

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : le recourant), né le _____ 1963, de nationalité suisse, séparé le 1^{er} janvier 2009, puis veuf depuis le 19 avril 2016, père de trois enfants nés en 1999, 2001 et 2004, titulaire d'un Certificat fédéral de capacité de menuisier, a travaillé comme menuisier, contremaître et technicien-dessinateur pour B_____ Sàrl.
2. Le 8 décembre 2010, l'assuré a déposé une demande de prestations d'invalidité suite à un accident (morsure à sa main gauche par un chat le 3 avril 2010), pris en charge par la Caisse nationale d'assurance suisse en cas d'accidents (ci-après : la SUVA) ; l'assuré a souffert de névralgie brachiale intermittente du nerf collatéral dorso-lombaire de D3 ; issu du nerf radial avec allodynie mécanique et CRPS II (stade V de lésions axonales). Allodynie mécanique du nerf collatéral palmo-radial de D3 ; issu du nerf median (rapport d'évaluation sensitive des Hôpitaux universitaires de Genève [ci-après : les HUG] du 25 octobre 2010).
3. A la demande de la SUVA, le docteur C_____, FMH chirurgie plastique et reconstructive, chirurgie de la main, a rendu une expertise le 6 juillet 2011 posant les diagnostics de séquelles d'infection sévère (arthrite MP II, phlegmon de la gaine des tendons fléchisseurs, index gauche) avec destruction articulaire MP II, avec ankyloses sévères des articulations MP III, IPP & IPD II et III à gauche, avec adhérences tendineuses index (et + majeur) gauche, avec douleurs localisées persistantes. Status après interventions multiples, après algodystrophie (anamnestique). Le traitement était en cours.
4. Le 9 septembre 2014, le docteur D_____, FMH chirurgie orthopédique, médecin conseil de la SUVA, a constaté la stabilisation du cas (examen du 1^{er} septembre 2014) ; une capacité de travail totale dans l'ancienne activité était exigible et une IPAI de 6 % était due.
5. Le 9 septembre 2014, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations d'invalidité.
6. Le 7 octobre 2014, la SUVA a informé l'assuré qu'elle lui verserait une indemnité journalière jusqu'au 31 décembre 2014.
7. Dès le 1^{er} mai 2015, l'assuré a travaillé pour E_____ AG en tant que technicien à 100 %.
8. Par décision du 9 septembre 2015, l'Office de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI) a alloué à l'assuré une rente entière d'invalidité du 1^{er} juin 2011 au 31 décembre 2014, l'assuré étant totalement incapable de travailler depuis le 3 avril 2010 et totalement capable de travailler depuis le 2 septembre 2014.
9. Le 6 décembre 2016, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations d'invalidité en faisant valoir une incapacité de travail totale depuis le 10 mai 2016. Il a bénéficié d'une indemnité journalière maladie versée par VISANA Services S.A. (ci-après : VISANA).

