagnostics d'état de stress post-traumatique F43.1, avec sporadiquement, des phénomènes de dépersonnalisation et déréalisation, de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen sans syndrome somatique F32.10 et de personnalité émotionnellement labile, type impulsif, F60.30. ; l'assuré gardait toujours un fonctionnement psychique limité, marqué par une fragilité et risque de décompensations à répétition, sur un mode anxieux-dépressif. Les rechutes étaient caractérisées d'une tendance d'agitation psychique et défenses hypomanes, plutôt comme des dépressions atypiques. L'assuré avait vécu plusieurs traumatismes majeurs depuis son enfance. Il présentait un trouble dépressif récurrent, ayant développé plusieurs épisodes dépressifs, dont trois sévère et un dernier avec symptômes psychotiques ; il présentait de nombreux éléments cliniques compatible avec un PTSD, qui constituait une réponse différée et prolongée à une situation de longue durée et un trouble de la personnalité émotionnellement labile, type impulsif ; l'histoire personnelle de l'assuré, marquée par des traumatismes importants déjà dans sa petite enfance, parlait en faveur d'éléments cliniques ayant un lien avec un fonctionnement psychique typique décrit dans le trouble de la personnalité ; il présentait un manque de sentiment de sécurité, une instabilité relationnelle, des émotions intenses, une humeur changeante et une sensibilité à fleur de peau, des

relations interpersonnelles instables, de l'impulsivité, avec des difficultés à se contrôler, un comportement pouvant porter atteinte à son corps, à sa santé ou à sa vie, un sentiment fréquent de vide, d'ennui, de solitude et de détresse, une tendance à être dans le « tout ou rien », une sensibilité à l'abandon. L'impulsivité avait conduit à des comportements auto-agressifs depuis l'âge de 13 ans.

L'expertise était contestée sur plusieurs points. L'experte avait refusé de lui parler, en lui raccrochant au nez. La décompensation de 2013 n'était pas du tout une première décompensation psychique ; l'experte n'intégrait pas les nombreux traumatismes dans son appréciation ; elle n'évoquait pas les comportements para-suicidaires, une idéalisation suicidaire, une dévalorisation, des troubles du sommeil et des cauchemars. L'assuré présentait une personnalité très anxieuse avec des symptômes d'anxiété paroxystique, un fonctionnement pré-psychotique ; il n'avait plus les mêmes ressources psychiques et physiques que par le passé ; la capacité de travail retenue par l'experte était très éloignée du tableau clinique et des diagnostics psychiatriques ; l'assuré présentait des rêves et des cauchemars, des souvenirs envahissants, d'émoussement émotionnel, de détachement par rapport aux autres, d'insensibilité à l'environnement, d'anhédonie et d'évitement des activités ainsi que des situations pouvant réveiller les souvenirs du traumatisme.

Les tests effectués le 20 février 2018 étaient compatibles avec un diagnostic de PTSD ; l'assuré avait été exposé à de nombreux traumatismes directement et indirectement ; il présentait des phénomènes intrusifs ; les souvenirs récurrents incluant des phénomènes sensoriels, émotionnels ou des comportements caractéristiques étaient évidents ; les rêves répétitifs étaient un élément très typique chez l'assuré ; il présentait des altérations de l'humeur ainsi qu'au niveau cognitif et des comportements agressifs sur le plan verbal et physique ; il s'agissait de symptômes bien connus dans le cadre du PTSD. Ses comportements auto-agressifs faisaient l'objet, à la fois du trouble de la personnalité et à la fois du PTSD. Les difficultés relationnelles interpersonnelles qu'on trouvait déjà en début et tout au long de sa vie étaient exacerbées à la suite des expositions aux traumatismes, ce qui était également une indication à un PTSD. 80 % des individus diagnostiqués d'un PTSD présentaient des critères diagnostiques pour avoir au moins un autre trouble mental (p. ex. dépressif, bipolaire, anxieux, ou l'usage de substance). Le tableau clinique de l'assuré évoquait une comorbidité avec le trouble dépressif récurrent ainsi que le diagnostic de structure, personnalité émotionnellement labile, type impulsif. L'assuré n'était pas apte à exercer une activité professionnelle quelconque, au vu de ses symptômes psychiatriques. Il avait fonctionné pendant quelques années sur un « régime d'économie psychique », à la limite de l'acceptable.

