RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2500/2020 **ATAS/806/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Ordonnance d'expertise du 16 août 2021

6ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à BERNEX, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Christian BRUCHEZ — recourant

contre

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

Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente; , Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né le _____ 1962, marié avec Madame B_____ le _____1987, séparé le _____ 2007 et divorcé le _____ 2012, puis remarié avec Mme C_____ le _____ 2015, père de trois enfants, titulaire d'une autorisation d'établissement C, a exercé du 1er août 2000 au 28 février 2018, une activité d'agent de nettoyage à 100 % pour I_____ Suisse SA (ci-après : l'employeur). Il est titulaire d'un certificat de formation continue pour conciergeries d'immeuble. Son salaire était de CHF 72'705.- depuis le 1er janvier 2016.

2. L'assuré a été en incapacité de travail totale dès le 19 mai 2017, certifiée par la doctoresse D_____ de la permanence d'Onex SA, puis dès le 13 juin 2017 par le docteur E_____, FMH psychiatrie et psychothérapie.

3. L'employeur a déposé le 2 octobre 2017 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI) une demande de détection précoce en raison d'une incapacité de travail totale de l'assuré depuis le 19 mai 2017.

4. Le 28 novembre 2017, l'assuré a déposé une demande de prestations d'invalidité en raison de problèmes psychiques.

5. Le 23 janvier 2018, le Dr E_____ a rempli un rapport médical AI, attestant d'une réaction à un facteur de stress important et trouble anxieux et dépressif mixte depuis début 2017. Il suivait l'assuré depuis le 12 juin 2017. En 2008, l'assuré avait subi un stress post-traumatique suite à une prise d'otage dans le cadre de son travail ; il avait été braqué par une arme à feu. Après une prise en charge spécialisée, il n'avait plus eu de symptôme neurovégétatif ni psychique. Début 2017, il avait témoigné contre son chef dans le cadre d'un audit interne et se sentait depuis menacé, notamment par un déclassement salarial ; cette situation avait entrainé des troubles de concentration, d'angoisse, de crise de panique, de palpitation, de douleurs thoraciques, de transpiration, de fourmillements, de trouble du sommeil, de maux de tête et d'irritabilité ; il présentait un état d'angoisse permanent avec altération de la thymie, idées suicidaires et interprétabilité paranoïaque. La capacité de travail était nulle.

6. Le 6 février 2018, la réadaptation professionnelle de l'OAI a proposé des cours de sophrologie, de français, voire un coaching.

7. Le 18 septembre 2017, le Dr E_____ a donné des renseignements à AXA WINTERTHUR, l'assureur perte de gain maladie. Il a posé le diagnostic de réaction à un facteur de stress sévère, sans précision, déclenché depuis que l'assuré avait témoigné contre son chef début 2017. Il présentait une dégradation de son humeur, des troubles du sommeil, des troubles de l'alimentation avec perte de poids, une perte de l'envie de vivre, une fatigue majeure, une apathie, une fatigabilité, une peur de l'avenir, une méfiance qui se généralisait. Il ne se sentait pas en sécurité et se méfiait de tout et de tout le monde : il avait peur de prendre un traitement, méfiant par rapport à ce rapport médical, s'inquiétait des conséquences

à l'avenir. Il avait des idées suicidaires mais pas de projet actuellement. Il n'avait pas de projet hétéroagressif même s'il pensait que ce chef était une mauvaise personne qui mériterait une punition. Il espérait que le tribunal rendrait justice.

8. Par communication du 24 mai 2018, l'OAI a pris en charge des séances de sophrologie en faveur de l'assuré.

9. Le 8 octobre 2018, le Dr E_____ a donné, à la demande de l'OAI, des renseignements complémentaires. L'assuré présentait une anxiété généralisée et une modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe. Il n'y avait pas d'évolution favorable depuis janvier 2018.

10. Par communication du 27 novembre 2018, l'OAI a indiqué à l'assuré qu'aucune mesure de réadaptation n'était possible actuellement.

11. L'intervention précoce a été close le 27 novembre 2018.

12. A la demande de l'OAI, le Dr E_____ a donné des renseignements complémentaires le 29 avril 2019. Cliniquement, l'assuré avait une anxiété permanente, une nervosité, des tensions musculaires, une sensation de tête vide. Il était en souci pour son futur et s'attendait à une aggravation de sa situation sociale et sanitaire. Il anticipait le malheur, était incapable de se détendre seul, respirait parfois difficilement. Il avait une attitude hostile, méfiante, un retrait social, une perte d'espoir et une thymie abaissée. Il avait un détachement émotionnel et se sentait souvent menacé. Actuellement il avait des reviviscences et revivait son événement traumatique de 2009. Il avait peur de se faire tuer. Il avait une thymie triste et des idées de suicides. Les traitements anxiolytiques et antidépresseurs avaient échoués.

    Il restait généralement enfermé chez lui, s'alimentait mal et regardait la télévision. Son chien l'obligeait à se mobiliser et lui imposait un rythme. Les seules activités et rencontres s'organisaient autour de son conflit avec son ancien employeur et ses consultations médicales. Pour le reste de sa vie sociale il était assisté de sa compagne. Il avait perdu des capacités physiques (perte de force, d'endurance, apparition de sensations douloureuse, picotements) et psychique (prise d'initiative, focalisation négative de la pensées, méfiance). Fatigue, sensation d'épuisement, anticipation négative, attitude hostile, nervosité. Il ne disposait actuellement pas des ressources psychiques et physiques nécessaires pour surmonter ses troubles et mettre à profit une capacité de travail. Il était incapable de suivre un reclassement professionnel. La symptomatologie actuelle le rendait incapable de fournir un effort de volonté. D'autre part la situation socio-professionnelle était très défavorable et obscurcissait l'avenir. Il pourrait retravailler mais seulement avec un encadrement bienveillant et quelques tâches répétitives. Sa capacité de travail était de 0 % dans un environnement habituel et le pronostic était mauvais à moyens voire long terme. Mais théoriquement, un travail pourrait être envisagé dans un environnement protégé, sans toutefois pouvoir offrir une garantie de réussite.

