



POUVOIR JUDICIAIRE

A/2326/2019

ATAS/434/2020

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 2 juin 2020

6^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur _____, domicilié à TROINEX, représenté par Swiss
Claims Network SA

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente ; Teresa SOARES et Jean-Pierre WAVRE,
juges assesseurs**

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_____.
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).
3. 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).
4. 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.
5. 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.
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_____ en tant que technicien à 100 %.
8. Par décision du 9 septembre 2015, faisant suite à la demande du 8 décembre 2010, 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 F_____ (ci-après : F_____).

-
10. A la demande de F_____, le docteur G_____, 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. F_____ a alloué une indemnité journalière jusqu'au 31 janvier 2017.
 11. Le 24 janvier 2017, E_____ a rempli le questionnaire AI pour l'employeur en mentionnant une activité de l'assuré de responsable de projet dès le 1^{er} mai 2015 pour un revenu annuel de CHF 89'700.- depuis le 1^{er} novembre 2015.
 12. Dès le 1^{er} février 2017, l'assuré a été engagé par E_____ comme monteur du service pour un salaire mensuel à 100 % de CHF 5'600.- avec un 13^{ème} salaire, soit un salaire annuel de CHF 72'800.-.
 13. 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).
 14. 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).
 15. Le 23 février 2017, le docteur H_____, 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.
 16. Le 15 mai 2017, le Dr H_____ 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.
 17. F_____ 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 %).
 18. Le 27 juin 2017, l'assuré a informé l'OAI qu'il avait dû réduire son taux d'activité à 50 %.
 19. Le 2 novembre 2017, le Dr H_____ 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.
 20. F_____ a constaté le 23 mars 2018 que dès le 15 mai 2018 le droit aux prestations de l'assuré serait épuisé.

21. 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, pour un salaire mensuel de CHF 2'800.-.
22. A la demande de l'OAI, le docteur H_____ psychiatrie et psychothérapie, et Madame J_____ 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 K_____, FMH médecine interne générale, le Dr H_____ et avec Mme L_____ 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 G_____ (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).

23. Le 11 juin 2018, le Dr H_____ 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).
24. Le 19 juillet 2018, la Dresse M_____, 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.

25. 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 %.
26. 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 H_____ 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.
27. Le 19 octobre 2018, la Dresse M_____, du SMR, a estimé que l'avis du Dr H_____ 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.
28. Une note de l'OAI du 4 février 2019 mentionne que l'employeur a confirmé par téléphone un revenu, de 2015 à 2017, de CHF 89'700.- et dès mai 2018 de CHF 36'400.-.
29. 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.-.

30. 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 G_____ et H_____ ; 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 H_____ 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. .

31. Le 11 juillet 2019, la Dresse M_____, 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.
32. Le 16 juillet 2019, l'OAI a conclu au rejet du recours en relevant que l'expert I_____ avait suivi la grille d'évaluation normative 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 I_____ 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.

33. 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 F_____ et le psychiatre-traitant ; l'évaluation de celui-ci se fondait sur un suivi médical complet.
34. 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 H_____, soit la Dresse N_____. 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 I_____ 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 I_____ pour qu'il interroge ma voisine, Mme L_____. 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 H_____ 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 ».

35. 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.
36. Le 18 novembre 2019, le recourant a indiqué qu'il acceptait la mission d'expertise.
37. Le 25 novembre 2019, l'intimé s'est opposé à l'ordonnance d'une expertise, au motif que l'expertise du Dr I_____ 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 P_____ en lieu et place du Dr O_____.
38. Par ordonnance du 28 novembre 2019 (ATAS/1098/2019), la chambre de céans a confié une expertise judiciaire au Dr O_____. Elle a considéré ce qui suit : « 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 1er 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 H_____ des 12 octobre 2018 et 13 juin 2019) ».
39. A la demande de l'expert, la chambre de céans a autorisé celui-ci le 19 décembre 2019 à ordonner un examen neuropsychologique de l'assuré auprès de Monsieur Q_____, psychologue spécialiste FSP en neuropsychologie et psychothérapie.
40. Le 17 février 2020, M. Q_____, a rendu son rapport d'examen. L'assuré se plaignait dans le cadre professionnel de trouble de la mémoire, de blancs, de fatigabilité, d'envahissement par des souvenirs, de manque de concentration, de perturbation du sommeil. L'examen ne mettait en évidence de déficit que dans une tâche de mémoire verbale (apprentissage de liste). Ce déficit était possiblement dû à

une difficulté d'organisation que l'on retrouvait à une tâche de planification, le Zoo de la BADS, puisque, pour parvenir à mémoriser la liste de mots du RAVLT, il fallait spontanément l'organiser en générant des liens entre les mots. Mais le lien entre ces deux problématiques pouvait d'autant moins être établi de manière indubitable que l'examen de 2018 ne mettait en évidence aucune difficulté de planification dans une tâche pourtant plus exigeante que le Zoo, ni aucun trouble de la mémoire, il était vrai dans une tâche plus simple que le RAVLT. Toutefois, la grande majorité des fonctions cognitives étaient normalisées et, en particulier, on ne trouvait pas de signes tangibles dans la fatigabilité dont se plaignait l'assuré dans les tests. Cela ne signifiait pas que cette fatigabilité n'existait pas, mais qu'elle n'était pas explicable par des causes neuropsychologiques. De même, la capacité de concentration n'apparaissait pas affectée dans les tests. Dans l'ensemble, les troubles objectivés restaient minimaux au sens de la classification de l'Association suisse des neuropsychologues, sans incidence significative sur la capacité de travail.