-
10. A la demande de VISANA, le docteur F_____, FMH psychiatrie et psychothérapie, a rendu le 14 novembre 2016 un rapport d'expertise concluant à une capacité de travail exigible à 20 % depuis le 1^{er} janvier 2017 et à 100 % depuis le 1^{er} février 2017 ; l'assuré présentait un épisode dépressif moyen avec un ralentissement psychomoteur modéré. VISANA a alloué une indemnité journalière jusqu'au 31 janvier 2017.
 11. Le 23 janvier 2017, l'assuré a signé un contrat de travail avec E_____ AG prévoyant une activité de monteur de service pour un revenu de CHF 5'600.- par mois.
 12. Selon le rapport d'évaluation IP de l'OAI du 8 février 2017, l'assuré a tenté une reprise à 100 % le 1^{er} février 2017 mais a dû changer de poste et diminuer son taux de travail à 60 % quelques jours après (difficultés de concentration).
 13. Par communication du 21 février 2017, l'OAI a informé l'assuré qu'il mettait en place un maintien au poste de travail (intervention précoce).
 14. Le 23 février 2017, le docteur G_____, FMH psychiatrie et psychothérapie, a attesté de la nécessité de diminuer le taux de travail à 60 % après une tentative de reprise à 100 % en février 2017.
 15. Le 15 mai 2017, le Dr G_____ a rempli un rapport médical AI attestant d'une capacité de travail de 50 % dans toute activité en raison de limitations psychiques ; l'assuré présentait un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique depuis le 1^{er} mai 2016 ; l'état restait fluctuant. L'incapacité de travail était totale du 1^{er} mai au 31 décembre 2016, de 80 % du 1^{er} janvier au 22 février 2017 et de 40 % du 23 février au 14 mai 2017.
 16. VISANA a indiqué le 18 avril 2017 qu'elle reprenait le versement de l'indemnité journalière maladie dès le 6 février 2017 (incapacité de travail de 40 %).
 17. Le 27 juin 2017, l'assuré a informé l'OAI qu'il avait dû réduire son taux d'activité à 50 % depuis un mois comme l'attestait le Dr G_____ depuis le 15 juin 2017.
 18. Le 2 novembre 2017, le Dr G_____ a attesté d'un état de santé stationnaire depuis le 1^{er} juin 2017, d'une tentative d'augmentation du taux d'activité à 60 % qui avait été un échec et d'une capacité de travail de 50 % dans toute activité en raison d'une résistance psychique amoindrie, avec fatigue, apathie, grande difficulté à travailler deux jours de suite et plus de sept heures par jour. L'activité de l'assuré avait été modifiée depuis le 1^{er} février 2017. Il s'occupait du service, monteur après-vente alors qu'avant il était calculateur dans la gestion de projet.
 19. VISANA a constaté le 23 mars 2018 que dès le 15 mai 2018 le droit aux prestations de l'assuré serait épuisé.
 20. Le 6 avril 2018, le contrat de travail de l'assuré a été modifié suite à un entretien du 7 décembre 2017, soit un travail à 100 % jusqu'au 14 mai 2018 et à 50 % à partir du 15 mai 2018.

-
21. A la demande de l'OAI, le docteur H_____, FMH psychiatrie et psychothérapie, et Madame I_____, psychologue FSP, ont rendu un rapport d'expertise le 30 mai 2018, fondé notamment sur deux entretiens avec l'assuré, un entretien avec le docteur J_____, FMH médecine interne générale, le Dr G_____ et avec Mme K_____, voisine de l'assuré ainsi qu'une évaluation neuropsychologique du 22 mai 2018.

L'assuré se plaignait de manque de concentration, de fatigue intense, de difficultés de sommeil, de tension anxieuse, d'hypersensibilité au stress, d'irritabilité, de déception face au comportement de sa belle-famille. Son profil neuropsychologique mettait en évidence de légères difficultés attentionnelles, caractérisées par une faiblesse des capacités d'attention divisée, des erreurs d'omission, un léger ralentissement sur contenu verbal et un manque d'inhibition sur le plan moteur et verbal. Le reste des fonctions cognitives investiguées s'était avéré globalement satisfaisant. Les difficultés relevées semblaient à ce jour compatibles avec les éléments anxio-dépressifs connus chez l'assuré.

Ils ont posé les diagnostics de trouble anxieux et dépressif mixte (F 412) dès 2016 et traits de personnalité paranoïaque et obsessionnelle (Z 73.1) dès le début de l'âge adulte. La capacité de travail était totale. Aucune invalidité psychiatrique n'était présente. La réaction de cet homme et ses symptômes étaient conforme à une personnalité aux traits paranoïaques et obsessionnels souhaitant le contrôle de l'entourage et ayant la tendance aux anticipations négatives avec un contenu persécutoire face aux difficultés relationnelles qu'il éprouvait.

Ils ont estimé que leurs observations étaient proches des conclusions du Dr F_____ (expertise 2016) sur la régression des symptômes dépressifs et anxieux. S'il était exact que la reprise à 100 % serait difficile, ceci était à comprendre comme une des expressions de la méfiance et du sentiment de préjudice subi par l'assuré après la mort de son épouse sur le plan privé, mais aussi sur le plan professionnel. En l'absence d'un trouble de la personnalité franc et de difficultés cognitives patentes, cette difficulté était in fine du registre psychosocial (la rencontre des traits de personnalité avec une situation contrariante amenant frustration).