13. Dès le 19 mai 2019, le Dr E_____ a attesté d'une capacité de travail de 20 %.

14. L'assuré s'est inscrit à l'Office cantonal de l'emploi et un délai cadre a été ouvert du 21 mai 2019 au 20 mai 2021.

15. La caisse de chômage SYNA lui a octroyé une indemnité journalière dès le 21 mai 2019.

16. A la demande de l'OAI, le docteur F_____, FMH psychiatrie, a rendu le 30 avril 2020 un rapport d'expertise. Il avait reçu l'assuré le 22 octobre 2019 de 10h30 à 12h30.

    L'expert a mentionné que l'assuré se plaignait de manque de motivation, d'être vide, angoissé, de ne plus pouvoir rien faire, de ne pas pouvoir envisager l'avenir, d'être déçu et en colère vis à vis de son ancien employeur et des services sociaux, de troubles de l'attention et de la concentration.

    L'examen neuropsychologique était dans les normes. Il avait indiqué boire de l'alcool de façon continue, du matin au coucher, plus de trois litres de bière par jour, du vin rouge, des cocktails… Les tests hétéro et auto-évaluation psychométriques montraient une très mauvaise concordance, ce qui allait dans le sens d'une tendance à la dramatisation et à l'amplification des plaintes. Cette discordance pouvait expliquer en partie la différence d'appréciation entre le médecin expert et le médecin traitant, celui-ci faisant le plus souvent le postulat de sincérité de son patient. Le médecin traitant semblait s'identifier à l'assuré par une forme de « surempathie » en adoptant le discours et les comportements de l'assuré, en le défendant presque à outrance ; il s'agissait d'un mandat de sollicitude médicale où le médecin traitant suivait la direction des plaintes du patient en tenant a priori pour valide tout ce qu'il disait de lui-même.

    L'expert a posé les diagnostics de :

    Axe I : Trouble de l'adaptation mixte avec anxiété et humeur dépressive au décours (dd : trouble dépressif ou anxieux léger induit par l'alcool) (F 41.2). Majoration des symptômes psychique et neuropsychologique pour des raisons psychologiques (F 60.8). Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacés, actuellement abstinent depuis 2015 (F 11.22). Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de cocaïne, actuellement abstinent depuis 2015 (F 11.22). Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, utilisation continue (F 10.25).

    Axe II : Trouble de la personnalité NS (probable traits paranoïaque/narcissique) (301.9 ; F 60.9).

    Seul le trouble de la personnalité NS (probable traits paranoïaque / narcissique) avait une répercussion sur la capacité de travail. La dépendance à l'alcool était primaire. L'agression en 2008 avait entrainé un état de stress post-traumatique (ESPT) qui avait évolué favorablement et il avait pu retravailler ; il avait débuté une consommation de drogue qui n'était pas secondaire à l'ESPT mais s'inscrivait probablement dans une certaine dépendance affective (rencontre d'une femme

toxicomane) ; il avait débuté une consommation d'alcool qui était peut-être une cause de son licenciement et il n'avait pas de motivation pour un sevrage. Les symptômes de l'assuré étaient peu cohérents et plausibles, l'assuré était revendicateur, plaintif, restait centré sur un vécu de préjudices qu'il attribuait exclusivement à son ex-employeur. Il mentionnait des symptômes, notamment des troubles cognitifs importants alors qu'ils n'étaient pas objectivables durant le long entretien chez un sujet précis, détaillant son parcours et ses difficultés professionnelles par le menu. Les plaintes étaient peu précises et souvent floues. Elles étaient surtout relatives à sa consommation d'alcool avoisinant, selon ce qu'il nous annonçait : trois litres de bières par jour associés à du vin rouge et des cocktails. A ce titre, il nous déclarait : « j'ai remplacé la drogue par l'alcool ». La mimique était d'ailleurs en discordance avec le discours de l'assuré car il ne présentait aucune manifestation émotionnelle même en évoquant son agression, les conflits ou son licenciement. C'était surtout l'aspect procédurier et la tendance au juridisme qui étaient au premier plan.

Depuis le 15 janvier 2018 sa capacité de travail médico théorique était totale dans l'ancienne activité de concierge. Un sevrage de l'alcool était la mesure essentielle à envisager ; il avait toute les capacités pour être abstinent ; il avait en effet pu arrêter sa consommation d'héroïne et de cocaïne par lui-même ; il disait avoir remplacé la drogue par l'alcool.

Il a joint un rapport médical du Dr E_____ du 17 décembre 2019, rendu à la demande de l'expert, dans lequel le Dr E_____ indiquait que l'assuré avait consommé des drogues à la suite de son PTSD en 2009 ; il s'était sevré en 2012 et 2013 ; depuis l'évènement traumatique de 2009, il consommait régulièrement de l'alcool, dans un but anxiolytique mais jamais sur son lieu de travail ; le bilan biologique du 18 novembre 2019 ne montrait pas d'altération du bilan hépatique, ni une microcytose des globules rouges et contrairement à ce que le Dr F_____ affirmait, l'assuré ne buvait pas de très grandes quantités d'alcool mais plutôt trop régulièrement ; un projet de sevrage était en cours, avec traitement antidépresseur. Il avait honte de sa dépendance et l'avouer était difficile mais il en discutait avec l'assuré. Il ne prenait pas le traitement antidépresseur, non pas par peur de vomir comme l'affirmait le Dr F_____, mais par peur des effets secondaires. Il avait acquis un capital scolaire, culturel, financier, familial et santé en immigrant à Genève. Or, depuis 2009, il était en train de perdre progressivement et surement ses capitaux. Dans ce sens, pour garder sa face il avait adopté la stratégie, inconsciente, de dévoiler progressivement l'ampleur de ses pertes pour garder un équilibre suffisant pour tout simplement rester en vie. Il vivait sur le fil du rasoir l'équilibre entre l'image de soi qu'il avait de lui et ce qu'il pouvait montrer était très limité et donc très fragile. C'était la raison qui faisait qu'il ne pouvait que dévoiler progressivement sa situation et le Dr E_____ respectait le rythme qu'il imposait. Les problèmes étaient réglés au fur et à mesure qu'ils émergeaient.