- Un résumé d'intervention ambulatoire du CAPPI Pâquis du 12 novembre 2014, attestant d'un séjour de l'assuré du 26 novembre 2013 au 21 janvier 2014 pour un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique, avec perte de poids de 10 kg, insomnies, angoisses en permanence ; l'évolution était favorable, avec amélioration de la thymie, une restauration de l'élan vital et une diminution importante de l'anxiété.
- Un rapport du Dr H_____ du 20 avril 2018, déclarant soutenir la demande AI de l'assuré en se référant au rapport du Dr D_____ ; du point de vue somatique l'assuré présentait un asthme stable, une pneumonie à picornavirus en octobre 2017 et un syndrome obstructif modéré ; il confirmait l'extrême fragilité psychologique de l'assuré, tant de sa problématique psychologique, que de ses problèmes familiaux et sociaux, qui accentuaient sa situation.

18. Le 25 juin 2018, la chambre de céans a entendu les parties en audience de comparution personnelle.

Le recourant a déclaré : « Depuis quatre ans je suis soutenu par l'Hospice général. Ma santé va moyennement. Je vis dans une chambre d'hôtel, je ne sors pas beaucoup à part une promenade le matin et pour les courses. Je vois le Dr D_____ une fois par semaine et cela depuis quatre ans. Le Dr H_____ est mon médecin généraliste. Je l'ai vu à ma sortie d'hôpital en octobre 2017. Sinon je ne le vois pas régulièrement. Il me fait des bilans sanguins une fois par année.

L'expertise ne s'est pas bien passée du tout. Je n'étais pas à l'aise avec l'experte, elle avait un ton très cassant et j'ai eu l'impression d'être jugé. J'étais perdu. Elle m'a fait attendre une heure et demie lors du premier entretien, elle m'a ensuite reconvoqué deux fois pour me poser les mêmes questions. Elle m'a aussi contacté par téléphone, également pour me poser les mêmes questions. Elle prenait constamment des notes de sorte que j'ai à peine vu ses yeux.

La situation de mon fils qui selon mon avis a dû sortir de prison en 2017 sans que cela ne m'ait été confirmé, est une source de stress importante pour moi et c'est ce qui m'a d'ailleurs conduit à être hospitalisé en septembre 2017. J'ai fait à ce moment-là une décompensation pulmonaire avec un arrêt cardiaque car j'étais très angoissé que mon fils puisse être mêlé à des actes de terrorisme. Il est en effet fiché S en France depuis des années. Je lui avais écrit en 2015 pour reprendre contact mais j'ai reçu en retour une lettre de menace que j'ai fait suivre à la police.

En raison de mon traitement médicamenteux je n'ai plus de permis de conduire. Ceux-ci m'ont été retirés. La médication me fatigue énormément de sorte que je suis en permanence dans un état léthargique, le bénéfice étant qu'elle m'a stabilisé.

En plus des problèmes liés à la situation de mon fils, j'ai également beaucoup d'autres soucis comme l'abus de ma fille et le fait que j'ai dû m'en occuper seul ».

L'avocat du recourant a constaté que la Dre J_____ n'était pas psychiatre alors qu'elle s'était prononcée sur le rapport du Dr D_____ et que le site de la FMH indiquait qu'elle avait obtenu en 2017 un titre de spécialiste en médecine interne.

La représentante de l'intimé a déclaré qu'elle ne savait pas si la Dre F_____ avait un titre FMH ou une autorisation de pratiquer en Suisse mais qu'elle était mandatée par l'AI depuis quelques années ; elle a communiqué un avis du SMR du 20 juin 2018 et précisé que celui-ci confiait les évaluations à ses médecins indépendamment de leurs spécialisations.