41. Le 27 février 2020, le Dr O_____ a rendu son rapport d'expertise, lequel prenait en compte un examen neuropsychologique de l'assuré du 17 février 2020, un examen de l'assuré du 18 février 2020 et un entretien avec le Dr H_____ du 20 février 2020.

L'examen neuropsychologique concluait à des troubles objectivés minimaux et à l'absence d'altération significative de la capacité de travail pour des motifs neuropsychologiques. Le Dr H_____ estimait que l'assuré ne pouvait travailler comme cadre et que sa capacité de travail dans son activité actuelle était au maximum de 50 %.

L'assuré se plaignait de troubles de la mémoire, de tristesse modérée fluctuante avec parfois abattement et pleurs, d'hypersensibilité émotionnelle, de légers troubles de la mémoire, d'un sentiment de culpabilité occasionnel, d'un sentiment d'injustice, d'épuisement, de difficulté à démarrer une activité, de perte partielle de l'élan vital, de repli social relatif, de légère aboulie et anhédonie, de troubles du sommeil fluctuants (réveils, sommeil non réparateur, insomnie tardive), d'un appétit conservé avec un poids stable actuellement à 120 kg pour 1 m 94 (BMI : 31.9), d'inquiétude fréquente, de préoccupations démesurées, de susceptibilité, d'irritabilité, d'agressivité et d'explosivité verbale occasionnelles envers ses collègues ou ses enfants.

L'expert a posé les diagnostics de trouble dépressif caractérisé, isolé léger 296.20 (F 32.0), anxiété généralisée 300.02 (F41.1) et traits de personnalité limite (abandonnique), décompensés 301.83 (F 60.3).

La décompensation psychique s'était développée en mai 2016 suite à des stress affectifs (perte de l'épouse et mobbing) et avait entraîné des séquelles durables. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : une baisse notable de la résistance au stress ; une capacité adaptative globale nettement diminuée ; une baisse de la motivation avec répercussion en particulier sur la capacité à démarrer une activité ;

une baisse de l'élan vital favorisant l'épuisement ; un repli social relatif avec un sentiment d'inutilité ; une anticipation anxieuse et pessimiste de l'avenir impliquant un degré d'anxiété morbide de base ; un besoin de contrôle et d'un cadre rassurant rigide ; une susceptibilité relationnelle avec irritabilité ; une attitude dichotomique, du tout au rien, avec difficulté de s'adapter à tout changement ; un sentiment épuisant de non-reconnaissance face aux efforts accomplis.

Bien que cliniquement on pouvait avoir l'impression de faire face à un tableau de gravité légère, cette apparence était trompeuse. L'état dépressif léger était associé à une anxiété généralisée et, surtout, à une nette fragilisation de la personnalité. Cette association entre une atteinte thymique-anxieuse et une décompensation de la personnalité était de nature à créer un cercle vicieux dans lequel chaque trouble entretenait voire amplifiait l'autre. Le fait que la personnalité soit décompensée privait l'assuré de ressources et l'empêchait de rebondir, malgré sa volonté. Dans le cas de l'assuré, il ne s'agissait pas d'exiger de lui une capacité de travail partielle à 50 % dans un emploi adapté. Il avait déjà fait l'effort exigible pour assumer ce challenge. Pour en assumer davantage, et notamment travailler à plein temps, il lui fallait des ressources dont il ne disposait pas.

Les plaintes étaient objectivées, le tableau cohérent et sans atypie. L'état clinique de mai 2016 était sévère, de sorte que l'évolution vers une capacité de travail progressive dès 2017 était plutôt impressionnant : il n'y avait pas de discordance entre les plaintes et le comportement et entre les limitations alléguées et le mode de vie. Il était fortement engagé dans le processus thérapeutique et était ouvert à un éventuel traitement psychotrope mais ne trouvait pas utile un traitement antidépresseur. L'assuré était authentique et sincère. Il avait peu de ressources psychiques résiduelles, peu de réseau social, une relation avec une amie mais avec une difficulté d'attachement ; les enfants étaient un ancrage affectif important mais aussi une préoccupation pesante, notamment le fils aîné qui présentait un retard du développement.

L'activité de chef de projet était exclue ; il pouvait exercer une activité à 50 % comme monteur de fenêtre, soit l'activité exercée depuis 2017. Un traitement antidépresseur serait utile. L'incapacité de travail était totale du 9 mai au 31 décembre 2016, de 80 % du 1er juillet 2017 au 22 février 2017, de 40 % du 23 février 2017 au 14 mai 2017, de 50 % dès le 15 mai 2017.

On trouvait un tableau dépressif nécessitant l'administration conjointe de deux antidépresseurs à des dosages significatifs, ce qui était d'habitude réservé aux cas résistants. On constatait en outre que la reprise de l'activité professionnelle en mai 2017 à 50 % était associée à une montée de l'anxiété. Les variations fréquentes de dosage dénotaient des difficultés à stabiliser la symptomatologie chez un assuré pourtant compliant avec le traitement. Globalement, l'administration d'un traitement antidépresseur était indispensable et son association avec le traitement psychothérapeutique avait certainement joué un rôle essentiel dans la rémission symptomatique partielle observée actuellement. L'administration d'un

antidépresseur était fortement préconisée et devrait pouvoir diminuer l'atteinte anxieuse et l'hypersensibilité émotionnelle et permettre une capacité de travail augmentée à 60 % (trois jours par semaine).