17. Le 8 mai 2020, le Dr G_____, du Service médical régional AI (SMR), a estimé que l'expertise du Dr F_____ était probante et que l'assuré présentait une capacité de travail de 100 %, sans limitation fonctionnelle.

18. Par projet de décision du 11 mai 2020, l'OAI a rejeté la demande de prestations en constatant qu'il n'y avait pas d'atteinte à la santé incapacitante.

19. Le 15 juin 2020, l'assuré s'est opposé au projet de décision, en relevant que l'expert avait mentionné plusieurs inexactitudes dans son rapport. Contrairement aux dires de l'expert :

    - Il avait suivi six séances de sophrologie.
    - Il avait terminé sa formation de mécanicien à 19 ans.
    - Il n'avait pas alterné des emplois avec des périodes de chômage.
    - Il n'avait pas subi plusieurs rétrogradations au sein de son activité mais avait été engagé comme assistant concierge en 2000 puis concierge en 2003.
    - Il n'avait pas été suivi brièvement par le docteur H_____, FMH psychiatrie et psychothérapie, après le braquage de 2009 mais avait été hospitalisé en juillet 2009 à la Clinique de Montana, puis traité jusqu'au 30 décembre 2009 ; en 2011 il avait fait une rechute et avait été suivi par le Dr H_____ jusqu'en mai 2012.
    - Il n'avait pas consommé des drogues depuis son séjour à la Clinique de Montana jusqu'en 2012 - 2013 mais seulement jusqu'à fin 2009, moment où il avait repris son activité professionnelle et n'avait pas été licencié en raison de l'utilisation de ces produits.
    - Il ne cherchait pas un autre appartement, lequel n'était pas un appartement de fonction, et il n'avait aucun problème avec les services sociaux.
    - Il n'avait jamais évoqué les impôts et le chômage dans le canton de Vaud car il ne connaissait pas les services sociaux et la fiscalité vaudoise.

    Par ailleurs, l'expert :

    - mentionnait une plainte d'un chef, d'origine étrangère, sévère et injuste, auteur de harcèlement sexuel ; ces faits avaient été confirmés par la Cour d'appel du Tribunal des Prud'hommes.
    - se demandait comment il finançait sa drogue ; c'était la femme toxicomane qui la lui donnait.
    - indiquait qu'il était venu en train sans difficulté alors que son épouse l'avait accompagné.

20. Le 11 juin 2020, le Dr E_____ a rendu un avis, après avoir pris connaissance de l'expertise du Dr F_____.

    De manière générale, le travail de l'expert semblait se borner à démontrer que le traitement et la description qu'il donnait était le résultat d'une « sollicitude

médicale », d'une trop grande « emplathie » et une « défense à outrance », ce qui invaliderait son opinion de spécialiste. L'expert privilégiait le test d'hétéro-évaluation fait par lui-même par rapport à celui d'auto-évaluation, allant dans le sens qu'il voulait privilégier. On pouvait s'interroger sur l'intérêt d'un test d'auto-évaluation si son résultat n'était pas pris en compte ; pratiquer un tel examen inutile permettait de penser que l'expert n'était pas libre et que son intérêt pouvait être principalement financier ; la divergence de résultat permettait à l'expert de clore que l'assuré n'était pas sincère, sous-entendant que son psychiatre ne l'était pas non plus ; il était erroné de dire que l'assuré prenait une traitement depuis le 23 janvier 2018 ; il prenait un traitement psychotrope depuis janvier 2020 qui n'avait pas l'effet attendu sur la symptomatologie anxieuse et dépressive, confirmant l'importance du trouble de la personnalité, généralement résistant à la pharmacologie.

Comme le rappelait le Dr F_____, l'assuré présentait des « traits paranoïaques » et des « traits psychotiques ». En sa qualité de médecin, il ne pouvait ignorer que du point de vue thérapeutique, les personnes présentant cette problématique étaient difficiles à traiter et que le maintien du lien thérapeutique était compliqué. Il était donc inexact de sous-entendre que le médecin traitant ferait preuve de sollicitude médicale.

Sa prudence était justifiée par la personnalité pathologique de l'assuré et elle était la seule technique de soins possible au vu de celle-ci. Cette technique permettait que l'assuré se sente graduellement en confiance pour exprimer ses difficultés et pour les résoudre au fur et à mesure. Aussi, sa connaissance de son passé toxicomane et de sa consommation d'alcool était survenue tardivement dans la prise en charge. En effet, de par ses traits paranoïaques, l'assuré était une personne très méfiante et présentait une prudence excessive. Ces révélations tardives illustraient également les difficultés rencontrées par l'assuré dans son fonctionnement psychique.

A son sens, il était clair que le trouble de personnalité de l'assuré était secondaire au PTSD de 2009. Dans les nombreuses discussions avec l'assuré, il n'avait pas d'élément clinique en faveur d'un trouble de la personnalité préexistant, comme le prétendait l'expert. Il avait une vie normale pour un portugais immigré. Le Dr F_____ se basait principalement sur les « recherches » pour affirmer son point de vue, sans tenir compte de l'histoire de l'assuré. On pouvait comprendre qu'avec le peu de temps qu'il semblait avoir consacré personnellement à discuter avec l'assuré, cette subtilité clinique avait pu lui échapper. Ceci dit, depuis l'agression de l'assuré en 2009, sa situation personnelle et professionnelle n'avait fait que se dégrader. Même à admettre, ce que son suivi ne lui permettait pas de faire, qu'il y aurait eu une « vulnérabilité préexistante », ses capacités relationnelles s'étaient progressivement dégradées.