19. Dans son avis du 20 juin 2018, la Dre J_____ a estimé que le Dr D_____ critiquait l'expertise de la Dre F_____ sans apporter d'éléments objectifs pertinents susceptibles de modifier son appréciation, étant relevé qu'il était surprenant que le Dr D_____ pose un diagnostic de PTSD alors que ni les psychiatres du CAPPI ni l'expert ne le retenaient.
20. Le 28 juin 2018, la chambre de céans a informé les parties qu'elle entendait confier une expertise au docteur K_____ et leur a imparti un délai pour se prononcer sur une éventuelle cause de récusation de l'expert ainsi que sur les questions libellées dans la mission d'expertise.
21. Le 3 juillet 2018, l'OAI, en se référant à un avis du SMR du même jour, s'est opposé à l'ordonnance d'une expertise en estimant qu'elle n'était pas justifiée tout en indiquant qu'il n'avait pas de motif de récusation à faire valoir, ni de question complémentaires à poser ; il a précisé que la Dre F_____ était au bénéfice d'un titre accrédité de médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et du titre de FMH ; quant à la Dre J_____, du SMR, elle avait obtenu la reconnaissance en Suisse le 1^{er} juin 2007 de son titre de médecin étranger et avait obtenu un titre post grade de médecine interne en 2017. Tant l'expertise de la Dre F_____ que l'avis de la Dre J_____ avaient valeur probante.
22. Le 6 juillet 2018, le recourant a indiqué n'avoir aucun motif de récusation à l'encontre de l'expert, ni questions complémentaires à poser.

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) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, 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.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).
4. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité.
5. Aux termes de l'art. 8 al. 1^{er} LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. 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 ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI).
6. 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. 28a al. 1 LAI).

Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA)

d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA.

7. 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).

Dans sa jurisprudence récente (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7), le Tribunal fédéral a modifié sa pratique lors de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques. La jurisprudence développée pour les troubles somatoformes douloureux, selon laquelle il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (ATF 141 V 281), s'applique dorénavant à toutes les maladies psychiques. En effet, celles-ci ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée. La question des effets fonctionnels d'un trouble doit dès lors être au centre. La preuve d'une invalidité ouvrant le droit à une rente ne peut en principe être considérée comme rapportée que lorsqu'il existe une cohérence au niveau des limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation de la capacité de travail invalidante n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée.

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).

8. a. S'agissant du caractère invalidant d'un trouble somatoforme douloureux, la capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant de mettre en regard les facteurs extérieurs incapacitants d'une part et les ressources de compensation de la personne d'autre part (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). Il n'y a plus lieu de se fonder sur les critères de l'ATF 130 V 352, mais sur une grille

d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4).

Dans ce cadre, il convient d'évaluer globalement, sur une base individuelle, les capacités fonctionnelles effectives de la personne concernée en tenant compte, d'une part, des facteurs contraignants extérieurs limitant les capacités fonctionnelles et, d'autre part, les potentiels de compensation (ressources). Les indicateurs pertinents sont notamment l'expression des constatations et des symptômes, le recours aux thérapies, leur déroulement et leurs effets, les efforts de réadaptation professionnelle, les comorbidités, le développement et la structure de la personnalité, le contexte social de la personne concernée ainsi que la survenance des restrictions alléguées dans les différents domaines de la vie (travail et loisirs).