La place de travail à 50 % était maintenue avec peine. L'assuré connaissait régulièrement des phases d'abattement, d'insomnie, de ruminations incessantes durant des jours, une irritabilité et des conflits avec les supérieurs qui ne connaissaient pas toujours la réalité du travail sur le terrain. Sa capacité adaptative était très réduite. Une perturbation de sa relation affective pouvait le déstabiliser durablement. On pouvait espérer qu'une capacité de travail de 50 % puisse être maintenue ces prochaines années avec un traitement antidépresseur. Il y avait lieu d'évaluer avec le psychiatre traitant dans six mois, si le traitement avait été administré, quels en étaient les effets. S'ils étaient positifs, on pouvait envisager que l'AI s'engage pour des mesures professionnelles. Celles-ci pourraient impliquer la mise en place avec l'employeur actuel d'un cadre très structuré de travail avec des journées fixes et sans heures supplémentaires. L'adjonction d'un coaching serait aussi bénéfique pour un assuré avec ce type de personnalité. Seule une telle approche médico-réhabilitative était susceptible de contribuer au regain d'une capacité de travail supplémentaire de l'ordre de 20 % (par rapport au taux effectué actuellement) pour atteindre les 60 % sans baisse de rendement et d'assurer son maintien sur une base durable. Tout changement d'emploi en-dehors de l'entreprise employeuse actuelle visant une capacité de travail supérieure était exclu. Il était plutôt susceptible de déstabiliser fortement l'assuré et de conduire à une incapacité de travail importante, voire totale. L'emploi actuel s'effectuait en effet dans une « niche professionnelle » qui, à l'âge de l'assuré et avec ses limitations, ne pouvait être reproduite ailleurs.

S'agissant de l'expertise du Dr I_____ et de Mme J_____ l'anamnèse était insuffisante, lacunaire, imprécise, parfois erronée et ne permettait pas de cerner la personnalité de l'assuré et l'importance des facteurs ayant entraîné la décompensation. L'expert n'avait pas tenu compte des tests psychométriques et avait écarté la symptomatologie qui figurait dans son propre rapport et qui parlait en faveur d'un état dépressif résiduel d'une gravité légère à moyenne, à caractère invalidant. Il aurait dû retenir en mai 2018 un état dépressif caractérisé de gravité moyenne. L'anxiété généralisée n'avait à tort pas été mentionnée alors qu'elle ressortait du test de Hamilton, tout comme un autre trouble de la personnalité spécifié. La décompensation de la personnalité déclenchait l'atteinte thymique et anxieuse et la persistance chronique de l'état dépressif interagissait avec la personnalité et aggravait les traits morbides (méfiance, repli social, conduite obsessionnelle). La dépression majeure qu'avait développée l'assuré en 2016 n'avait rien à voir avec « le registre psychosocial ». Dans ce registre, on classait par exemple les problèmes linguistiques des immigrés, les difficultés financières, des problèmes courants de la vie tels que la difficulté de trouver un emploi. Ici on était confronté à une problématique affective, la perte de l'épouse, compliquée par un

sentiment de spoliation matérielle et de punition, se chevauchant avec une problématique de mobbing professionnel. Les traits abandonniques de la personnalité s'étaient décompensés dans ce contexte de réactualisation des pertes précoces et récurrentes. Il s'était créé un amalgame inconscient entre la perte affective et la spoliation d'une part, et la non-reconnaissance et le rejet au travail d'autre part. Ici les facteurs de la décompensation thymique étaient, comme dans tout état dépressif, d'origine affective et pas « psychosociale ». L'expert admettait que le passage à une activité à 100 % serait difficile mais il omettait que les éléments morbides de la personnalité étaient des facteurs limitatifs empêchant le recouvrement d'une capacité de travail supérieure. L'expert n'avait pas effectué un taux plasmatique des deux antidépresseur pris par l'assuré et écartait carrément toute mesure médicale utile. Il s'était écarté diamétralement des indications du psychiatre traitant, sans motif. Il n'avait pas examiné si l'activité de chef de projet était encore exigible.

L'expertise du Dr G_____ était peu crédible, en tant qu'il avait pronostiqué une reprise de travail à 100 %, en quelques semaines, alors que l'assuré présentait un état dépressif moyen et une décompensation de la personnalité. D'ailleurs, l'assuré n'avait pu que recouvrer une capacité de travail de 50 % dans un métier moins exigeant que chef de projet. L'expertise du Dr I_____ frappait ainsi par ses incohérences. D'une part, elle s'efforçait de mettre en évidence certains symptômes et tentait de mettre en relief des traits de personnalité fortement morbides. Elle détectait des facteurs de crise précipitant la décompensation. Elle ne mettait pas en doute l'authenticité de l'assuré. A sa lecture, on croyait dans un premier temps qu'elle admettrait que la capacité de travail assumée depuis mai 2007 à 50 % était déjà un exploit chez un assuré très motivé au travail. On était déçu de lire la tournure qu'elle prenait en filtrant tout élément mettant en exergue des limitations fonctionnelles au travail et en exigeant de suite, d'une façon presque miraculeuse, une capacité de travail entière. Ce net décalage entre les observations cliniques et les conclusions sur la capacité de travail enlevait aussi à ce rapport toute valeur probante.