Il n'allait pas s'étendre sur la classification des symptômes et la définition des troubles anxieux et dépressif, qui étaient clairement décrits dans la littérature, étant précisé qu'il ne partageait pas l'opinion du Dr F_____ à cet égard. A son sens,

c'était bien le diagnostic de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (F 62.0) secondaire au PTSD (F 43.1) qui devait être retenu, car c'était lui qui était à l'origine des symptômes anxieux été dépressif et des difficultés relationnelles qui l'empêchait d'avait une vie sociale normale et une capacité de travail. En outre, il ne partageait pas l'opinion du Dr F_____ en ce qui concernait une influence prépondérante de la consommation d'alcool dans les pathologies présentées. Le sevrage organisé n'avait pas modifié sa capacité de travail.

Le Dr E_____ n'avait par ailleurs aucun élément clinique, ni biologique pour affirmer que son conflit avec son dernier employeur et ses difficultés avec son supérieur direct soit lié à un abus d'alcool, au contraire. Selon ses discussions avec l'assuré et les éléments qu'il avait pu mettre à sa disposition, il apparaissait que ce n'était pas le cas.

A son sens, il pouvait être reproché à l'expert de baser son expertise principalement sur une analyse théorique et non concrète des symptômes visibles et de mettre entre parenthèse, comme s'il s'agissait d'un élément sans importance, le fonctionnement psychique du producteur de ces symptômes, soit l'assuré. L'assuré était lourdement handicapé par son fonctionnement psychique et que celui-ci soit primaire ou secondaire (comme il le soutenait) n'avait que peu d'importance dans ce débat. Depuis l'évènement traumatique de 2009, durant lequel l'assuré s'était trouvé avec une Kalachnikoff sur la tempe, la qualité de la relation à soi et aux autres n'avait fait que de se dégrader. Progressivement, l'assuré n'avait plus été en mesure de conserver ses liens sociaux, notamment avec ses enfants et il s'était isolé notamment de certains de ses nombreux frère et sœurs. Cet évènement de 2009 pouvait être qualifié d'« évènement extra-médical » pour reprendre l'expression du Dr F_____. Il y avait cependant eu des répercussions bien réelles sur le fonctionnement général de l'assuré. Il était la cause qui faisait que, au regard de sa personnalité et des diagnostics qu'il présentait, sa capacité de travail était durablement et lourdement affectée.

Selon son constat, l'assuré ne disposait pas des ressources psychiques nécessaires pour surmonter ses troubles, de sorte que sa capacité était actuellement de 0 %.

21. Par décision du 23 juin 2020, l'OAI a rejeté la demande de prestations en relevant, selon l'avis du SMR du 23 juin 2020, que le Dr E_____ n'apportait dans son courrier du 11 juin 2020 aucun élément médical objectivant une incapacité de travail totale.

22. Le 21 août 2020, l'assuré, représenté par un avocat, a recouru auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice à l'encontre de la décision précitée, en concluant principalement à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité.

    Le rapport d'expertise du Dr F_____ n'était pas probant. Il contenait des indications fausses dans l'anamnèse et ses propos n'avaient pas été retranscrits de manière conforme. Il avait été rétrogradé en 2011 et non pas en 2007 - 2008 et les

comportements de son chef, dénoncés, étaient intervenus en 2017 ; la perte de liens avec ses filles était survenue postérieurement à la séparation avec son ex-épouse et non pas en 2007, soit postérieurement et pas antérieurement à l'évènement traumatique ; cette perte de liens n'avait donc pas été analysée correctement par l'expert. Il avait indiqué à l'expert qu'il avait peur de sortir de chez lui et l'expert avait considéré qu'il sortait moins faute de moyens financiers ; sa non participation aux tâches ménagère était expliquée par un arrangement probable du couple et à des facteurs culturels ; il mentionnait l'absence de relations intime du couple et relevait de manière contradictoire l'absence de dysfonctionnement conjugal. L'expert relevait sans motivation qu'il n'était pas inactif. Il n'avait pas recherché des renseignements sur le suivi post-traumatique.

La désignation du Dr F_____ avait été faite unilatéralement par l'OAI, de façon contraire au droit, alors que le Dr F_____ avait fait l'objet de nombreuses critiques de la part d'autres psychiatres depuis 2002. L'OAI continuait de mandater le Dr F_____, dont les expertises aboutissaient à nier quasi systématiquement le droit à des prestations d'invalidité. Le Dr F_____ s'était prononcé en avril 2020 sur la capacité de travail depuis janvier 2018, ce qui n'était pas conforme aux règles de la Société Suisse des médecins-conseils et des médecins d'assurances. Ses plaintes n'avaient pas été prise en compte tels que ses problèmes de mémoire. L'expert excluait la phobie sociale alors même qu'il avait indiqué avoir peur de sortir de chez lui et de voir des gens. Les critères étaient analysés sans tenir compte de l'anamnèse et les éléments de l'anamnèse étaient attribués à d'autre cause que la maladie, de sorte que l'expertise ne reflétait pas l'état de santé du recourant. Il n'avait pas analysé la pathologie liée à l'alcool conformément à la jurisprudence.

Il convenait préalablement de l'entendre ainsi que le Dr E_____ et d'ordonner une nouvelle expertise, le Dr F_____ n'étant pas un expert indépendant de l'OAI et neutre.