Ces indicateurs sont classés comme suit :

I. Catégorie « degré de gravité fonctionnelle »

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

A. Axe « atteinte à la santé »

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

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

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

Ce critère est un indicateur important pour apprécier le degré de gravité. L'échec définitif d'un traitement indiqué, réalisé *lege artis* sur un assuré qui coopère de manière optimale, permet de conclure à un pronostic négatif. Si le traitement ne correspond pas ou plus aux connaissances médicales actuelles ou paraît inapproprié dans le cas d'espèce, on ne peut rien en déduire s'agissant du degré de gravité de la pathologie. Les troubles psychiques sont invalidants lorsqu'ils sont graves et ne peuvent pas ou plus être traités médicalement. Des déductions sur le degré de gravité d'une atteinte à la santé peuvent être tirées non seulement du traitement médical mais aussi de la réadaptation. Si des mesures de réadaptation entrent en considération après une évaluation médicale, l'attitude de l'assuré est déterminante pour juger du caractère invalidant ou non de l'atteinte à la santé. Le refus de l'assuré d'y participer est un indice sérieux d'une atteinte non invalidante. A l'inverse, une réadaptation qui se conclut par un échec en dépit d'une coopération optimale de la personne assurée peut être significative dans le cadre d'un examen global tenant compte des circonstances du cas particulier (consid. 4.3.1.2).

3. Comorbidités

La comorbidité psychique ne doit être prise en considération qu'en fonction de son importance concrète dans le cas d'espèce, par exemple pour juger si elle prive l'assuré de ressources. Il est nécessaire de procéder à une approche globale de l'influence du trouble somatoforme douloureux avec l'ensemble des pathologies concomitantes. Un trouble qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidant en tant que tel (cf. consid. 4.3.1.2; arrêt du Tribunal fédéral 9C_98/2010 du 28 avril 2010, consid. 2.2.2, in : RSAS 2011 IV n° 17, p. 44) n'est pas une comorbidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1040/2010 du 6 juin 2011, consid. 3.4.2.1, in : RSAS 2012 IV n° 1, p. 1) mais doit à la rigueur être pris en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité (ATF 141 V 281 consid. 4.3.2). Ainsi, un trouble dépressif réactionnel au trouble somatoforme ne perd pas toute signification en tant que facteur d'affaiblissement potentiel des ressources, mais doit être pris en considération dans l'approche globale (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.3).

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

Il s'agit d'accorder une importance accrue au complexe de personnalité de l'assuré (développement et structure de la personnalité, fonctions psychiques fondamentales). Le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du Moi » (conscience de soi et de l'autre, appréhension de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation) entre aussi en considération. Comme les diagnostics relevant des troubles de la personnalité sont, plus que d'autres indicateurs, dépendants du médecin examinateur, les exigences de motivation sont particulièrement élevées (consid. 4.3.2).

C. Axe « contexte social »

Si des difficultés sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles continuent à ne pas être prises en considération. En revanche, le contexte de vie de l'assuré peut lui procurer des ressources mobilisables, par exemple par le biais de son réseau social. Il faut toujours s'assurer qu'une incapacité de travail pour des raisons de santé ne se confond pas avec le chômage non assuré ou avec d'autres difficultés de vie (consid. 4.3.3).

II. Catégorie « cohérence »

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

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

Il s'agit ici de se demander si l'atteinte à la santé limite l'assuré de manière semblable dans son activité professionnelle ou dans l'exécution de ses travaux habituels et dans les autres activités (par exemple, les loisirs). Le critère du retrait social utilisé jusqu'ici doit désormais être interprété de telle sorte qu'il se réfère non

seulement aux limitations mais également aux ressources de l'assuré et à sa capacité à les mobiliser. Dans la mesure du possible, il convient de comparer le niveau d'activité sociale de l'assuré avant et après la survenance de l'atteinte à la santé (consid. 4.4.1).

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

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

Le juge vérifie librement si l'expert médical a exclusivement tenu compte des déficits fonctionnels résultant de l'atteinte à la santé et si son évaluation de l'exigibilité repose sur une base objective (consid. 5.2.2; ATF 137 V 64 consid. 1.2 in fine).

b. La reconnaissance de l'existence desdits troubles suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant légitime sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3).

Ce diagnostic doit être justifié médicalement de telle manière que les personnes chargés d'appliquer le droit puissent vérifier que les critères de classification ont été effectivement respectés. Il suppose l'existence de limitations fonctionnelles dans tous les domaines de la vie (tant professionnelle que privée). Les médecins doivent en outre prendre en considération les critères d'exclusion de ce diagnostic retenus par la jurisprudence (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1. et 2.2). Ainsi, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (ATF 131 V 49 consid. 1.2).