L'appréciation du Dr H_____, soit une capacité de travail de 50 % était adéquat. A condition d'administrer un traitement antidépresseur et sous réserve de son effet, le pronostic pour le maintien d'une capacité de travail de 50 % dans l'emploi actuel paraissait a priori favorable. Toutefois, il ne fallait pas omettre que, chez une personne présentant des traits borderline décompensés, des changements mineurs dans la sphère affective pouvaient perturber grandement l'équilibre psychique et rendre toute projection dans le futur aléatoire.

On ne pouvait espérer une capacité dépassant les 60 % et pas une activité de chef de projets. L'assuré était très motivé pour le travail, avait déjà fait sa réadaptation professionnelle par lui-même et dans un temps record. Il avait accepté de passer d'un rôle de cadre à celui d'ouvrier. Il avait suivi une très brève période de formation dans ce but tout en étant encore dans un état psychique très fragile. Il

avait lutté pour assumer un taux d'activité de 80 % puis de 60 % et avait dû faire face à son incapacité de travailler à ce taux. Il maintenait l'emploi actuel à cause de son caractère battant, de ses valeurs morales et de sa conscience professionnelle. S'il pouvait réellement travailler davantage, il le ferait de sa propre initiative. Le pousser à assumer un taux d'activité au-delà de ses capacités n'aboutirait qu'à déclencher une nouvelle décompensation psychique avec le risque d'une invalidité totale et définitive.

42. Le 30 mars 2020, la Dresse M_____, du SMR, a rendu un avis. La capacité de travail d'un point de vue neuropsychologique était évaluée comme entière. Le Dr O_____ s'écartait de l'expertise du Dr I_____. Pourtant, s'agissant des plaintes, elles étaient similaires en mai 2018 et en février 2020 (fatigabilité, troubles du sommeil intermittents et trouble de la mémoire dans le domaine professionnel). Quant au status, en 2018, l'expert constatait une légère baisse de la thymie, non trouvée par l'expert en 2020. L'assuré ne présentait pas les critères de l'épisode dépressif ; il présentait une symptomatologie subjective et les constatations objectives étaient insuffisantes pour poser un diagnostic d'épisode dépressif majeur. Il en était de même du diagnostic de trouble anxieux généralisé, lequel n'avait pas été diagnostiqué par le Dr H_____ ; il ne présentait pas de troubles de la personnalité l'empêchant de fonctionner. Selon les indicateurs standards, il n'y avait pas d'atteinte sévère à la santé en l'absence de tous les éléments pertinents pour le diagnostic. L'assuré ne prenait plus de traitement antidépresseur, et avait diminué le suivi avec le psychiatre traitant, ce qui parlait aussi contre une atteinte sévère à la santé. Il possédait des ressources internes, car avait réussi à reprendre une activité professionnelle après plusieurs années d'interruption suite à un accident, avait pu reprendre une relation sentimentale, entre autres. Il n'avait pas de trouble de la personnalité incapacitant. Il n'était pas isolé socialement : il vivait avec ses trois enfants, avait une relation sentimentale, voyait ses voisins, sa psychologue, et des clients. Les limitations dans tous les domaines comparables de la vie n'étaient pas uniformes. En effet, l'assuré gérait entièrement son quotidien d'un point de vue administratif, ménage, éducation des enfants, avait des loisirs. Le bilan neuropsychologique ne mettait pas en évidence de troubles cognitifs majeurs incapacitants. Ainsi, ces indicateurs parlaient contre une atteinte sévère incapacitante sur le long terme, et ainsi n'étaient pas en accord avec les conclusions de l'expert. Finalement, on était étonné que l'expert ne discute pas des résultats du bilan neuropsychologique, qui ne relevait pas de troubles cognitifs significatifs, et qu'il ne l'intègre pas dans ses conclusions, notamment en ce qui concernait l'évaluation de la capacité de travail de l'assuré.
43. Le 2 avril 2020, l'OAI a relevé que l'expertise judiciaire confirmait les conclusions du Dr I_____ en ce qui concernait l'absence de trouble de la personnalité et de trouble cognitif. La valeur probante de l'expertise du Dr I_____ ne pouvait ainsi être remise en question. En revanche, le rapport d'expertise du Dr GIL devait être écarté. Les conclusions sur la capacité de travail du Dr GIL ne résistaient pas à

l'examen des indicateurs déterminants jurisprudentiels, comme relevé par le SMR le 30 mars 2020. Les éléments de pertinence pour les diagnostics posés par le Dr O_____ n'étaient pas retrouvés. Le traitement n'étant pas pris par l'assuré, on ne pouvait conclure à un échec du traitement. Il n'y avait pas de comorbidité, en l'absence d'un trouble de la personnalité. Il n'y avait ainsi pas de gravité fonctionnelle des troubles présentés par l'assuré. Il ne présentait pas de trouble cognitif ou de trouble de la personnalité qui l'empêcherait de fonctionner. Son réseau familial, professionnel et amical (qui n'avait pas changé avant et après l'atteinte) lui procurait des ressources mobilisables indéniables. Il n'était pas empêché dans l'exécution de ses travaux habituels et dans les autres activités (par exemple, les loisirs). Dans la mesure où il ne prenait plus de traitement médicamenteux et qu'il avait espacé ses entretiens avec le psychiatre traitant, on ne saurait considérer qu'il mettait à profit toutes les options thérapeutiques, ce qui permettait d'exclure le poids effectif de souffrances, sans que cela soit explicable par une anosognosie. Les conclusions du Dr O_____ ne pouvaient en conséquence être suivies.