Il a communiqué :

- Une copie de la plainte pénale déposée le 5 juin 2009 à la suite du braquage de I_____ le même jour.
- Des certificats d'arrêt de travail du Dr H_____ de 2011.
- Une copie de son nouveau contrat de travail dès le 1er août 2011, avec diminution de salaire (fonction 3 au lieu de 4).

  Un rapport du conseil d'Etat au Grand Conseil d'avril 2009, sur le postulat J_____ et consorts visant à mettre fin au dysfonctionnement de l'Office AI du canton de Vaud en matière d'expertises psychiatriques, dans lequel il est mentionné que le 11 octobre 2002, le quotidien 24 Heures faisait état d'une démarche publique émanant d'une soixantaine de médecins et de personnalités travaillant dans le secteur de la santé publique du canton de Vaud mettant en cause l'Office AI du canton, en particulier la méthode et les compétences d'un expert privé en psychiatrie régulièrement mandaté par l'AI. Dans ce même

article, le Chef du Département de la santé de l'époque, le conseiller d'Etat Charles-Louis ROCHAT, interrogé en qualité de président de la Commission de surveillance de l'Office AI, révélait l'identité du psychiatre incriminé, le Dr F_____. En 2007, ce psychiatre avait été mandaté 141 fois par le SMR. Le déni des maladies psychiques dont semblait faire preuve ses expertises paraissait largement admis. Un rapport sur les pratiques de l'Office AI vaudois était requis. Dans la réponse du Conseil d'Etat, il est indiqué qu'à partir de 2009, l'OAI allait diminuer à 50 par années le nombre de mandats par expert, soit CHF 100'000.- par exercice.

23. Le 22 septembre 2020, la Dresse K_____, du SMR, a rendu un avis, suite au rapport du Dr E_____ du 11 juin 2020.

L'expert avait mis en évidence une discordance entre l'auto-évaluation de l'assuré, et sa propre évaluation se basant sur des faits objectifs tels que l'examen clinique, relevant une surévaluation de l'assuré de ses difficultés ; cela ne signifiait pas qu'il s'agissait d'une exagération consciente de la part de l'assuré. Par ailleurs, les échelles d'auto-évaluation étaient utiles pour évaluer l'évolution de l'assuré lors de l'instauration des traitements, mais aussi en expertise afin d'évaluer s'il existait une discordance justement entre les plaintes subjectives de l'assuré et les constatations objectives de l'expert.

La non efficacité du traitement pharmacologique ne s'expliquait pas par la présence ou non d'un trouble de la personnalité. Le dosage prescrit de 10 mg/jour était faible, et n'était ainsi peut-être pas suffisant ; par ailleurs la compliance de l'assuré n'avait pas été contrôlée par un dosage sérologique. En outre, le trouble de l'adaptation avait été évalué comme étant en voie de résolution par l'expert, donc on ne pouvait pas s'attendre à une amélioration conséquente, avec un assuré présentant des plaintes principalement subjectives. Les traits de personnalité de l'assuré qu'avait constatés l'expert ne constituaient pas un trouble de la personnalité confirmé, et n'étaient ainsi pas décompensés. Ainsi, on pouvait considérer que l'assuré était apte sur le plan psychiatrique à tout mettre en œuvre pour améliorer son état de santé et donc à contribuer au traitement psychiatrique usuel. Les directives pour le diagnostic de modification durable de la personnalité avaient été bien décrites par l'expert, en se basant sur les critères de la CIMIO : « La modification de la personnalité doit être permanente et se traduire par des caractéristiques rigides et inadaptées, à l'origine d'une dégradation du fonctionnement interpersonnel, social et professionnel ». Or, si l'assuré avait bien vécu un évènement traumatique, ce dernier s'était produit en juin 2009. Or, l'assuré s'était séparé en 2007 de sa première épouse, soit antérieurement à l'événement traumatique ; par ailleurs, il avait pu poursuivre son activité professionnelle jusqu'à son licenciement, et avait pu retrouver une vie affective un mois après l'évènement traumatique, et se marier en 2015 avec une autre compagne. Ces faits allaient à l'encontre d'une modification durable de la personnalité postérieure à l'évènement traumatique, et ainsi à une dégradation du fonctionnement interpersonnel social et traumatique. Par ailleurs,

les traits de personnalité mis en évidence par l'expert, étaient de type paranoïaque, et s'inscrivaient dans le contexte de sa propre structure de personnalité. Ils ne correspondaient pas à ce que l'on observait après une expérience de catastrophe, tels que selon la CIMIO : une attitude sociale et méfiante, un retrait social, des sentiments de vide, l'impression permanente d'être sur la brèche, un détachement.

Le parcours de vie de l'assuré avait montré pourtant de bonnes ressources internes. Il avait changé de pays, avait appris le français, avait maintenu une activité professionnelle durant de nombreuses années auprès du même employeur, avait fondé une famille ; par la suite, malgré l'événement traumatique, il avait poursuivi son activité professionnelle, et s'était à nouveau marié, avec une femme qui lui apportait du soutien, et il avait pu se sevrer des drogues dures, du tabac, et possiblement actuellement de l'alcool.

Ainsi, ce rapport médical n'amenait pas de nouvel élément médical objectif permettant de remettre en question l'expertise du Dr F_____, et leur appréciation du cas.

24. Le 22 septembre 2020, l'OAI a conclu au rejet du recours. L'assuré avait été informé du choix du Dr F_____ et aurait pu formuler des questions complémentaires. Le fait que le médecin traitant ne partageait pas l'avis de l'expert n'était pas essentiel. Pour le surplus, il se ralliait à l'avis du SRM du même jour.

25. Le 15 octobre 2020, le recourant a répliqué, en relevant que l'OAI ne motivait pas la valeur probante de l'expertise, alors que celle-ci contenait des anamnèses erronées sur de multiples points, amenant l'expert à exclure des éléments pertinents pour l'analyse. Il a communiqué un extrait du procès-verbal du 21 mars 2017 de son audition comme témoin dans le cadre d'une enquête concernant son supérieur hiérarchique et le formulaire du 11 avril 2011 de déclaration d'une rechute de l'accident professionnel du 5 juin 2019, ayant entrainé un choc psychologique.