22. Le 11 juin 2018, le Dr G_____ a attesté d'un suivi de l'assuré une à deux fois par semaine, lequel était collaborant et impliqué ; il ne pouvait travailler plus de deux jours par semaine (fatigue, ruminations, incapacité à gérer les tâches quotidiennes).
23. Le 19 juillet 2018, la Dresse L_____, du SMR, a rendu un rapport final subséquent constatant que l'expertise du 30 mai 2018 avait valeur probante et concluant à une capacité de travail nulle dès le 9 mai 2016, de 20 % dès le 1^{er} janvier 2017, de 60 % dès le 23 février 2017, de 50 % dès le 15 mai 2017 et totale dès le 1^{er} juillet 2017.
24. Par projet de décision du 4 septembre 2018, l'OAI a alloué à l'assuré une demi-rente d'invalidité du 1^{er} juin au 30 septembre 2017 en relevant qu'en principe en

2017, le droit à la rente était ouvert mais que la demande du 6 décembre 2016 était tardive. Dès le 1^{er} juillet 2017, il était apte à reprendre une activité à 100 %.

25. Le 15 octobre 2018, l'assuré, représenté par Swiss Claims Network SA (SCN), a requis de l'OAI l'octroi d'un trois-quarts de rente d'invalidité ; l'expertise n'était pas probante ; il n'avait pas réussi à maintenir une capacité de travail totale sur le long terme et pas comme chef de projets, en raison d'une forte aboulie, anhédonie et apathie ; il était seulement capable d'exercer comme monteur, de sorte que sa perte de gain était de 60 % (revenu comme chef de projet de CHF 89'700.- et revenu dans l'activité adaptée de CHF 35'880.-). Il a joint un rapport du Dr G_____ du 12 octobre 2018 attestant d'un trouble dépressif, épisode actuel moyen ; il persistait une symptomatologie dépressive moyenne avec forte aboulie et anhédonie, apathie et idées de dévalorisation et de découragement. Sa capacité de travail actuelle - et ceci depuis plus d'un an - était de 50 % dans une activité qui avait été adaptée à son état avec une baisse des responsabilités et de son grade salaire compris. L'aboulie dont il souffrait, associée à l'apathie et la perte d'élan vital l'empêchaient non seulement de diriger une équipe (comme par le passé) mais aussi le rendaient peu résistant psychiquement avec difficultés de se concentrer et de faire face à toute exigence. Sa capacité d'adaptation était fortement diminuée l'empêchant de trouver des solutions ou de changer de stratégie de manière flexible. Il insistait sur le fait qu'autant l'employeur que l'assuré avaient consenti à faire d'importants efforts pour préserver son poste. D'autres à leur place auraient préféré cesser toute activité. Le poste actuel était adapté car il demandait beaucoup moins d'efforts à l'assuré que son poste précédent. Sans le suivi actuel, il y aurait de fortes chances que l'assuré ne travaillerait plus. Il avait montré une attitude courageuse et volontaire.
26. Le 19 octobre 2018, la Dresse L_____, du SMR, a estimé que l'avis du Dr G_____ du 12 octobre 2018 était une manière différente d'évaluer un même état de fait et la capacité de travail totale comme monteur pouvait être confirmée ; en revanche, on pouvait admettre une capacité de travail nulle comme technicien responsable de projet.
27. Par décision du 17 mai 2019, l'OAI a alloué à l'assuré une rente mensuelle simple de CHF 2'350.- ainsi que trois rentes complémentaires simple par enfant de CHF 721.- du 1^{er} juin au 30 septembre 2017. Le degré d'invalidité était de 59 % (revenu sans invalidité de responsable technique de CHF 89'700.- et revenu avec invalidité de CHF 36'400.-. Dès le 1^{er} juillet 2017, le degré d'invalidité était de 19 %, le revenu avec invalidité étant de CHF 72'800.-.
28. Le 18 juin 2019, l'assuré, représenté par SCN, a recouru à l'encontre de cette décision par devant la chambre des assurances sociales de la Cour de justice en concluant à son annulation et à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité, sur la base d'un degré d'invalidité de 59 %. L'expert ne justifiait pas ses conclusions qui étaient contraires à celles des Drs F_____ et G_____ ; il écartait à tort une

dépression moyenne et n'avait pas procédé à l'examen des indicateurs exigés par la jurisprudence ; subsidiairement, l'instruction devait être complétée par l'OAI.

Il a joint un rapport du Dr G_____ du 13 juin 2019 attestant d'un trouble dépressif, épisode actuel moyen et d'une capacité de travail de 50 % dans l'activité actuelle adaptée ; l'aboulie dont il souffrait, associée à l'apathie et la perte d'élan vital l'empêchaient non seulement de diriger une équipe (comme par le passé) mais aussi le rendaient peu résistant psychologiquement avec des difficultés de se concentrer et de faire face à toute exigence nouvelle. Sa capacité d'adaptation était fortement diminuée l'empêchant de trouver des solutions ou de changer de stratégie de manière flexible. La capacité de travail actuelle était stationnaire depuis plusieurs années et ce malgré un suivi « *lega artis* » Le pronostic était réservé.

29. Le 11 juillet 2019, la Dresse L_____, du SMR, a relevé que l'expert, en mai 2015 (sic) retenait une capacité entière dans l'activité actuelle. Le rapport du SMR du 19 juillet 2018 devait être confirmé.

30. Le 16 juillet 2019, l'OAI a conclu au rejet du recours en relevant que l'expert H_____ avait suivi la grille d'évaluation normale et structurée selon l'ATF 141 V 281. L'expert avait donné des indications sur le degré de gravité des symptômes et des limitations fonctionnelles inhérents à son diagnostic en expliquant concrètement la nature de ceux-ci. Sous l'angle de l'indicateur « comorbidités », on constatait que le médecin avait examiné l'interaction des deux diagnostics posés. En ce qui concernait le succès du traitement, l'expert avait souligné que « L'utilisation de la pleine conscience en complément du traitement médicamenteux pourrait permettre l'amendement des symptômes dépressifs et anxieux résiduels », une amélioration thérapeutique semblait donc encore possible. A cet égard, le critère de la résistance à la thérapie n'était pas déterminant à lui seul.

Par ailleurs, lors de son appréciation des ressources personnelles de l'assuré, l'expert avait relevé l'absence d'arguments en faveur d'un trouble de la personnalité. Il ressortait ensuite des constatations de l'expert quant au contexte social que le recourant « a noué une nouvelle relation sentimentale, s'occupe de ses enfants et entretient des relations correctes avec son entourage ». Quant à la cohérence du comportement de l'assuré, le médecin avait mis en évidence l'absence de limitation uniforme des niveaux d'activité dans tous les domaines comparables de la vie, dans la mesure où il s'occupait de toutes les activités de la vie quotidienne.

Le grief tiré de l'absence de valeur probante de l'expertise du Dr H_____ était mal fondé. Son rapport permettait d'évaluer, au regard des principes applicables en la matière, l'influence des diagnostics retenus sur la capacité de travail.

En outre, l'OAI s'est rallié à l'avis du SMR du 11 juillet 2019.

31. Le 20 août 2019, l'assuré a répliqué, en relevant que l'OAI n'amenait aucun élément médical permettant de contester le diagnostic d'épisode dépressif

invalidant posé par l'expert de VISANA et le psychiatre-traitant ; l'évaluation de celui-ci se fondait sur un suivi médical complet.

32. Le 4 novembre 2019, la chambre de céans a entendu les parties en audience de comparution personnelle.

Le recourant a déclaré : « Je suis gaucher et ma main n'a pas retrouvé toute sa mobilité. J'ai parfois aussi des douleurs qui reviennent en particulier lors des changements de temps. J'ai fait l'effort de me reclasser et j'ai trouvé un poste en tant que technicien chef d'atelier. J'ai tenté une reprise en février 2017 dans un poste de service monteur que l'employeur m'avait proposé. Il a estimé que je ne pouvais plus assumer mon ancien poste, en particulier traiter des dossiers assez complexes. Actuellement mon travail consiste à me déplacer en bus chez des clients pour réparer des portes et fenêtres, il s'agit de petites réparations qui sont compatibles avec mon handicap à la main gauche. J'ai accepté un travail dont le revenu est inférieur à 20 % à l'activité précédente mais je souhaitais me maintenir en emploi. Je n'ai toutefois pas pu l'assumer à 100 % car je n'arrive pas à me concentrer plus de deux jours de suite, ce d'autant que je dois remplir des rapports lors de chaque visite chez des clients.

J'ai bénéficié d'indemnités journalières jusqu'en mai 2018 ensuite mon employeur m'a proposé un contrat à 50 % au-delà. Je travaille tous les lundis, mercredis et un jeudi sur deux. Tous les mardis j'ai un suivi chez une psychologue qui travaille avec le Dr G_____, soit la Dresse M_____. J'ai mal vécu les tests que j'ai dû effectuer lors de l'expertise psychiatrique. Je n'ai pas compris le sens de ceux-ci. Lors de l'entretien avec le Dr H_____ j'ai eu le sentiment qu'il me prenait de haut et qu'il ne me prenait pas au sérieux. Je ne sais pas s'il a pu appréhender mon problème car j'arrive à me concentrer une journée voire deux mais ensuite plus du tout. J'avais donné mon accord au Dr H_____ pour qu'il interroge ma voisine, Mme K_____. Mon problème principal est le manque de concentration, ce qui me perturbe et me plonge dans un état de mal-être. J'arrive à gérer mon quotidien mais avec beaucoup de repos. Je reste imprégné par des événements professionnels que je me passe en boucle. J'ai un sommeil très perturbé. Je vis toujours avec mes trois enfants. La psychologue que je vois une fois par semaine m'aide énormément en particulier à gérer mon quotidien.

J'avais un traitement médicamenteux mais en raison d'une prise de poids, le Dr G_____ et moi-même avons décidé de le stopper il y a environ une année. Il n'y a pas eu de grand changement par rapport à cet arrêt médicamenteux. Je serais d'accord de me soumettre à une expertise judiciaire et je serais prêt à accepter toute autre proposition, solution, venant d'un autre expert qui pourrait améliorer ma situation ».

La représentante de l'OAI a déclaré : « Je ne sais pas si une demi-rente ou une rente entière a été donnée au recourant. Vu le montant il s'agit d'une rente entière. La décision mentionne d'ailleurs qu'il s'agit rente entière ».

33. Le 14 novembre 2019, la chambre de céans a communiqué aux parties un projet de mission d'expertise, rectifié le 19 novembre 2019, et leur a imparti un délai pour faire valoir leurs observations et une éventuelle récusation de l'expert choisi, le docteur O_____, FMH psychiatrie et psychothérapie.
34. Le 18 novembre 2019, le recourant a indiqué qu'il acceptait la mission d'expertise.
35. Le 25 novembre 2019, l'intimé s'est opposé à l'ordonnance d'une expertise, au motif que l'expertise du Dr H_____ était probante ; subsidiairement, il a requis la modification de la question 8.1 et l'ajout d'une question supplémentaire, selon l'avis du SMR du 25 novembre 2019 et requis la désignation du Dr N_____ en lieu et place du Dr O_____.

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.

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. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA).
4. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité, singulièrement sur l'évaluation de sa capacité de travail.
5. 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 1^{er} 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).

6. a. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c; ATF 102 V 165 consid. 3.1; VSI 2001 p. 223 consid. 2b; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic 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 et 141 V 281 consid. 2.2 et 3.2; arrêt du Tribunal fédéral 8C_841/2016 du 30 novembre 2017 consid. 4.5.2).

Les principes jurisprudentiels développés en matière de troubles somatoformes douloureux sont également applicables à la fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.1), au syndrome de fatigue chronique ou de neurasthénie (ATF 139 V 346; arrêt du Tribunal fédéral 9C_662/2009 du 17 août 2010 consid. 2.3 in SVR 2011 IV n° 26 p. 73), à l'anesthésie dissociative et aux atteintes sensorielles (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 9/07 du 9 février 2007 consid. 4 in SVR 2007 IV n° 45 p. 149), à l'hypersomnie (ATF 137 V 64 consid. 4) ainsi qu'en matière de troubles moteurs dissociatifs (arrêt du Tribunal fédéral 9C_903/2007 du 30 avril 2008 consid. 3.4), de traumatisme du type « coup du lapin » (ATF 141 V 574 consid. 5.2 et ATF 136 V 279 consid. 3.2.3) et d'état de stress post-traumatique (ATF 142 V 342 consid. 5.2). En revanche, ils ne sont pas applicables par analogie à la fatigue liée au cancer (cancer-related Fatigue) (ATF 139 V 346 consid. 3; arrêt du Tribunal fédéral 9C_73/2013 du 2 septembre 2013 consid. 5).

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, y compris troubles dépressifs de degré léger ou moyen (ATF 143 V 409 consid. 4.5.1). En effet, celles-ci ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée.

b. 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 standard qui doivent être pris en considération en règle générale peuvent être classés selon leurs caractéristiques communes :

- Catégorie « Degré de gravité fonctionnel » (ATF 141 V 281 consid. 4.3),
 - A. Complexe « Atteinte à la santé » (consid. 4.3.1)
 - Expression des éléments pertinents pour le diagnostic (consid. 4.3.1.1), succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à cet égard (consid. 4.3.1.2), comorbidités (consid. 4.3.1.3).
 - B. Complexe « Personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles; consid. 4.3.2)
 - C. Complexe « Contexte social » (consid. 4.3.3)
- Catégorie « Cohérence » (aspects du comportement; consid. 4.4)
 - Limitation uniforme du niveau d'activité dans tous les domaines comparables de la vie (consid. 4.4.1), poids des souffrances révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation (consid. 4.4.2).

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 : autoperception 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).

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).

c. Pour des motifs de proportionnalité, on peut renoncer à une telle évaluation si elle n'est pas nécessaire ou si elle est inappropriée. Il en va notamment ainsi lorsqu'il n'existe aucun indice en faveur d'une incapacité de travail durable, ou si l'existence d'une incapacité de travail est niée de manière convaincante par un avis médical spécialisé ayant pleine valeur probante et que les éventuels avis contraires peuvent être écartés faute de pouvoir se voir conférer une telle valeur (arrêt du Tribunal fédéral 9C_724/2018 du 11 juillet 2019 consid. 7).

L'organe chargé de l'application du droit doit avant de procéder à l'examen des indicateurs mentionnés 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).

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 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. À 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

examineur, 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).

7. 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).

8. 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 LPG), 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.

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

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

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

f. 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).

g. 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).

9. 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).

10. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).
11. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; ATF 122 II 464 consid. 4a; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d).
12. 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).
13. En l'occurrence, l'intimé, sur la base de l'expertise psychiatrique du 30 mai 2018, a considéré que le recourant était totalement capable de travailler depuis le 1^{er} juillet 2017.

L'expert estime que le recourant présente un trouble anxieux et dépressif mixte et des traits de personnalité paranoïaque et obsessionnelle, que ces diagnostics ne sont pas incapacitants et que, finalement, les difficultés rencontrées par le recourant relèvent principalement du registre psychosocial (expertise p. 15). Or, cette appréciation est sérieusement contredite par le psychiatre traitant du recourant, lequel estime que celui-ci a présenté un épisode dépressif sévère, puis un trouble dépressif épisode actuel moyen, avec forte aboulie, anhédonie, apathie, idées de dévalorisation et de découragement, tristesse et troubles cognitifs, entraînant une capacité de travail réduite à 50 %, dans une activité adaptée, avec une baisse des responsabilités, le médecin traitant soulignant aussi l'attitude courageuse et volontaire du recourant pour maintenir cette capacité de travail (rapports du Dr G_____ des 12 octobre 2018 et 13 juin 2019).

Dans ces conditions, une instruction médicale complémentaire se justifie, par le biais d'une expertise judiciaire psychiatrique, laquelle sera confiée au docteur O_____, FMH psychiatrie et psychothérapie, à Vevey, aucun motif ne justifiant par ailleurs que l'expertise soit confiée à un autre expert, comme demandé par l'intimé.

Enfin, comme requis par l'intimé, la question 8.1 sera supprimée et il sera ajouté une question 10.3.

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

Statuant préparatoirement

I. Ordonne une expertise psychiatrique de Monsieur A_____.

Commet à ces fins le docteur O_____ FMH en psychiatrie et psychothérapie, à Vevey. Dit que la mission d'expertise sera la suivante :

- A. Prendre connaissance du dossier de la cause.
- B. Si nécessaire, prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité la personne expertisée, en particulier le docteur G_____ et Mme M_____.
- C. Examiner et entendre la personne expertisée et si nécessaire, ordonner d'autres examens.

D. Charge l'expert d'établir un rapport détaillé comprenant les éléments suivants :

- 1. Anamnèse détaillée.**
- 2. Plaintes de la personne expertisée.**
- 3. Status clinique et constatations objectives.**
- 4. Diagnostics** (selon un système de classification reconnu)
 - 4.1 Avec répercussion sur la capacité de travail
 - 4.1.1 Dates d'apparition
 - 4.2 Sans répercussion sur la capacité de travail
 - 4.2.2 Dates d'apparition
 - 4.3 Les diagnostics posés sont-ils en lien de causalité avec les suites de l'accident du 3 avril 2010 (morsure à la main gauche par un chat) ? Si oui, pourquoi ?
- 5. Limitations fonctionnelles**
 - 5.1. Indiquer les limitations fonctionnelles en relation avec chaque diagnostic
 - 5.1.2 Date d'apparition
 - 5.2 Les plaintes sont-elles objectivées ?
- 6. Cohérence**
 - 6.1 Est-ce que le tableau clinique est cohérent, compte tenu du ou des diagnostic(s) retenu(s) ou y a-t-il des atypies ?
 - 6.2 Est-ce que ce qui est connu de l'évolution correspond à ce qui est attendu pour le ou les diagnostic(s) retenu(s) ?

6.3 Est-ce qu'il y a des discordances entre les plaintes et le comportement de la personne expertisée, entre les limitations alléguées et ce qui est connu des activités et de la vie quotidienne de la personne expertisée ?

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

7. **Personnalité**

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

7.2 Est-ce que la personne expertisée présente des traits de personnalité pathologiques et, si oui, lesquels ? Le cas échéant, quelle est l'influence de ce trouble de personnalité ou de ces traits de personnalité pathologiques sur les limitations éventuelles et sur l'évolution des troubles de la personne expertisée ?

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

8. **Ressources**

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

a) psychique

b) mental

c) social

d) familial

9. **Capacité de travail**

9.1 La personne expertisée est-elle capable d'exercer son ancienne activité lucrative de chef de projets ?

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

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

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

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

9.2.2 Si oui, quelle activité lucrative ? A quel taux ? Depuis quelle date ?

9.2.3 En particulier, quelle est la capacité de travail de la personne expertisée dans l'activité de monteur de service ? Depuis quelle date ? Cette activité est-elle adaptée aux limitations fonctionnelles ?

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

9.4 Comment la capacité de travail de la personne expertisée a-t-elle évolué depuis le 10 mai 2016 ?

9.5 En particulier, la personne expertisée était-elle apte à travailler à 100 % dès le 1^{er} juillet 2017 ?

10. **Traitement**

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

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

10.3 Quelle est la compliance de la personne expertisée au traitement psychothérapeutique et médicamenteux ? Confirmer la compliance médicamenteuse avec un dosage sanguin.

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

11.1 Etes-vous d'accord avec l'expertise du Dr H_____ et de Mme I_____ du 30 mai 2018 ? En particulier avec les diagnostics posés et l'estimation d'une capacité de travail totale dans l'emploi de monteur de service ? Si non, pourquoi ?

11.2 Etes-vous d'accord avec les avis du Dr G_____ des 12 octobre 2018 et 13 juin 2019 ? En particulier avec les diagnostics posés, les limitations fonctionnelles constatées et l'estimation d'une capacité de travail de 50 % dans l'activité de monteur de service ? Si non, pourquoi ?

12. Quel est le pronostic ?

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

14. Faire toutes autres observations ou suggestions utiles.

II. Réserve le sort des frais jusqu'à droit jugé au fond.

La greffière

La présidente

Julia BARRY

Valérie MONTANI

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