44. Le 2 avril 2020, le recourant a confirmé ses conclusions, en relevant que les experts confirmaient son incapacité de travail à 50 %.
45. Sur quoi la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

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 demi-rente d'invalidité au-delà du 30 septembre 2017.

-
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 maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c; ATF 102 V 165 consid. 3.1; VSI 2001 p. 223 consid. 2b; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic 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 révélés 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 *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. 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 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).

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. 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).

d. 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).

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. En l'occurrence, la chambre de céans, en présence d'avis médicaux contradictoires, a ordonné une expertise judiciaire psychiatrique du recourant. Fondée sur l'examen de toutes les pièces médicales au dossier, comprenant un examen psychiatrique et neuropsychologique, des tests (hétéro et auto évaluation), un entretien avec le psychiatre traitant, une anamnèse personnelle, familiale, professionnelle et actuelle, les plaintes du recourant, une description du status clinique et des constatations objectives, une analyse des indicateurs pertinents, posant des diagnostics clairs et motivés et expliquant les divergences avec l'expertise administrative du 3 mai 2018, le rapport d'expertise judiciaire du Dr O_____ répond aux critères jurisprudentiels précités permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante.

L'expert se rallie à l'incapacité de travail reconnue par l'intimé du 9 mai au 30 juin 2017 mais conclut à une capacité de travail de 50 % du recourant comme monteur de service, qui perdure au-delà du 30 juin 2017, en raison des limitations fonctionnelles dues à une atteinte dépressive et anxieuse et à une décompensation de la personnalité.

12. a. Le recourant a adhéré aux conclusions de l'expertise judiciaire, alors que l'intimé les conteste.

A cet égard, il convient de constater que les griefs émis par l'intimé à l'encontre du rapport d'expertise judiciaire ne sont pas à même de mettre en doute la valeur probante de celui-ci.

b/aa. Le SMR estime que les critères pour retenir un trouble dépressif ne sont pas présents chez le recourant.

Selon la CIM-10 (GM 2018) dans les épisodes typiques de chacun des trois degrés de dépression: léger (F32.0), moyen (F32.1) ou sévère (F32.2, F32.3), le sujet présente un abaissement de l'humeur, une réduction de l'énergie et une diminution de l'activité. Il existe une altération de la capacité à éprouver du plaisir, une perte d'intérêt, une diminution de l'appétit à se concentrer, associées couramment à une fatigue importante, même après un effort minime. On observe habituellement des troubles du sommeil, et une diminution de l'appétit. Il existe presque toujours une diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi et, fréquemment, des idées de culpabilité ou de dévalorisation, même dans les formes légères. L'humeur dépressive ne varie guère d'un jour à l'autre ou selon les circonstances, et peut s'accompagner de symptômes dits somatiques, par exemple d'une perte d'intérêt ou de plaisir, d'un réveil matinal précoce, plusieurs heures avant l'heure habituelle, d'une aggravation matinale de la dépression, d'un ralentissement psychomoteur important, d'une agitation, d'une perte d'appétit, d'une perte de poids et d'une perte de la libido. Le nombre et la sévérité des symptômes permettent de déterminer trois degrés de sévérité d'un épisode dépressif: léger, moyen et sévère.

L'épisode dépressif léger (F 32.0) est défini comme comprenant au moins deux ou trois des symptômes précités, lesquels s'accompagnent généralement d'un sentiment de détresse mais le sujet reste le plus souvent capable de poursuivre la plupart de ses activités.

En l'occurrence, l'expert a relevé que le recourant avait présenté un épisode dépressif de gravité sévère (en mai 2016), puis de gravité moyenne (en novembre 2016) et finalement de gravité légère (en 2018). Il a constaté chez le recourant une difficulté à se réjouir, une anhédonie partielle, une perte d'élan vital favorisant l'épuisement, une fatigabilité, une anticipation anxieuse et pessimiste de l'avenir avec des phases d'abattement, un sentiment d'inutilité, une baisse de la motivation avec difficulté à démarrer une activité, des troubles du sommeil globaux, de l'insomnie avec une fatigue diurne et de la fatigabilité, (expertise GIL pp. 43, 48, 49, 55 et 62).

Les critères pour retenir un trouble dépressif léger sont donc présents.

b/bb. Le SMR conteste le diagnostic d'anxiété généralisée (F41.4 - CIM-10-2008). Celui-ci est défini comme comprenant des symptômes essentiels variables, mais l'intéressé se plaint de nervosité permanente, de tremblements, de tension musculaire, de transpiration, d'un sentiment de tête vide, de palpitations, d'étourdissements et d'une gêne épisodique. L'intéressé a souvent peur que lui-même ou un de ses proches tombe malade ou ait un accident.