L'examen des indicateurs standards reste toutefois superflu lorsque l'incapacité de travail est niée sur la base de rapports probants établis par des médecins spécialistes

et que d'éventuelles appréciations contraires n'ont pas de valeur probante du fait qu'elles proviennent de médecins n'ayant pas une qualification spécialisée ou pour d'autres raisons (voir ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 125 V 351 consid. 3a).

9. 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). Selon la nouvelle jurisprudence, il importe plutôt de savoir, si la personne concernée peut objectivement apporter la preuve d'une incapacité de travail et de gain invalidante. Le fait qu'une dépression légère à moyenne est en principe traitable au moyen d'une thérapie, doit continuer à être pris en compte dans l'appréciation globale des preuves, dès lors qu'une thérapie adéquate et suivie de manière conséquente est considérée comme raisonnablement exigible.

En particulier, 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).

10. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1). La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; ATF 115 V 133 consid. 2; ATF 114 V 310 consid. 3c; arrêt du Tribunal fédéral 8C_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2).

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

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

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

Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier 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 LPG) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées).

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).

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

11. 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).

12. 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). 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).
13. 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).
14. Les frais qui découlent de la mise en œuvre d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire confiée à un Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (COMAI) peuvent le cas échéant être mis à la charge de l'assurance-invalidité (cf. ATF 139 V 496 consid. 4.3). En effet, lorsque l'autorité judiciaire de première instance décide de confier la réalisation d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire à un COMAI parce qu'elle estime que l'instruction menée par l'autorité administrative est insuffisante (au sens du consid. 4.4.1.4 de l'ATF 137 V 210), elle intervient dans les faits en lieu et place de l'autorité administrative qui aurait dû, en principe, mettre en œuvre cette mesure d'instruction dans le cadre de la

procédure administrative. Dans ces conditions, les frais de l'expertise ne constituent pas des frais de justice au sens de l'art. 69 al. 1 bis LAI, mais des frais relatifs à la procédure administrative au sens de l'art. 45 LPGA qui doivent être pris en charge par l'assurance-invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 8C_312/2016 du 13 mars 2017 consid. 6.2).

Cette règle, qu'il convient également d'appliquer dans son principe aux expertises judiciaires mono- et bidisciplinaires (cf. ATF 139 V 349 consid. 5.4), ne saurait entraîner la mise systématique des frais d'une expertise judiciaire à la charge de l'autorité administrative. Encore faut-il que l'autorité administrative ait procédé à une instruction présentant des lacunes ou des insuffisances caractérisées et que l'expertise judiciaire serve à pallier les manquements commis dans la phase d'instruction administrative. En d'autres mots, il doit exister un lien entre les défauts de l'instruction administrative et la nécessité de mettre en œuvre une expertise judiciaire (ATF 137 V 210 consid. 4.4.2). Tel est notamment le cas lorsque l'autorité administrative a laissé subsister, sans la lever par des explications objectivement fondées, une contradiction manifeste entre les différents points de vue médicaux rapportés au dossier, lorsqu'elle a laissé ouverte une ou plusieurs questions nécessaires à l'appréciation de la situation médicale ou lorsqu'elle a pris en considération une expertise qui ne remplissait manifestement pas les exigences jurisprudentielles relatives à la valeur probante de ce genre de documents (voir par exemple arrêt du Tribunal fédéral 8C_71/2013 du 27 juin 2013 consid. 2). En revanche, lorsque l'autorité administrative a respecté le principe inquisitoire et fondé son opinion sur des éléments objectifs convergents ou sur les conclusions d'une expertise qui répondait aux réquisits jurisprudentiels, la mise à sa charge des frais d'une expertise judiciaire ordonnée par l'autorité judiciaire de première instance, pour quelque motif que ce soit (à la suite par exemple de la production de nouveaux rapports médicaux ou d'une expertise privée), ne saurait se justifier (ATF 139 V 496 précité consid. 4.4; arrêt du Tribunal fédéral 8C_312/2016 du 13 mars 2017 consid. 6.3).