26. Le 1er décembre 2020, la chambre de céans a requis de l'OAI les renseignements suivants : le nombre de mandats d'expertise attribués au Dr F_____ au cours des cinq dernières années, et par année ; s'il avait décidé, à l'instar de l'OAI vaudois, de limiter le nombre de mandats attribués chaque année aux experts, cas échéant dans quelle mesure.

27. Le 2 décembre 2020, l'assuré a indiqué qu'il souffrait depuis mars 2020 d'une polyarthrite rhumatoïde qui s'ajoutait à sa problématique psychique. Il a communiqué des examens d'imagerie effectués entre le 7 avril et le 4 août 2020 ainsi qu'un rapport :

    - du 15 juin 2020 du docteur L_____, FMH chirurgie orthopédique et traumatologique, selon lequel l'assuré présentait un épanchement gléno-huméral d'origine indéterminée.

- du 9 septembre 2020 du docteur M_____, FMH rhumatologie, selon lequel l'assuré souffrait d'une omalgie droite et des poignets et le diagnostic le plus probable était celui d'une polyarthrite rhumatoïde séronégative.
- du 2 novembre 2020 du docteur N_____, FMH diabétologie et endocrinologie, selon lequel il ne pouvait se prononcer par rapport au pronostic de l'affection rhumatismale et la tendinite de l'épaule pouvait évoluer pendant plusieurs années.

28. Le 15 décembre 2020, l'OAI a répondu que la requête de renseignements portant sur le nombre de mandats d'expertise psychiatrique confiés par l'OAI au Dr F_____ ne constituait pas une preuve nécessaire à l'établissement des faits, l'examen de la valeur probante du rapport de celui-ci n'étant pas tributaire de l'obtention de cette information. Il ne voyait aucune règle de droit pertinente pour l'issue du litige dont l'application dépendrait des renseignements que la chambre de céans avait requis. L'Office AI du canton de Vaud avait en effet fixé un nombre annuel maximal d'expertises confié à un médecin pour les assurés vaudois, soit un nombre de 50 par année, suite à l'intervention politique de 2009 à laquelle la chambre de céans faisait référence. L'OAI n'avait reçu aucune recommandation du Grand Conseil ou du Conseil d'Etat genevois quant à la limitation du nombre de mandats attribués à un expert ou un centre d'expertises. La compétence de modifier, et cas échéant améliorer, le système d'attribution des mandats pour les expertises médicales mono-et bidisciplinaires était exercée par l'Office fédéral des assurances sociales, qui examinait actuellement l'opportunité de prendre des mesures dans ce contexte. Dans l'intervalle, des mesures étaient également en cours d'adoption à l'OAI pour répartir les mandats d'expertise de manière adéquate, en fonction de leur nombre, de la disponibilité des médecins-experts et du lieu de l'expertise. L'OAI était bien entendu soucieux du respect de son devoir de transparence dans le cadre de l'application des normes qui le régissaient. Il sollicitait des éléments nécessaires qui leur permettrait de comprendre la pertinence de cette demande de renseignements sous l'angle juridique, dès lors qu'elle intervenait hors de toute requête de la personne assurée.

29. Le 21 décembre 2020, la chambre de céans a entendu les parties en audience de comparution personnelle.

    Le recourant a déclaré : « Mon état de santé s'empire, depuis quatre à cinq mois j'ai des douleurs dans le corps, à l'épaule, aux poignets et au dos. C'est comme si mon corps se retournait contre moi. Je reste à la maison toute la journée et je ne fais rien. Je regarde à peine la télévision. Je ne fais aucune course, je ne fais jamais à manger ni de tâches ménagères. C'est mon épouse qui s'occupe de tout.

    J'ai témoigné contre mon chef, lequel était l'auteur de harcèlement sexuel à l'encontre d'une secrétaire. Ces faits ont été reconnus dans le cadre d'une autre procédure. A la suite de mon témoignage l'employeur a voulu me déclasser en me rétrogradant de deux classes, soit de concierge à nettoyeur. Je n'ai pas accepté cette

situation et l'employeur m'a licencié. Ce chef m'avait déjà menacé de licenciement et c'est lui qui a prononcé celui-ci. Ce chef a été licencié par I_____ après que le harcèlement sexuel ait été reconnu.

Il était prévu que je sois reçu deux heures par le Dr F_____. Je me rappelle qu'il m'a pris trente minutes en retard, mais je ne sais pas exactement combien de temps l'entretien a duré. Le rapport du Dr F_____ contient des renseignements inexacts. Par exemple je n'ai jamais dit que j'étais dans un appartement de fonction. C'est seulement un appartement dont I_____ est propriétaire. Je n'ai jamais dit au Dr F_____ que j'avais débuté une consommation excessive d'alcool. D'ailleurs après l'expertise j'ai fait des analyses auprès du Dr N_____ qui ont montré que tel n'était pas le cas. J'ai été braqué à I_____ en 2008 ou 2009 et ensuite hospitalisé à Crans Montana. A cette période j'ai eu une dépendance à la drogue et à l'alcool qui a cessé lorsque j'ai repris le travail. Je ne pouvais pas du tout être alcoolisé au travail car j'utilisais des nacelles pouvant aller jusqu'à 12 mètres. Après mon licenciement je n'ai pas eu non plus de période où j'étais dépendant à l'alcool. Cela peut m'arriver de boire un verre comme tout le monde mais je ne suis pas dépendant à l'alcool.

Je vois le Dr E_____ toutes les semaines ainsi que le Dr M_____, mon rhumatologue, lequel me suit pour les douleurs à l'épaule droite, aux poignets et aussi au dos apparues à peu près en 2020. Je suis également suivi par mon généraliste le Dr N_____. Je me suis inscrit au chômage après mon licenciement et j'ai seulement eu le droit à 90 jours d'indemnité. »

L'avocat du recourant a déclaré : « Nous avons reçu l'arrêt du Tribunal Fédéral concernant la procédure intentée contre le licenciement. Le Tribunal Fédéral a reconnu que le comportement du supérieur hiérarchique du recourant n'était pas correct mais que cette situation ne justifiait pas l'octroi d'une indemnité pour tort moral. La I_____ n'est pas revenue sur sa décision à la suite du jugement reconnaissant le harcèlement sexuel. »

La chambre de céans a réitéré la demande formée auprès de l'OAI dans son courrier du 1er décembre 2020 concernant les expertises du Dr F_____ et lui a imparti un délai pour ce faire.

30. Le 20 janvier 2021, l'OAI a indiqué qu'il s'attachait à la mise en œuvre de la lettre-circulaire de l'OFAS n°404 du 13 décembre 2020 (publication des experts mandatés). Par ailleurs, le nombre de mandats confié à un expert n'était pas déterminant pour trancher le litige ; une ordonnance de production était requise de la part de la chambre de céans.

31. Le 26 janvier 2021, le recourant a observé que le refus de l'OAI de communiquer les renseignements demandés était injustifié. Des doutes sur l'impartialité de l'appréciation du Dr F_____ étaient fondés et le rapport de celui-ci n'avait pas de valeur probante ; une expertise rhumatologique était également requise.

32. Par ordonnance du 29 janvier 2021, la chambre de céans a requis de l'OAI la communication des renseignements demandés par courrier du 1er décembre 2020.

33. Le 15 février 2021, l'OAI a répondu qu'il n'était pas en mesure de collecter ces données. Il indiquait que depuis le 1er janvier 2021, cinq mandats d'expertise psychiatrique avaient été confiés au Dr F_____.

34. Le 23 février 2021, le recourant a observé qu'il était surprenant que l'OAI ne soit pas en mesure de quantifier le nombre d'expertises confiées au Dr F_____ ; l'OFAS avait d'ailleurs communiqué à des journalistes la liste des médecins mandaté par les OAI Suisse et il ressortait de ces chiffres qu'un psychiatre lausannois était particulièrement sollicité par les OAI depuis plusieurs années.

35. Le 5 août 2021, la chambre de céans a informé les parties de son intention de confier une expertise judicaire aux Docteurs O_____, FMH psychiatrie et psychothérapie et P_____, FMH rhumatologie, et leur a imparti un délai pour se prononcer sur une éventuelle récusation des experts ainsi que sur les questions libellées dans la mission d'expertise.

36. Le 12 août 2021, l'assuré a requis un ajout dans la mission d'expertise et l'OAI a transmis un avis du SMR se déclarant d'accord avec l'expertise bi-disciplinaire et proposant des questions complémentaires.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1er janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

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

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

3. Le 1er janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Toutefois, dans la mesure où le recours était, au 1er janvier 2021, pendant devant la chambre de céans, il reste soumis à l'ancien droit (cf. art. 83 LPGA).

4. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 60 LPGA).

5. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité, singulièrement sur l'évaluation de sa capacité de travail.

6. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée

incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008).

7. a. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

   Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI).

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

   b. En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA. Selon l'art. 29 al. 3 LAI, la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance.

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 qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. 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, à ce motif, 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 et les références).

   Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de

manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

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.

b. 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).

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. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité

d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3).

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. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

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. 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).

12. Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu réaliser 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. 8 al. 1 et art. 16 LPGA).

    La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1; ATF 104 V 135 consid. 2a et 2b).

    Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et ATF 128 V 174).

    Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait – au degré de la vraisemblance prépondérante – réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (ATF 139 V 28 consid. 3.3.2 et ATF 135 V 297 consid. 5.1). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des circonstances au

moment de la naissance du droit à la rente et des modifications susceptibles d'influencer ce droit survenues jusqu'au moment où la décision est rendue (ATF 129 V 222 consid. 4.1; arrêt du Tribunal fédéral 9C_869/2017 du 4 mai 2018 consid. 2.2).

Quant au revenu d'invalide, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé (ATF 135 V 297 consid. 5.2). Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb).

13. Les frais qui découlent de la mise en œuvre d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire confiée à un Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (COMAI) peuvent le cas échéant être mis à la charge de l'assurance-invalidité (cf. ATF 139 V 496 consid. 4.3). En effet, lorsque l'autorité judiciaire de première instance décide de confier la réalisation d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire à un COMAI parce qu'elle estime que l'instruction menée par l'autorité administrative est insuffisante (au sens du consid. 4.4.1.4 de l'ATF 137 V 210), elle intervient dans les faits en lieu et place de l'autorité administrative qui aurait dû, en principe, mettre en œuvre cette mesure d'instruction dans le cadre de la procédure administrative. Dans ces conditions, les frais de l'expertise ne constituent pas des frais de justice au sens de l'art. 69 al. 1 bis LAI, mais des frais relatifs à la procédure administrative au sens de l'art. 45 LPGA qui doivent être pris en charge par l'assurance-invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 8C_312/2016 du 13 mars 2017 consid. 6.2).

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

fondé son opinion sur des éléments objectifs convergents ou sur les conclusions d'une expertise qui répondait aux réquisits jurisprudentiels, la mise à sa charge des frais d'une expertise judiciaire ordonnée par l'autorité judiciaire de première instance, pour quelque motif que ce soit (à la suite par exemple de la production de nouveaux rapports médicaux ou d'une expertise privée), ne saurait se justifier (ATF 139 V 496 précité consid. 4.4; arrêt du Tribunal fédéral 8C_312/2016 du 13 mars 2017 consid. 6.3).