Selon la DSM-5, l'anxiété généralisée (300.02) comprend les critères diagnostiques suivants : A. Anxiété et soucis excessifs (attente avec appréhension) survenant la plupart du temps durant au moins six mois concernant un certain nombre d'évènements ou d'activités (telles que le travail ou les performances scolaires). B. La personne éprouve de la difficulté à contrôler cette préoccupation. C. L'anxiété et les soucis sont associés à trois (ou plus) des six symptômes suivants (dont au moins certains symptômes ont été présents la plupart du temps durant les six derniers mois) : 1. Agitation ou sensation d'être survolté ou à bout. 2. Fatigabilité. 3. Difficultés de concentration ou trous de mémoire. 4. Irritabilité. 5. Tension musculaire. 6. Perturbation du sommeil (difficultés d'endormissement ou sommeil interrompu ou sommeil agité et non satisfaisant). D. L'anxiété, les soucis ou les symptômes physiques entraînent une détresse ou une altération cliniquement significatives du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants. E. La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. substance donnant lieu à abus, médicament) ou d'une autre affection médicale (p. ex. hyperthyroïdie). F. La perturbation n'est pas mieux expliquée par un autre trouble mental (par exemple anxiété ou souci d'avoir une autre attaque de panique) dans le trouble panique, évaluation négative dans l'anxiété sociale [phobie sociale], contamination ou autres obsessions dans le trouble obsessionnel-compulsif, séparation des figures d'attachement dans l'anxiété de séparation, souvenirs d'événements traumatiques dans le trouble stress post-traumatique, prise de poids dans l'anorexie mentale, plaintes somatiques dans le trouble à symptomatologie somatique, défauts d'apparence perçus dans l'obsession d'une dysmorphie corporelle, avoir une maladie grave dans la crainte excessive d'avoir une maladie, ou teneur de croyances délirantes dans la schizophrénie ou le trouble délirant).

En l'occurrence, l'expert a relevé chez le recourant une inquiétude morbide de base, des soucis démesurés notamment pour des problèmes par rapport à ses enfants (expertise O_____ p. 41), une fixation avec une amplification des préoccupations mineures, une anxiété importante, une irritabilité, voire une explosivité, des insomnies, une fatigue diurne et un abattement pouvant durer plusieurs jours, de sorte que l'expert, même en l'absence de troubles somatiques objectivés, exigé comme critères diagnostiques dans la CIM-10 (tels que tremblement, tension musculaires, transpiration, palpitation, étourdissement et gêne épisodique) a estimé que le recourant présentait une anxiété généralisée, conclusion qui peut être confirmée, au vu des critères diagnostiques précités du DSM-5.

Au surplus, l'intimé a lui-même reconnu, à la suite de l'expertise du Dr I_____, la présence d'un trouble anxieux et dépressif mixte chez le recourant (avis du SMR du 19 juillet 2018), étant relevé que le Dr O_____ a expliqué que la symptomatologie anxieuse décrite par le Dr I_____ avait été minimisée par celui-ci. En effet, le Dr O_____ a indiqué que le test qu'il avait lui-même pratiqué d'hétéro-évaluation de Hamilton avait mis en évidence une anxiété psychique pathologique (expertise

O_____ p. 41), laquelle était déjà présente lors du test mené par le Dr I_____ ; celui-ci avait mentionné une tension psychique telle qu'une fatigue intense s'installait, le recourant étant submergé par le stress, irritable, vite contrarié et ruminant ses frustrations de jour comme de nuit (expertise O_____ p. 67), ce qui va dans le sens du diagnostic posé par le Dr O_____. Enfin, contrairement à l'avis du SMR, les symptômes de l'anxiété présents chez le recourant ne se produisent pas principalement dans le contexte professionnel mais aussi privé (anxiété et irritabilité excessive dans la sphère familiale, souvent en rapport aux enfants ; expertise GIL pp. 41 et 49). Le diagnostic d'anxiété généralisée doit ainsi être admis.

b/cc. S'agissant du bilan neuropsychologique, contrairement à l'avis du SMR, l'expert a bien intégré son résultat dans son évaluation, dès lors qu'il n'a pas retenu les troubles de la mémoire comme limitation fonctionnelle et a estimé que le recourant présentait des troubles cognitifs subjectifs (expertise O_____ pp. 49 et 55).

b/dd. S'agissant du trouble de la personnalité, le SMR estime qu'il n'est pas incapacitant, le recourant ayant pu effectuer une formation professionnelle, évoluer, rebondir professionnellement et fonder une famille. Or, selon l'expert, les ressources évoquées par l'intimé étaient présentes antérieurement à la décompensation incapacitante de mai 2016, mais plus ensuite.

A cet égard, l'expert a expliqué que jusqu'à la décompensation de 2016 le recourant avait montré d'importantes capacités adaptatives, en surmontant cinq années de maladie prolongée (suite à la morsure à la main par un chat en 2010), ayant nécessité onze opérations et entraîné un handicap permanent à la main dominante. Il avait en effet retrouvé un emploi à 100 % comme cadre qualifié et avait fait sa place dans l'entreprise, en assumant un rôle à responsabilité ; il avait aussi, du point de vue familial, été capable de soutenir son épouse, malade psychologiquement et élever ses trois enfants, dont un souffrait de troubles du développement ; il s'était investi dans plusieurs hobbies et avait une vie sociale. Il présentait des traits morbides de type limite, une fragilité affective induite par des carences affectives précoces qu'il était parvenu à contenir jusqu'en 2016 ; il avait développé, au cours de son parcours de vie privée et professionnelle un sentiment d'injustice et d'abandon. Il avait présenté un état de choc en mai 2016 puis un état de crainte permanente, terrain fertile du trouble anxieux et dépressif persistant devenu chronique ; sa personnalité s'était transformée et il n'avait plus pu assumer son travail à responsabilités, nécessitant un cadre rassurant et rigide afin de maintenir un équilibre fragile. La décompensation de 2016 avait engendré des séquelles durables dues aux traits décompensés de la personnalité.

Au vu de ce qui précède, les ressources évoquées par le SMR, si elles existaient de façon marquées avant mai 2016 (l'expert évoquant même une progression impressionnante du recourant, lui ayant permis de surmonter ses problèmes et de

recouvrer une capacité de travail partielle), ont disparus au delà, le recourant étant dans l'incapacité de rebondir, malgré sa volonté.

b/ee. Le caractère incapacitant de l'affection psychique, contesté par le SMR, a été motivé par l'expert de façon circonstanciées. Il a en effet relevé ce qui suit : bien que cliniquement on puisse avoir l'impression de faire face à un tableau de gravité légère, cette apparence est trompeuse. L'état dépressif léger est associé à une anxiété généralisée et, surtout, à une nette fragilisation de la personnalité. Cette association entre une atteinte thymique-anxieuse et une décompensation de la personnalité est de nature à créer un cercle vicieux dans lequel chaque trouble entretient voire amplifie l'autre. Le fait que la personnalité soit décompensée prive l'assuré de ressources et l'empêche de rebondir, malgré sa volonté. Dans le cas de l'assuré, il ne s'agit pas d'exiger de lui une capacité de travail partielle à 50 % dans un emploi adapté. Il a déjà fait l'effort exigible pour assumer ce challenge. Pour en assumer davantage, et notamment travailler à plein temps, il lui faut des ressources dont il ne dispose pas.

b/ff. Le SMR estime que l'examen des indicateurs jurisprudentiels conclut à l'absence d'atteinte sévère à la santé.

L'analyse de ces indicateurs jurisprudentiels permet, au contraire, de suivre les conclusions de l'expert quant à une capacité de travail du recourant réduite à 50 % :

Préalablement les troubles psychiques diagnostiqués résistent aux motifs d'exclusion, tels qu'une exagération et d'autres manifestations d'un profit secondaire tiré de la maladie, le recourant étant perçu comme totalement authentique et ayant même de la peine à exprimer ses troubles (expertise O_____ p. 57).

S'agissant de l'atteinte à la santé, les diagnostics posés ont été étayés et les limitations fonctionnelles décrites sont reliées aux diagnostics, plus précisément à l'interaction de ceux-ci (expertise O_____ p. 59). On peut en déduire un degré de gravité encore important de la maladie, nonobstant l'évolution positive depuis la décompensation de 2016, laquelle avait engendré un trouble psychique sévère (expertise GIL p. 56).

S'agissant du traitement, le recourant est très investi dans son suivi psychothérapeutique (entretien avec une psychologue et un psychiatre depuis le début de la maladie) et a été compliant au traitement médicamenteux composé de deux antidépresseurs (lequel a permis une rémission des symptômes), jusqu'à sa cessation, en novembre 2018, en raison d'effets secondaires indésirables, ce qui ne saurait être interprété comme un refus du traitement. On ne saurait en effet admettre, à la suite du SMR, que la cessation du traitement médicamenteux (qui a engendré la prise de poids de 60 kg ainsi que d'autres effets secondaires indésirables chez le recourant) et un suivi psychothérapeutique diminué (mais néanmoins maintenu à un rendez-vous hebdomadaire alors qu'il était très intensif au début de la maladie) est un indice d'une atteinte non sévère à la santé. Il y a dans

ces conditions lieu d'admettre que le recourant s'est soumis aux traitements adéquats avec motivation. L'expert préconise l'instauration d'un traitement antidépresseur, lequel ne serait toutefois à même d'augmenter que très partiellement la capacité de travail du recourant (de 50 à 60 %) et dont il conviendra, pour l'intimé, d'examiner l'exigibilité. En effet, l'expert relève que le recourant a cessé le traitement médicamenteux en raison d'effets secondaires (crainte de prendre du poids, d'un changement de personnalité, de troubles de la libido) et qu'il a une conception négative d'un tel traitement. Il est à cet égard rappelé que l'art. 21 al. 4 LPGA prévoit que les prestations peuvent être réduites ou refusées temporairement ou définitivement si l'assuré se soustrait ou s'oppose, ou encore ne participe pas spontanément, dans les limites de ce qui peut être exigé de lui, à un traitement ou à une mesure de réinsertion professionnelle raisonnablement exigible et susceptible d'améliorer notablement sa capacité de travail ou d'offrir une nouvelle possibilité de gain. Une mise en demeure écrite l'avertissant des conséquences juridiques et lui impartissant un délai de réflexion convenable doit lui avoir été adressée. Les traitements et les mesures de réadaptation qui présentent un danger pour la vie ou pour la santé ne peuvent être exigés. Il incombera ainsi à l'intimé d'évaluer l'exigibilité d'un tel traitement.

S'agissant de l'indicateur comorbidité, l'expert a souligné l'interaction des troubles psychiatriques comme facteur aggravant ; l'état dépressif léger, associé à une anxiété généralisée et à une nette fragilisation de la personnalité, crée un cercle vicieux dans lequel chaque trouble entraîne, voire amplifie l'autre. La décompensation de la personnalité déclenche l'atteinte thymique et anxieuse et la persistance chronique de l'état dépressif interagit avec la personnalité et aggrave les traits morbides tels que la méfiance, le repli social, la conduite obsessionnelle. Un effort est exigible du recourant mais l'expert a estimé qu'il était déjà réalisé par l'activité exercée à un taux de 50 %.

S'agissant du complexe personnalité, l'expert a retenu des traits de personnalité limite (abandonnique) décompensés qu'il a motivé de façon convaincante.

En relation au complexe contexte social, l'expert a souligné que la dépression majeure développée en 2016 n'a rien à voir avec le registre psychosocial mais avec une problématique affective, la perte de l'épouse, compliquée par un sentiment de spoliation matérielle et de punition, se cherchant avec une problématique professionnelle.

Quant au contexte de vie du recourant, l'expert a souligné que ce dernier a relativement peu de réseau social et semble plus solitaire que d'habitude, avec une relation sentimentale peu investie et des enfants engendrant une préoccupation permanente, qui étaient une charge plutôt qu'un appui. Le recourant voit une fois par semaine un ami mais il se décrit comme un grand solitaire, ce qui a été confirmé par une voisine et le psychiatre traitant qui a attesté, en mars 2017, d'un important retrait social.

Du point de vue des ressources, selon l'expert le recourant a ainsi une capacité adaptative très réduite, des ressources psychiques résiduelles faibles, un réseau social pauvre avec une difficulté à investir sa relation affective de couple, et des enfants qui sont une charge à soutenir et non un appui. A cet égard, les ressources intensives, citées par le SMR et qui ont permis au recourant de reprendre une activité professionnelle, ont été mobilisées après l'accident du 3 avril 2010 et avant la décompensation psychique de mai 2016. Certes, le recourant voit sa psychologue, vu le traitement entrepris et des clients, vu l'activité lucrative partielle exercée, ce qui ne peut, contrairement à l'avis du SMR être interprété comme des indices déterminants de l'existence d'une vie sociale. Au demeurant, le recourant est décrit comme très motivé à exercer une activité lucrative, ayant mobilisé toutes les ressources psychiques disponibles pour retrouver une activité adaptée à son état de santé, comme monteur, à la place de son activité antérieure de chef de projets, étant relevé qu'il a déjà montré de grandes capacités adaptative en retrouvant un emploi à la suite de son accident ayant entraîné de multiples opérations, une importante séquelle à la main dominante et une longue incapacité totale de travail. L'expert relève que le recourant tient à son travail et n'a pas de revendication pécuniaire.

Enfin, le recourant gère son quotidien d'un point de vue administratif, tenue du ménage et éducation des enfants, ce qui n'est pas contesté, étant rappelé que le recourant possède une capacité de travail de 50 %, confirmée par l'expert, lequel a effectivement reconnu une capacité du recourant à se gérer lui et sa famille.

S'agissant enfin de la cohérence, l'expert mentionne que le tableau clinique est parfaitement cohérent, sans atypie, que l'évolution de l'état de santé depuis la décompensation de 2016 est favorable, alors qu'on pouvait plutôt s'attendre à une évolution chronique et l'apparition d'une invalidité totale, et la récupération d'une capacité de travail partielle est impressionnante. Le recourant est parfaitement authentique. Il n'y a pas de discordance entre les plaintes et le comportement. Les limitations constatées dans le domaine professionnel se retrouvent dans les autres domaines de la vie, dès lors que le recourant a une vie sociale très réduite, est devenu solitaire, présente une diminution du plaisir dans les hobbies et a besoin de faire des siestes lorsqu'il ne travaille pas, étant même quasiment incapable de faire quoi que ce soit un jour par semaine.

c. Au vu de ce qui précède, le caractère invalidant des troubles psychiques présentés par le recourant doit être admis, dans le sens que l'activité lucrative exercée, laquelle est adaptée, n'est exigible qu'à un taux de 50%.

13. Le calcul du degré d'invalidité du recourant, opéré par l'intimé pour la période du 15 mai au 30 juin 2017, soit dès l'exercice par le recourant de son activité professionnelle actuelle, à un taux de 50 %, aboutit à un degré d'invalidité de 59 %. Il a été effectué en référence à l'année 2017.

Les revenus sans invalidité de CHF 89'700.- et d'invalidité de CHF 36'400.- ne sont pas contestés, tout comme le degré d'invalidité de 59 %.

L'intimé a indiqué, dans une note du 4 février 2019, que ces deux revenus ont été confirmés par l'employeur et ce fait n'a pas été contesté par le recourant.

En conséquence, le recourant a droit, dès le 1^{er} juin 2017, à une demi-rente d'invalidité, fondée sur un degré d'invalidité de 59 %.

14. Partant, le recours sera admis et la décision litigieuse réformée dans le sens que le recourant a droit à une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} juin 2017.
15. Vu l'issue du litige, une indemnité de CHF 3'500.- sera accordée au recourant à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]), à charge de l'intimé.

Etant donné que, depuis le 1^{er} juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 500.-.

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet.
3. Réforme la décision litigieuse dans le sens que le recourant a droit à une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} juin 2017.
4. Alloue une indemnité de CHF 3'500.- au recourant, à la charge de l'intimé.
5. Met un émolument de CHF 500.- à la charge de l'intimé.
6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Julia BARRY

Valérie MONTANI

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