15. En l'occurrence, l'intimé a diligenté une expertise confiée à la Dre F_____. Le rapport de celle-ci du 20 octobre 2016 n'empêche toutefois pas la conviction. L'expertise comprend une longue anamnèse du recourant (histoire médicale, personnelle, familiale et professionnelle); cependant, l'appréciation du cas est pauvre et incomplète; elle se limite à un rappel de l'anamnèse ou à des constatations qui ne sont ensuite pas discutées en relation avec un éventuel diagnostic psychiatrique; en effet, l'experte écarte rapidement tout diagnostic psychiatrique alors qu'elle évoque le reflet d'un sentiment d'insécurité chez le recourant qui est bien perceptible (expertise p. 8), qu'elle souligne beaucoup de conflits dans la relation à l'autre, significatifs d'un trouble de la personnalité (expertise p. 9), qu'elle indique que le recourant présente des schémas cognitifs d'insécurité, que ce soit dans le domaine professionnel ou familial, que les réactions émotionnelles sont disproportionnées et inadéquates, qu'il reproduit un schéma

d'abandons avec une attitude de victimisation et qu'il est socialement isolé. Elle relève aussi qu'un suivi précoce du recourant aurait été judicieux (expertise p. 9).

Elle exclut un diagnostic de PTSD et trouble bipolaire tout en évoquant un trouble de la personnalité, sans toutefois le discuter (expertise p. 9 – 10). Elle estime que les décompensations anxieuses et dépressives du recourant ont débuté en 2013 - en se référant à la prise en charge des HUG (CAPPI Pâquis) du 26 novembre 2013 au 24 janvier 2014 - et que jusque-là tous les mécanismes de défense mis en place avaient tenu bon et permis au recourant de fonctionner (expertise p. 9 et 11). Or, le recourant avait déjà bénéficié du 29 mars au 28 mai 1999 d'une prise en soins aux HUG (CTB Est), en raison d'un diagnostic de personnalité émotionnellement labile, type impulsif et épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques ; le résumé d'intervention CTB du 25 mai 1999 n'était pas au dossier au jour de l'expertise mais l'experte aurait pu en être informée si elle avait pris contact avec le Dr D_____, celui-ci ayant indiqué dans son rapport du 22 février 2018 qu'elle avait refusé d'échanger avec lui. Par ailleurs, l'experte estime que les décompensations du recourant se sont greffées sur une structure de personnalité existante (expertise p. 9), ce qui n'est pas explicite.

L'experte admet que le recourant prend sa médication de façon régulière pour répondre au diagnostic de trouble de l'humeur, épisode dépressif, pour en réduire la symptomatologie et amener une stabilité (expertise p. 10) ; elle estime même que la prise en charge thérapeutique et la médication psychotique sont nécessaires pour maintenir cette stabilité (expertise p. 11) ; cependant les diagnostics justifiant un tel traitement ne sont pas discutés et l'experte n'explique pas pour quel motif ils sont écartés. Ensuite, c'est dans le chapitre relatif à la réadaptation que l'experte mentionne un tableau clinique témoignant d'un état de dépression (expertise p. 12), alors que ce diagnostic n'a pas été retenu ni discuté dans le chapitre diagnostic, celui-ci étant d'ailleurs curieusement seulement intitulé « diagnostics exclus » (expertise p. 9).