14. En l'occurrence, l'intimé s'est fondé sur l'expertise du Dr F_____ du 30 avril 2020 pour retenir que le recourant est totalement capable de travailler et nier tout droit aux prestations.

    Or, cette expertise ne revêt pas pleine valeur probante, dès lors qu'elle contient des imprécisions sur l'anamnèse professionnelle et médicale du recourant et qu'elle est sérieusement remise en cause par les constatations et conclusions du Dr E_____, médecin traitant du recourant depuis juin 2017, lequel retient une capacité de travail nulle du recourant. En particulier, le Dr F_____ semble donner une importance démesurée à la consommation d'alcool du recourant, qu'il relie même au licenciement, ce qui a été contesté par le recourant et le Dr E_____. Par ailleurs, le Dr F_____ s'emploie à minimiser le rôle du médecin traitant en partant du principe qu'il se borne à suivre la direction des plaintes du recourant, dans le cadre d'un mandat de sollicitude médicale, sans aucune justification objective.

    Déjà pour les raisons précitées, le rapport du Dr F_____ ne peut être considéré comme suffisamment probant pour fonder la décision litigieuse.

    Partant, une instruction complémentaire, par le biais d'une expertise judiciaire psychiatrique se justifie.

    En outre, le recourant ayant fait valoir une atteinte somatique, survenue antérieurement à la décision litigieuse, soit en mars 2020, attestée par le Dr M_____, il se justifie également d'ordonner une expertise rhumatologique.

    Ces expertises seront confiées aux docteurs O_____, FMH psychiatrie et psychothérapie, à Vevey, et P_____, FMH rhumatologie, Centre d'expertise médicale Lancy, au 1213 Petit-Lancy, et comprendront une appréciation consensuelle.

    Conformément aux dernières écritures des parties, la mission d'expertise a été modifiée dans le sens requis.

PAR CES MOTIFS,

LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

Préparatoirement :

I. Ordonne une expertise médicale psychiatrique et rhumatologique. La confie aux docteurs O_____, FMH psychiatrie et psychothérapie, à 1800 Vevey, et P_____, FMH rhumatologie, Centre d'expertise médicale Lancy, au 1213 Petit-Lancy.

Dit que la mission d'expertise sera la suivante :

DU POINT DE VUE RHUMATOLOGIQUE :

A. Prendre connaissance du dossier de la cause.

B. Si nécessaire prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité la personne expertisée, notamment les Drs M_____, L_____ et N_____.

C. Examiner la personne expertisée et, si nécessaire, ordonner d'autres examens.

D. Etablir un rapport détaillé comprenant les éléments suivants :

1. **Anamnèse détaillée**

2. **Plaintes de la personne expertisée**

3. **Status et constatations objectives**

4. **Diagnostics**

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 En particulier, l'état de santé de la personne expertisée s'est-il détérioré depuis mars 2020 par l'apparition d'une polyarthrite rhumatoïde ?

5**. Limitations fonctionnelles**

5.1. Indiquer les limitations fonctionnelles en relation avec chaque diagnostic

5.1.2 Dates d'apparition

6. **Capacité de travail**

6.1 La personne expertisée est-elle capable d'exercer son ancienne activité lucrative ?

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

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

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

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

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

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

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

7. **Traitement**

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

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

7.3 Evaluer l'exigibilité du traitement d'un point de vue somatique.

8. **Appréciation des avis médicaux au dossier**

8.1 Etes-vous d'accord avec l'avis du Dr M_____ du 9 septembre 2020 ? En particulier avec la présence d'une polyarthrite rhumatoïde séronégative ?

9. Quel est le **pronostic** ?

10. Des **mesures de réadaptation professionnelle** sont-elles envisageables ?

11. Faire toutes autres **observations ou suggestions** utiles.

<u>DU POINT DE VUE PSYCHIATRIQUE :</u>

A. Prendre connaissance du dossier de la cause.

B. Si nécessaire, prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité la personne expertisée, en particulier les Drs E_____ et N_____, ainsi qu'auprès de la Clinique genevoise de Montana.

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

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 la personnalité et si oui, lequel, selon les critères diagnostiques des ouvrages de référence ?

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

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

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

8. **Ressources**

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

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

a) psychique

b) mental

c) social

d) familial

9. **Capacité de travail**

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

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 ?

9.3 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 mai 2017 ?

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

10. **Traitement**

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

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

10.3 En cas de prise de psychotropes, effectuer un dosage sanguin afin d'évaluer la compliance.

10.4 Evaluer l'exigibilité du traitement (psychothérapeutique et médicamenteux) d'un point de vue psychiatrique.

10.5 En cas de dépendance à des substances psychotropes, évaluer l'exigibilité d'une abstinence à ces substances.

11. **Appréciation des avis médicaux au dossier**

11.1 Etes-vous d'accord avec l'avis du Dr F_____ (expertise du 30 avril 2020) ? En particulier avec les diagnostics posés et l'estimation d'une capacité de travail de la personne expertisée de 100 % dans toute activité ? Si non, pourquoi ?

11.2 Etes-vous d'accord avec les avis du Dr E_____ (23 janvier 2018, 29 avril 2019, 17 décembre 2019 et 11 juin 2020) ? En particulier avec les diagnostics posés, les limitations fonctionnelles constatées et l'estimation d'une capacité de travail nulle de la personne expertisée ? 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. **<u>Appréciation consensuelle du cas.</u>**

Compte tenu des limitations fonctionnelles rhumatologiques et psychiatriques, la personne expertisée dispose-t-elle d'une capacité de travail ? Si oui, à quel taux et depuis quelle date ? Si non ou dans une mesure restreinte quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ?

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

La greffière — La présidente

Julia BARRY — Valérie MONTANI

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties par le greffe le