Comme relevé par le SMR le 23 mars 2017, l'experte ne s'est pas prononcée sur l'évolution des incapacités de travail, ni sur les atteintes ayant justifié celles-ci ; il a aussi remarqué qu'il existait une contradiction entre le fait de nier toute limitation fonctionnelle et celui de prescrire une reprise progressive du travail dans un milieu contenant, de sorte que des questions complémentaires ont été posées à l'experte. Le complément d'expertise rendu par l'experte le 24 avril 2017 n'a cependant pas permis de lever toutes les incohérences du rapport d'expertise. En particulier, l'experte reconnaît des incapacités de travail du recourant justifiées à l'époque pour un diagnostic d'épisode dépressif et précise que l'absence de limitation fonctionnelle est valable depuis le jour de son expertise. Or, l'experte ne donne aucun élément qui permettrait d'expliquer comment les atteintes psychiatrique du recourant, qu'elle reconnaît comme incapacitantes, ont disparu au jour de l'expertise ; en d'autres termes, l'évolution de l'état de santé du recourant n'est pas appréciée de façon cohérente et la reconnaissance d'une capacité de travail totale de

celui-ci au jour de l'expertise n'est pas étayée. Par ailleurs, l'experte mentionne un trouble de la personnalité (complément d'expertise n°4), justifiant une reprise progressive du travail dans un cadre contenant alors qu'elle ne fait pas clairement mention de ce diagnostic et qu'elle nie dans le même temps toute limitation fonctionnelle du recourant (complément d'expertise n°3).

Au vu de ce qui précède, l'expertise de la Dre F_____ ne saurait se voir reconnaître une pleine valeur probante.

Enfin, le Dr D_____ a rendu le 22 février 2018 un rapport médical circonstancié dans lequel il a présenté plusieurs critiques pertinentes à l'égard de l'expertise de la Dre F_____ et a posé notamment le diagnostic de PTSD ; il a estimé, contrairement à l'experte, que ce diagnostic était avéré, et la mentionné en soulignant que le recourant avait été exposé à de nombreux traumatismes directement et indirectement, qu'il présentait des phénomènes intrusifs, que les souvenirs récurrents incluant des phénomènes sensoriels, émotionnels ou des comportements caractéristiques étaient évidents, que les rêves répétitifs étaient un élément très typiques chez l'assuré, qu'il présentait des altérations de l'humeur ainsi qu'au niveau cognitif, qu'il se comportait de façon agressive sur le plan verbal et physique et qu'il s'agissait de symptômes bien connus dans le cadre du PTSD. Ses comportements auto-agressifs faisaient l'objet, à la fois du trouble de la personnalité et à la fois du PTSD. Les difficultés relationnelles inter-personnelles qu'on trouvait déjà en début et tout au long de sa vie étaient exacerbées à la suite des expositions aux traumatismes et ceci était également des indications au PTSD. 80 % des individus avec un diagnostic de PTSD présentaient des critères diagnostiques pour avoir au moins un autre trouble mental (p. ex. dépressif, bipolaire, anxieux, ou l'usage de substance). Le tableau clinique de l'assuré évoquait une comorbidité avec le trouble dépressif récurrent ainsi que le diagnostic de structure, personnalité émotionnelle labile, type impulsif.

Finalement, le Dr D_____ a estimé que le recourant était totalement incapable de travailler, sur la base des diagnostics d'état de stress post-traumatique F43.1, avec sporadiquement, des phénomènes de dépersonnalisation et déréalisation, de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen sans syndrome somatique F32.10 et de personnalité émotionnellement labile, type impulsif, F60.30.

Compte tenu de la faible valeur probante de l'expertise de la Dre F_____ dont l'appréciation et les conclusions sont sérieusement remises en cause par le rapport médical circonstancié du 22 février 2018 du Dr D_____, la chambre de céans constate qu'une expertise judiciaire psychiatrique est nécessaire.

Celle-ci sera confiée au docteur K_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, à Vevey.

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

Statuant préparatoirement

- A. Ordonne une expertise psychiatrique de Monsieur A_____.
- B. Commet à ces fins le docteur K_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, à Vevey.
- C. 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 l'assuré, en particulier le docteur D_____ ;
 - c) examiner et entendre l'assuré, après s'être entouré de tous les éléments utiles, au besoin d'avis d'autres spécialistes ;
 - d) si nécessaire, ordonner d'autres examens.
- D. Charge l'expert d'établir un rapport détaillé et de répondre aux questions suivantes :
1. Anamnèse détaillée.
 2. Plaintes et données subjectives de l'assuré.
 3. Status clinique et constatations objectives.
 4. Diagnostics selon la classification internationale.
Précisez quels critères de classification sont remplis et de quelle manière (notamment l'étiologie et la pathogénèse).
 5. Quel est le degré de gravité de chacun des troubles diagnostiqués ?
 6. Depuis quand les différentes atteintes sont-elles présentes ?
 7. Les plaintes sont-elles objectivées ?
 8. 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 l'assuré).
 9. a) 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) ?
- b) Dans l'affirmative, considérez-vous que cela suffise à exclure une atteinte à la santé significative ?
10. a) Les troubles psychiques constatés nécessitent-ils une prise en charge spécialisée ?
- b) Quels ont été les traitements entrepris et avec quel succès (évolution et résultats des thérapies) ?
- c) Pour le cas où il y aurait refus ou mauvaise acceptation d'une thérapie recommandée et accessible : cette attitude doit-elle être attribuée à une incapacité de l'assuré à reconnaître sa maladie ?
- d) L'assuré a-t-il fait preuve de résistance à l'égard des traitements proposés ? La compliance est-elle bonne ?
- e) Dans quelle mesure les traitements ont-ils été mis à profit ou négligés ?
11. Les limitations du niveau d'activité sont-elles uniformes dans tous les domaines (professionnel mais aussi personnel) ? Quel est le niveau d'activité sociale et comment a-t-il évolué depuis la survenance de l'atteinte à la santé ?
12. a) Existe-t-il un trouble de la personnalité ou une altération des capacités inhérentes à la personnalité ?
- Quelles sont ses répercussions fonctionnelles (conscience de soi et de l'autre, appréhension de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité, motivation, notamment) sur la capacité à gérer le quotidien, à travailler et/ou en termes d'adaptation ? Motiver votre position.
- b) De quelles ressources mobilisables l'assuré dispose-t-il ?
- c) Quel est le contexte social ? L'assuré peut-il compter sur le soutien de ses proches ?
- d) Dans l'ensemble, le comportement de l'assuré vous semble-t-il cohérent ? Pourquoi ?
13. Mentionner, pour chaque diagnostic posé, les limitations fonctionnelles qu'il entraîne,
- a) dans l'activité habituelle,
- b) dans une activité adaptée.
14. Mentionner globalement les conséquences des divers diagnostics retenus sur la capacité de travail de l'assuré, en pourcent,

- a) dans l'activité habituelle,
 - b) dans une activité adaptée.
15. Dater la survenance de l'incapacité de travail durable, le cas échéant, indiquer l'évolution de son taux et décrire son évolution.
 16. Évaluer l'exigibilité, en pourcent, d'une activité lucrative adaptée, indiquer depuis quand une telle activité est exigible et quel est le domaine d'activité adapté.
 17. Dire s'il y a une diminution de rendement et la chiffrer.
 18. Évaluer la possibilité d'améliorer la capacité de travail par des mesures médicales. Indiquer quelles seraient les propositions thérapeutiques et leur influence sur la capacité de travail.
 19. Commenter et discuter les avis médicaux du SMR, des experts s'étant déjà prononcés et des médecins traitants et indiquer - cas échéant - pour quelles raisons ces avis sont confirmés ou écartés. En particulier :
 - a) Etes-vous d'accord avec les constatations et conclusions du rapport d'expertise de la Dre F_____ du 20 octobre 2016 et son complément du 24 avril 2017 ?
 - b) Etes-vous d'accord avec les constatations et conclusions du rapport médical du Dr D_____ du 22 février 2018 ?
 20. Formuler un pronostic global. Indiquer si des mesures de réadaptation professionnelle sont envisageables.
 21. Faire toute remarque utile.
- E. Invite l'expert à déposer à sa meilleure convenance un rapport en trois exemplaires à la chambre de céans.
- F. Réserve le fond.

La greffière

La présidente

Julia BARRY

Valérie MONTANI

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties