RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2666/2020 **ATAS/831/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Ordonnance d'expertise du 20 août 2021

6ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié _____, à Les Avanchets, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Maxime CLIVAZ — recourant

contre

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

Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après l'assuré ou le recourant), né le _____ 1970, a effectué sa scolarité au Kosovo et a travaillé deux ans comme polisseur. En Suisse depuis 1989, l'assuré, au bénéfice d'un permis d'établissement C, a travaillé de 1989 à 2002 pour le compte de B_____, comme ouvrier polyvalent de 2002 à 2003, vendeur de meubles d'occasion de 2003 à 2004, puis dès 2005 il a exercé diverses missions dans le bâtiment pour le compte d'agences de travail temporaires.

2. Selon un résumé d'observation des HUG du 11 mai 2006, le patient a été hospitalisé du 6 avril 2006 au 13 avril 2006. Il a subi deux traumatismes de l'œil droit, le premier en 1992 et le deuxième en 2005. Il présentait une hypertonie intraoculaire sévère de l'œil droit ayant nécessité plusieurs interventions. Dans son compte rendu opératoire du 24 mai 2006, le docteur C_____, chef de clinique du service d'ophtalmologie des HUG, a diagnostiqué un glaucome post traumatique post sclérectomie profonde, pour lequel il est intervenu le 12 avril 2006 par, notamment, la pose d'un implant.

3. Selon l'attestation de D_____ SA du 26 février 2010, l'assuré a travaillé du 27 août 2007 au 28 août 2009 comme maçon « A », pour un salaire horaire brut de CHF 37.40, y compris indemnités de vacances, jours fériés et gratification. L'horaire de travail était de 9h.45 par jour, soit 45 heures par semaine.

4. L'assuré a été en incapacité de travail totale du 12 décembre 2008 au 1er février 2009 et du 23 juillet 2009 au 27 août 2009, date à laquelle son contrat de travail a pris fin. Le dernier jour de travail effectif était le 17 juillet 2009.

5. L'assuré a perçu des indemnités de chômage dès le 28 août 2009, calculé sur la base d'un salaire assuré de CHF 6'026.-.

6. Le docteur E_____, spécialiste FMH en ophtalmologie, a adressé un rapport à la Doctoresse F_____, FMH médecine interne générale, en date du 27 janvier 2010. Il avait vu l'assuré pour la première fois en 2009 et confirmait que celui-ci avait perdu la vue de l'œil droit suite à un accident.

7. Le 10 février 2010, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après OAI ou l'intimé) indiquant souffrir de dépression et d'un problème ophtalmologique, suite à un accident en 2002. Après une opération, il avait perdu la vue de l'œil droit.

8. Dans son rapport du 31 mars 2010 à l'attention de l'OAI, la doctoresse F_____ a indiqué que l'assuré était incapable de travailler à 100% depuis le 1.0. (?) 2009 (dès 23.07.2009 selon certificat médical). L'assuré avait perdu la vue de l'oeil droit. Dans une activité adaptée, il pourrait travailler à 50%.

9. Interpellé par l'OAI quant à la capacité de travail de l'assuré, dans une activité sédentaire, le Dr E_____ a répondu le 28 mai 2010 qu'il ne pouvait pas se prononcer, car de nouvelles plaintes étaient apparues. Il préconisait la mise en

œuvre d'une expertise qui permettrait de se prononcer sur la possibilité d'une réadaptation. Le patient ne pouvait pas conduire de véhicule.

10. A la requête de l'OAI, la SUVA, assureur-accidents, a produit son dossier lequel ne contient aucun renseignement au sujet des deux accidents de 1992 et 2005.

11. La Dresse F_____ a indiqué dans son rapport intermédiaire du 24 septembre 2010 que l'état de santé de l'assuré s'était aggravé du point de vue ophtalmologique.

12. Dans son avis du 21 octobre 2010, le docteur G_____, médecin SMR, a recommandé la réalisation d'une expertise ophtalmologique. L'OAI a mandaté à cet effet l'Hôpital Jules Gonin, à Lausanne.

13. Dans leur rapport d'expertise du 4 mai 2011, les docteurs H_____, médecin adjoint, et I_____, médecin assistante, de l'Hôpital Jules Gonin, ont diagnostiqué, avec effet sur la capacité de travail, une cécité légale de l'œil droit, et, sans répercussion sur la capacité de travail, concernant l'œil droit, un status postcontusion oculaire avec cataracte traumatique et désorganisation du segment antérieur, une pseudophakie, un status postcapsulotomie laser et post chirurgie filtrante ; concernant l'œil gauche, un syndrome de dispersion pigmentaire. La cécité de l'œil droit était irréversible. Pour l'œil gauche, la baisse de l'acuité visuelle nécessitait une surveillance périodique, afin de dépister le développement d'un glaucome pigmentaire. Dans l'activité de maçon, l'incapacité de travail était totale, car l'assuré ne pouvait plus exécuter des activités qui impliquaient une vision stéréoscopique, par exemple le travail sur un terrain accidenté, sur des échelles et des échafaudages ou avec des machines tournant à haute vitesse. Dans une activité adaptée, par exemple un travail de bureau, une capacité de 100% pourrait être envisagée, avec un rendement de 100%. Du point de vue médical, l'incapacité de travail de 20% au moins existait depuis le courant de l'année 2009, les informations étant toutefois à cet égard insuffisantes selon les experts. Quant à l'évolution de l'incapacité de travail, les experts ne pouvaient pas répondre. Des mesures de réadaptation professionnelles étaient envisageables, pour autant que l'activé soit adaptée au status monoculaire. Les experts ont encore précisé que l'assuré ne pouvait pas exercer des activités qui nécessitaient un effort visuel important et soutenu, ni des activités nécessitant une vision stéréoscopique.

14. Le stage OSER de trois mois aux EPI, proposé à l'assuré par le service de réadaptation professionnelle de l'OAI, n'a pas eu lieu, l'assuré ayant déclaré ne pas s'en sentir capable.

15. Par avis du 13 mai 2013, le SMR a demandé de reprendre l'instruction médicale, au vu des autres problèmes médicaux soulevés par l'assuré.

16. La doctoresse J_____, psychiatre et psychothérapeute, a établi un rapport médical à l'attention de l'OAI en date du 23 juillet 2013. Elle a diagnostiqué, avec effet sur la capacité de travail, un trouble dépressif récurent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F33.11), depuis 2012, et une perte totale d'acuité visuelle de l'œil droit suite aux accidents et interventions opératoires. Sans effet sur la capacité

de travail, elle a mentionné une bronchite avec bronchectasies au niveau du poumon droit, depuis 2013. Elle suivait le patient depuis février 2012, auparavant le patient était suivi par le psychiatre du Centre médical Montfleury à Versoix. L'évolution psychique était instable, avec deux rechutes dépressives pendant l'année 2012. Le raisonnement était factuel, la capacité d'introspection faible et le discours de l'assuré, souvent sur stimulation, restait concentré sur ses souffrances physiques mélangées, parfois, avec des éléments dysmorphophobiques (quasi délirants), sur la perception très particulière des maux de tête et sur l'aspect de son visage. Il n'y avait pas de signes cliniques de prise de toxiques, d'intoxication ou de sevrage, ni d'évidence de rupture de contact avec la réalité ou de symptômes hallucinatoires franches. Le pronostic était plutôt défavorable en ce qui concernait ses capacités d'initier une activité structurée, de la continuer et d'être endurant au travail. Compte tenu de complications handicapantes apparues, du comportement maladie dans lequel il restait figé, les compétences actuelles de l'assuré étaient difficilement compatibles avec une activité professionnelle. Cependant, compte tenu du jeune âge de l'assuré, il pourrait bénéficier d'un accompagnement plus poussé dans l'évaluation de ses compétences. L'incapacité de travail était de 100% depuis 2010. Des mesures de réadaptation professionnelle seraient envisageables : la stabilité thymique, la baisse de manifestations anxieuses et une meilleure représentation de soi pourraient aider ce patient à mieux s'organiser dans sa vie, à fixer différemment les priorités et son indépendance. Mais en même temps, la psychiatre restait dubitative sur sa possibilité réelle de retrouver une capacité de travail.

17. Dans un rapport médical reçu par l'OAI le 23 août 2013, la Dresse F_____ a noté une toux et expectoration importante sur 24 heures, avec de rares râles bronchiques disséminés. Au CT-SCAN, broncoctasie lobe moyen et lingua. La capacité de travail dans une activité adaptée était de 0 %. Un traitement par antibiotiques, préconisé par le docteur K_____, spécialiste FMH des maladies des poumons, a été instauré.

18. Le SMR, par avis du 21 octobre 2013, a estimé souhaitable, au vu de la situation, de proposer des mesures de réadaptation à l'assuré, sur une période de trois mois, afin de lui permettre de restaurer sa confiance dans sa capacité de travail et son utilité de trouver une piste professionnelle.

19. Le service de réadaptation professionnelle, dans son rapport du 19 mai 2014, a proposé la prise en charge de mesures de réinsertion, sous la forme d'un stage d'entrainement à l'endurance, du 19 mai au 17 août 2014.

20. Le 23 mai 2014, le docteur L_____, spécialiste FMH, maladie des yeux, a établi un rapport médical à l'attention des EPI. Concernant l'acuité visuelle de l'œil droit, il a noté une perception lumineuse non orientés. L'acuité visuelle de l'œil gauche avec correction est de 0,3 avec +0,25 = -0,25 à 165°. La vision de près est de 0,32 avec addition + 1D. Les examens complémentaires effectués montrent à l'OCT de l'œil gauche une structure fovéolaire conservée, pas d'altération. Lotmar : œil

gauche pas possible car le patient est ébloui par la lumière. Le Dr L_____ a précisé lors d'un entretien téléphonique avec le maître d'atelier des EPI, que l'estimation de la vue de l'œil gauche à 30% a été impossible à objectiver, car le patient a manqué de collaboration et de compliance lors de l'examen. Le maître d'atelier a cherché à motiver l'assuré, sans succès, car ce dernier se sentait incapable de faire un travail et avait peur de perdre l'autre œil. Le maître d'atelier a conclu que l'état de santé de l'assuré ne lui permettait pas de suivre une mesure de type entraînement endurance. Il n'a pas laissé apparaître la moindre lueur d'espoir de réagir favorablement à la mesure lors des nombreux entretiens de motivation menés. Il est anxieux, a peur d'être handicapé des deux yeux. Il n'est pas prêt pour s'engager dans une réinsertion professionnelle, tant que cette crainte l'habite.

21. Au vu de l'échec de la mesure, le service de réadaptation professionnelle de l'OAI a proposé, le 20 octobre 2014, une expertise pluridisciplinaire, se référant à l'avis SMR du même jour (pièce ne figurant pas au dossier), avec volets de médecine interne, ophtalmologique et psychiatrique.

22. Par avis du 4 décembre 2014, le docteur M_____, médecin SMR, relève que la cause de l'interruption de la mesure le 13 juin 2014 est due à un état dépressif moyen avec syndrome somatique. Au vu du contexte et après relecture du dossier, notamment le rapport médical de la Dresse J_____ du 23 juillet 2013, on mettait en évidence plusieurs facteurs psychosociaux qui jouaient un rôle dans l'affaire. Afin de bien évaluer l'exigibilité et voir dans quelle mesure elle était influencée par ces facteurs, le médecin SMR a proposé une expertise psychiatrique ou un examen psychiatrique au SMR.

23. Le 1er juillet 2015, l'OAI a mandaté le docteur N_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, pour expertise. La liste des questions à poser à l'expert a été communiquée à l'assuré, qui n'a pas formulé de questions complémentaires dans le délai imparti.

24. A la demande de l'expert, la Dresse J_____ lui a adressé un rapport en date du 26 février 2016, dans lequel elle a indiqué les dates de suivi jusqu'à janvier 2014, les traitements prescrits (précisant qu'elle n'avait pas fait de dosage de Cipralex), ses diagnostics et son appréciation concernant l'évolution de la situation. Elle a notamment indiqué que le patient présentait une personnalité anxieuse, brutalement et totalement déstabilisée par l'accident qui avait entraîné une baisse de l'acuité visuelle. Il ne disposait pas des moyens pour remonter la pente. Selon les observations de l'époque, tenant compte des capacités du patient, de la multitude des souffrances physiques, des somatisations apparues, du manque de courage et des moyens d'investissements du patient, elle estimait que le pronostic était mauvais. Seul un approfondi et soutenant travail d'évaluation pourrait aider le patient à réinvestir une vie professionnelle.

25. Dans son rapport d'expertise du 21 juillet 2016, le Dr N_____ a indiqué avoir examiné l'assuré le 29 janvier 2016. Au niveau somatique, il existait deux

traumatismes oculaires de l'œil droit, le premier en 1992, et le second en 2005 pour lesquels il avait subi cinq opérations successives. La vision de l'œil droit était jugée irrécupérable. Lors de l'entretien, l'assuré s'était montré assez agressif, refusant de réaliser les tests psychométriques, arguant ses problèmes de vue. Il était peu collaborant et le contact visuel avait été très mauvais. Il s'exprimait relativement bien en français, mais donnait des renseignements flous, incertains. Il n'y avait pas de dépressivité marquée dans le sens d'une anhédonie ou d'aboulie. Il était surtout irritable, un peu tendu. L'examen clinique était dès lors très difficile à effectuer. D'un point de vue anxieux, il n'avait pas d'argument pour un trouble de l'anxiété ou un trouble panique. Il n'y avait pas de signe floride de la lignée psychotique. L'expert a diagnostiqué sur l'axe I un épisode dépressif majeur récurrent actuellement en rémission ou (subclinique) une éventuelle dysthymie. Sur l'axe IV, il n'y avait pas de facteur de stress aigu. Analysant la cohérence, l'expert a relevé le manque de collaboration de l'assuré, de la psychiatre, et également lors des entretiens de réadaptation et du stage aux EPI. Selon l'expert, la Dresse J_____ n'aurait pas répondu à ses demandes de renseignements … (sic). Malgré son jeune âge, toutes les propositions constructives semblaient irrémédiablement mises en échec, le patient adoptant une attitude de résistance, passive-agressive. Celle-ci ne prenait pas racine sur une atteinte psychopathologique majeure. Il semblait exister de nombreux facteurs qui sortaient du champ médical, telle qu'une maitrise relative du français, l'absence de qualification professionnelle spécifique, un parcours professionnel marqué par de nombreuses périodes de chômage.

En conclusion, concernant la capacité de travail, mis à part un éventuel épisode dépressif en 2012 et en 2013, l'expert estimait que la capacité de travail médico-théorique de l'assuré était entière dans une activité adaptée à ses limitations somatiques objectives, dès le début 2013. La valeur incapacitante de l'éventuel épisode dépressif en 2012 était difficile à estimer rétrospectivement, mais l'assuré avait effectué cette année-là toutes les démarches médicales astreignantes pour avoir un nouvel enfant en pratiquant des FIV. Au vu de la nature et de l'importance des sollicitations qu'imposaient ce type de décision et les démarches y relatives, cela semblait aussi confirmer indirectement que la symptomatologie dépressive ne pouvait dès lors pas être jugée comme incapacitante, probablement déjà à cette période.

26. Le 28 juillet 2016, le Dr N_____ a transmis à l'OAI le rapport que la Dresse J_____ avait adressé à son cabinet le 26 février 2016, relevant que ce dernier n'apportait pas d'éléments complémentaires permettant de modifier son appréciation.

27. Le SMR, dans son avis du 26 septembre 2016, a pris acte de l'expertise selon laquelle la capacité de travail de l'assuré était entière du point de vue psychiatrique depuis 2013. Les mesures de réentraînement à l'endurance avaient été interrompues en raison de facteurs psychosociaux. Dans une activité adaptée, la capacité de travail était de 100% depuis le 1er octobre 2009, selon l'avis du 8 juillet 2011.

28. Par projet de décision du 26 mai 2017, puis par décision du 6 juillet 2017, l'OAI a refusé l'octroi d'une rente d'invalidité à l'assuré, motif pris que l'incapacité de travail dans l'activité habituelle était de 100%, mais que la capacité de travail dans une activité adaptée à son état de santé était de 100% dès le 1er octobre 2009. Après comparaison des gains, le degré d'invalidité était de 23%, insuffisant pour ouvrir droit à une rente. Les pièces médicales produites par l'assuré ne montraient pas de faits nouveau susceptibles de modifier ses conclusions.

29. Par rapport médical du 20 juin 2017, le Dr E_____ a indiqué qu'au dernier status, la meilleure vision du patient se limitait à une perception des mouvements de la main à l'œil droit avec -18,5 et 0,4 à gauche avec 0,5 = -0,25 à 93°. Le segment antérieur de l'œil droit était caractérisé par une pseudophakie et une pupille en mydriase alors qu'à gauche le segment antérieur était sans particularité. Le Dr E_____ a joint un rapport de consultation neuro-ophtamologique où un champ visuel avait été pratiqué qui s'était montré fortement altéré.

30. Par acte du 13 septembre 2017, l'assuré, représenté par son mandataire, a interjeté recours contre la décision précitée, en concluant principalement à l'annulation de la décision de l'OAI et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1er août 2010. L'instruction effectuée par l'intimé était lacunaire ; alors que le SMR avait préconisé une expertise pluridisciplinaire, que la dernière expertise ophtalmologique datait de mai 2011, que ses problèmes ophtalmologiques s'étaient aggravés, l'intimé avait mis en œuvre uniquement une expertise psychiatrique du Dr N_____, dont la valeur probante était contestée. L'intimé n'avait pas pris en compte l'ensemble des faits d'ordre médical de manière précise et documentée. En particulier, les troubles physiques (pulmonaires, troubles du sommeil, etc.) n'avaient jamais été investigués sérieusement par un expert en médecine générale.

31. Dans sa réponse du 12 octobre 2017, l'OAI a conclu au rejet du recours, relevant en substance que le recourant s'est présenté à deux expertises successives, lesquelles avaient pleine valeur probante.

32. Par arrêt du 26 octobre 2018 (ATAS/973/2018), la chambre de céans a admis le recours. Elle a constaté que le recourant présentait plusieurs atteintes à la santé, sur les plans ophtalmologique, physique et psychiatrique et qu'une expertise pluridisciplinaire était nécessaire.

    Elle a relevé que sur le plan ophtalmologique, la situation s'était apparemment aggravée depuis l'expertise de 2011, de sorte qu'une investigation était nécessaire. Sur le plan psychiatrique, on relevait une discordance entre les conclusions de l'expert et celles du psychiatre traitant, notamment quant au diagnostic et à ses répercussions sur la capacité de travail du recourant. Les motifs avancés par l'expert quant à l'appréciation rétrospective de la capacité de travail du recourant n'emportaient pas la conviction. La psychiatre évoquait une personnalité anxieuse, brutalement et totalement déstabilisée par l'accident qui avait provoqué une baisse de l'acuité visuelle et estimait que le recourant ne disposait pas des moyens pour

remonter la pente. L'expert considérait en substance que le recourant avait effectué des démarches pour des FIV, de sorte que sa capacité de travail n'était pas affectée. Enfin, le recourant présentait d'autres atteintes à la santé, notamment sur le plan pulmonaire. Cet aspect n'avait pas été investigué. Les experts devaient notamment se déterminer sur l'ensemble des atteintes à la santé présentées par le recourant, décrire les limitations fonctionnelles, le type d'activité adaptée entrant en considération, l'éventuelle diminution de rendement et, en consilium, déterminer la capacité de travail résiduelle du recourant. Les experts devaient motiver leur appréciation et indiquer en particulier pour quelles raisons ils s'écartaient éventuellement des diagnostics et conclusions des experts et médecins traitants.

33. A la demande de l'OAI, la Policlinique médicale universitaire (ci-après : PMU), soit les docteurs O_____, FMH médecine interne, P_____, FMH pneumologie, P_____, FMH psychiatrie et psychothérapie, et Q_____, FMH ophtalmologie, a rendu un rapport d'expertise le 22 octobre 2019.

    Les experts ont posé les diagnostics de cécité légale de l'œil droit avec status post contusion oculaire, avec cataracte traumatique et désorganisation du segment antérieur, pseudophakie, status post chirurgie filtrante, status post capsulotomie laser (H 54.4). Syndrome de dispersion pigmentaire de l'œil gauche (H 41). Bronchectasies (J 47). Episode dépressif léger (F 32.0). Majoration des symptômes pour raison psychologique (F 68.0).

    En raison de sa cécité droite, l'activité professionnelle de l'assuré ne devait pas nécessiter une vision stéréoscopique. Du fait de sa pathologie pulmonaire, l'assuré ne devait pas être exposé aux poussières organiques ou non organiques ni aux intempéries. Si des séances de physiothérapie de drainage bronchique ou des aérosols devenaient nécessaires, du temps pour la réalisation de ses soins devrait être envisagé et donc une baisse de rendement d'une à deux heures par semaine. Les activités de maçon et polisseur ne respectaient pas ces limitations fonctionnelles et n'étaient donc plus adaptées à l'état de santé de l'assuré. L'activité de vendeur de meubles en revanche restait adaptée.

    Le parcours de l'assuré jusqu'à son traumatisme oculaire témoignait d'une personnalité bien structurée. Depuis la cécité droite, sans souffrir d'un dysfonctionnement pathologique avéré, l'assuré s'enfermait dans un vécu de victime et adoptait une position régressive. L'assuré avait jusqu'alors fait preuve de ressources. Ses ressources semblaient cependant actuellement peu mobilisables du fait du fonctionnement inconscient actuel avec sentiment de préjudice et attitude passive. L'épisode dépressif léger ne participait que très modérément à cette évolution. La faible collaboration ne permettait pas d'évaluer l'ensemble des domaines de la vie qui étaient globalement décrits par l'assuré comme impactés par des limitations. Cependant, les pathologies médicales de l'assuré n'étaient pas en mesure d'expliquer ces limitations. Les mesures professionnelles proposées à l'assuré avaient échoué en raison d'un manque de collaboration. Il était probable qu'une nouvelle tentative se solderait de la même façon.

Dans l'activité de maçon, polisseur de métaux, la capacité de travail de l'assuré était nulle. Dans une activité adaptée, la capacité de travail de l'assurée était estimée entière.

Les pathologies ophtalmiques et pulmonaires ne justifiaient actuellement que des limitations fonctionnelles. L'état dépressif léger n'était pas susceptible en l'état d'entrainer une diminution de la capacité de travail. Sans impact sur la capacité de travail, mais pour améliorer la qualité de vie et pour éviter une aggravation de la pathologie une reprise d'un suivi pulmonaire était fortement recommandée.

34. Le 16 décembre 2019, la Dresse R_____, du SMR, a estimé que l'expertise de la PMU était convaincante. L'assuré était totalement incapable de travailler dans l'activité habituelle d'aide-maçon - polisseur et totalement capable de travailler dans une activité adaptée dès le 1er octobre 2009. Il présentait les limitations suivantes : ophtalmologiques : vision monoculaire uniquement. Absence de vision stéréoscopique (ne pas utiliser d'échelles, d'échafaudages, pas d'utilisation de machines tournant à grande vitesse entre autres). Pulmonaires : pas d'exposition aux poussières ni au froid.

35. Par projet de décision du 10 mars 2020, l'OAI a rejeté la demande de prestations, en constatant que le degré d'invalidité était de 23 % (revenu sans invalidité de CHF 71'657.- et revenu d'invalide de CHF 55'048.-).

36. Le 4 mai 2020, l'assuré a écrit à l'OAI que l'instruction de son dossier était lacunaire, que sa capacité de travail était nulle et que la comparaison des revenus n'était pas correcte.

37. Le 25 mai 2020, le docteur S_____, FMH médecine interne, a écrit à l'OAI ; il suivait l'assuré depuis environ un an, à la suite du départ à la retraite du Dr F_____ ; il manquait au dossier un bilan neuropsychologique ; on s'interrogeait sur les capacités d'apprentissage, en présence d'une vision insuffisante pour lire ou regarder la télévision, avec survenance de céphalées. L'assuré ne pouvait travailler sur un ordinateur, il se déplaçait avec des vertiges qu'il convenait d'investiguer ; il avait une importante diminution de l'estime de lui-même et un état dépressif ; il n'avait pratiquement pas d'ami, il n'était vraisemblablement pas capable d'apprendre un nouveau métier ni d'être productif dans un travail.

38. Le 20 mai 2020, la Dresse J_____, FMH psychiatrie et psychothérapie, a attesté qu'elle suivait l'assuré depuis trois / quatre ans ; amaigri et épuisé par ses maladies chroniques, l'assuré présentait des manifestations dépressives récurrentes de gravité moyenne à sévère, avec des répercussions sur la perte d'élan vital, le plaisir de vivre, sur l'engagement dans la vie sociale et dans ses projets d'avenir. L'assuré (avec une personnalité anxieuse brutalement et totalement déstabilisé par l'accident qui avait entrainé une baisse visuelle ainsi que d'autres problèmes somatiques) ne disposait pas des moyens pour remonter la pense, se sentait perdu et était à la recherche de la confirmation que ses souffrances physiques et ses autres maladies l'empêchaient de retourner dans une vie active. Son comportement maladie était

devenue chronique et ses préoccupations tournaient autour de sa quête de prouver « que ses maux de la vue, à la tête, aux poumons, que ses vertiges, etc, avaient la raison de son désespoir et de l'impossibilité d'être comme avant ». L'incapacité de travail était totale.

39. Le 4 juin 2020, la Dresse R_____, du SMR, a relevé que le problème ophtalmologique avait été clairement évalué par l'expert ophtalmologue, qui n'avait pas mis en évidence d'atteinte spécifique à l'œil gauche ; il avait conclu qu'une capacité de travail ne demandant pas une vision stéréoscopique était tout à fait exigible d'un point de vue ophtalmologique. Il n'y avait pas lieu de remettre en question cette analyse.

    L'assuré se plaignait de vertiges depuis la perte de vision de l'œil droit. L'examen neurologique effectué au cours de l'expertise n'avait pas relevé d'anomalies, permettant d'exclure une atteinte cérébelleuse ou de sensibilité profonde. Cependant, l'expert avait mis en évidence une attitude démonstratrice au Romberg, sans corrélation avec une pathologie quelconque hormis une majoration de symptômes. Ces vertiges étaient survenus parallèlement à la perte de vision de l'œil droit, et normalement une adaptation s'effectuait, surtout après de nombreuses années.. Le psychiatre expert n'avait pas mis en évidence de troubles cognitifs à l'examen clinique, mais une majoration de symptômes pour raison psychologiques ; par ailleurs, tous les experts avaient relevé une attitude majorante et non cohérente avec les atteintes à la santé. Il n'y avait pas lieu de pratiquer un examen neuropsychologique, qui serait ininterprétable en l'absence de collaboration. L'expert psychiatre avait retenu des symptômes dépressifs d'une intensité légère, en se basant sur des critères objectifs tels que l'examen clinique. Le psychiatre traitant n'apportait pas de nouvel élément clinique objectif permettant de remettre en question l'évaluation de l'expert.

40. Par décision du 30 juin 2020, l'OAI a rejeté la demande de prestations, en constatant que le degré d'invalidité était de 23 %.

41. Le 2 septembre 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 de l'OAI du 30 juin 2020, en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1er août 2016.

    La Dresse O_____ n'était pas membre de la FMH contrairement à ce que le rapport d'expertise indiquait. La Dresse P_____ était médecin assistante, sans titre postgrade ; l'expertise n'exposait pas pourquoi les différentes atteintes à la santé n'entrainaient pas d'incapacité de travail.

    L'expertise n'indiquait pas si l'assuré pouvait travailler sur un ordinateur, ce qui était contesté par le médecin traitant. Les troubles dysmorphophobiques évoqués par la Dresse J_____ n'étaient pas mentionnés dans l'expertise, alors même que celle-ci relevait une difficulté à supporter le regard et le jugement des autres, amis et membre de sa famille ; aucune incohérence n'avait été constatée. L'experte

pneumologue ne se prononçait pas sur une activité qualifiée d'éventuelle et notait une baisse de rendement certaine ; elle avait proposé une instruction médicale complémentaire qui n'avait pas été discutée ; l'expert ophtalmologue n'avait pas analysé l'évolution de l'état de santé depuis 2010 et pas répondu à toutes les questions de la mission ; on ignorait les performances de l'assuré au travail, les caractéristiques d'une activité adaptée et le pronostic ; il avait exercé comme monteur et non vendeur de meubles et seulement lors d'un stage d'insertion professionnelle au centre social protestant dix-sept ans auparavant ; par ailleurs, il était contesté qu'il puisse faire un travail de bureau. Il n'y avait pas de discussion sur l'interaction des diagnostics.

42. Le 27 octobre 2020, l'OAI a conclu au rejet du recours. Le titre de spécialiste FMH n'était pas une condition de validitié de l'expertise et les compétences de la Dresse O_____ n'étaient pas remises en question ; l'OAI avait dû transmettre le mandat à la plateforme Suisse@MEDAP qui l'avait attribuée à la PMU et le recourant n'avait soulevé aucun motif de récusation. L'expertise de la PMU était probante.

43. Le 24 novembre 2020, le recourant a répliqué, en relevant que l'experte avait ignoré certains éléments, dont les troubles dysmorphophobiques ; l'OAI ne se prononçait pas sur les incohérences et contradictions de l'expertise, ni sur l'absence d'examens complémentaires ; l'OAI ne pouvait se réfugier derrière la plateforme Suisse@MEDAP pour ne pas contrôler la qualité des expertises.

44. Le 25 janvier 2021, la chambre de céans a entendu les parties en audience de comparution personnelle.

    Le recourant a déclaré : « Je ne vais pas bien mais je ne sais pas pourquoi. L'expertise auprès de la PMU s'est bien passée mais je n'en sais pas plus. J'estime que je suis totalement incapable de travailler pour des motifs physique et psychique. Je vois bien de loin avec l'œil gauche mais je ne vois pas de près. Je dois mettre des lunettes pour voir de près. Je ne lis pas car mon œil fatigue et je ne regarde pas la télévision car la luminosité de celle-ci me dérange. Je n'utilise pas non plus d'ordinateur. Je ne dors pas bien. Je reste la plupart du temps chez moi. Je ne sors pas beaucoup car les gens me dérangent, cela est dû au fait que je ne vois pas bien. Je vois de loin mais je n'ai pas une vision parfaite. Je précise que les commentaires des gens, notamment sur la couleur différente de mes yeux me dérangent. Les gens me font des commentaires lorsque je suis à l'extérieur, ainsi que les enfants. Je précise qu'en raison de ma mauvaise vision il m'arrive de heurter des gens dans la rue. Je ne fais aucune tâche ménagère. Je vis avec mon épouse et mes enfants. Ma femme travaille à raison de deux heures chaque soir. C'est elle qui s'occupe des tâches ménagères. J'ai perdu la vision de l'œil droit car j'ai reçu un morceau de béton dans l'œil quand je travaillais comme maçon. Je n'ai pas déclaré l'accident. Je ne suis pas allé chez un médecin car à l'époque j'avais le permis A. J'étais assuré.

J'ai consulté un cardiologue et j'ai fait un examen du cœur mas je ne peux pas vous donner le nom du médecin ni le résultat de cet examen. Il ne m'a pas donné de traitement. J'ai été consulter un pneumologue, j'ai un spray qu'il m'a donné et que j'utilise à chaque fois que je suis dérangé.

J'ai dû interrompre les stages proposés par l'OAI car j'avais des vertiges. J'ai encore souvent actuellement des vertiges.

Je n'ai jamais été vendeur de meuble. J'ai été placé chez Caritas par le chômage et j'ai aidé à charger des meubles dans des camions. Ce travail a duré sauf erreur huit mois. Je n'ai pas travaillé au Kosovo car je suis arrivé en Suisse à l'âge de 15 ans. J'ai toujours travaillé dans la construction comme maçon. ».

L'avocat du recourant a déclaré : « Je n'ai pas plus d'information sur la prise en charge de l'accident.

Je m'adresserai au médecin traitant de mon client afin de demander les rapports du cardiologue et du pneumologue consultés et vous les transmettrai. Le recourant ne se sent pas capable d'entrer dans une mesure d'ordre professionnel laquelle n'est donc pas requise. Nous contestons principalement l'expertise psychiatrique. En particulier l'expertise ophtalmologique est admise. ».

La représentante de l'intimé a déclaré : « Sur le site de la FMH il n'est pas mentionné que la Dresse O_____ a obtenu le titre FMH. Cependant je n'en sais pas plus. Le service de réadaptation s'est prononcé le 9 mars 2020 sur des activités possibles et a estimé que le recourant pourrait notamment être vendeur. Il n'a pas indiqué qu'il y avait des empêchements à exercer des activités simples et répétitives. Le service de la réadaptation a envisagé d'autres activités que celle de vendeur. ».

45. Le 17 février 2021, le recourant a communiqué les pièces suivantes :

- Un rapport du docteur K_____, FMH maladie des poumons médecine interne, du 22 juillet 2013 attestant de bronchectasies prédominant dans le lobe moyen.
- Un rapport de radiologie du thorax du 28 mars 2019.
- Deux rapports des 4 et 18 septembre 2020 du docteur T_____, FMH cardiologie, concluant à un examen clinique sans particularité, un ECG et une échographie dans les limites de la normale ainsi qu'un test d'effort négatif et des symptômes (douleurs thoraciques oppressives avec dyspnée d'effort) probablement d'origine extra-cardiaque.
- Un certificat du 16 février 2021 du docteur S_____, FMH médecine interne générale, selon lequel l'assuré n'avait plus de vision suffisante, ni pour lire le journal, ni pour regarder la télévision (qu'il ne faisait par ailleurs plus, parce qu'il avait mal à la tête de suite). De même, il n'avait pas d'ordinateur car la vision sur l'écran créait des exacerbations de céphalées après peu de temps. A noter qu'il gérait son téléphone portable avec l'aide de sa femme qui lui mettait

les noms dans le registre pour qu'il puisse les activer par commande vocale. Dans ce sens, il paraissait utile de noter que l'assuré ne pourrait manipuler une caisse (vente). Il ne pouvait se déplacer sans vertiges répétitifs et il heurtait fréquemment des portes ou même il lui arrivait de marcher du côté droit. La dépression réactive qui en résultait était certainement à mettre en relation avec les pertes dans la fonction visuelle, mais aussi dans la perte de l'estime de soi. Ce maçon coffreur, qui avait perdu toute confiance en lui-même cachait, ce symptôme derrière une certaine nonchalance. Il avait commencé à travailler à 12 ans. Il ne pouvait envisager d'être sans travail. Il lui avait confié qu'il n'osait plus regarder les gens en face (même au niveau de la famille) de peur de se sentir déshonoré. De ce fait, une activité avec interaction avec d'autres personnes était difficile, surtout en ce qui concernait le contact dans la vente. A ne pas négliger le fait que l'assuré n'avait pratiquement pas de scolarité, ce qui ne lui permettait pas d'apprendre un nouveau métier. Le Dr S_____ considérait que l'assuré était totalement inapte à une réintégration professionnelle quelconque et dans des conditions actuelles, l'exigence d'une capacité de travail n'était pas possible. Mais un travail à titre occupationnel n'était pas exclu.

46. Le 2 mars 2021, la Dresse R_____, du SMR, a rendu un avis selon lequel le diagnostic de bronchiectasies était connu du SMR et des experts, de sorte que les professions de polisseur de pierre et de maçon avaient été reconnues comme non exigibles, en raison de l'exposition aux poussières et au froid. Les bronchiectasies étaient connues et stables radiologiquement. La symptomatologie n'était pas cardiaque selon le cardiologue ; le Dr S_____ n'amenait pas de nouvel élément médical objectif et mettait en avant des facteurs extra-médicaux.

47. Le 9 mars 2021, l'OAI a maintenu ses conclusions, en se ralliant à l'avis du SMR précité.

48. A la demande de la chambre de céans, la PMU, par le biais du Centre universitaire de médecine générale et santé publique, a indiqué que la Dresse O_____ était au bénéfice d'un titre post grade fédéral de médecin spécialiste en médecine interne générale depuis le 22 novembre 2012.

49. Le 6 août 2021, la chambre de céans a informé les parties de son intention de confier une expertise judiciaire au docteur U_____, FMH psychiatrie et psychothérapie, et leur a imparti un délai pour se prononcer sur une éventuelle récusation de l'expert ainsi que sur les questions libellées dans la mission d'expertise.

50. Le 12 août 2021, l'OAI s'est opposé à l'expertise judiciaire et, subsidiairement, a requis l'ajout d'une question dans la mission d'expertise, en se ralliant à un avis du SMR du même jour.

51. Le 17 août 2021, le recourant a acquiescé à la mission d'expertise.

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.

   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. 82a LPGA ; RO 2020 5137 ; FF 2018 1597 ; erratum de la CdR de l'Ass. féd. du 19 mai 2021, publié le 18 juin 2021 in RO 2021 358).Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la de loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).

3. Le litige porte sur le degré d'invalidité du recourant, singulièrement sur le point de savoir si l'intimé est fondé à refuser l'octroi de toutes prestations d'invalidité.

4. 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 ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008).

5. 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.

   Selon les 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.

6. 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).

7. 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 émanent d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 ; ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1; ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

   b. Dans l'ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a revu et modifié en profondeur le schéma d'évaluation de la capacité de travail, respectivement de l'incapacité de travail, en cas de syndrome douloureux somatoforme et d'affections psychosomatiques comparables. Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'un catalogue d'indicateurs (ATF 141 V 281 consid. 4). Le Tribunal fédéral a ensuite étendu ce nouveau schéma d'évaluation aux autres affections psychiques (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références). Aussi, le caractère invalidant d'atteintes à la santé psychique doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance du trouble psychique à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 143 V 409 consid. 4.4; arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2019 du 17 mars 2020 consid. 3 et les références).

Le Tribunal fédéral a en revanche maintenu, voire renforcé la portée des motifs d'exclusion définis dans l'ATF 131 V 49, aux termes desquels il y a lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble au sens de la classification sont réalisées. Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psycho-social intact (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1 et 2.2.2; ATF 132 V 65 consid. 4.2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_16/2016 du 14 juin 2016 consid. 3.2).

c. L'organe chargé de l'application du droit doit, avant de procéder à l'examen des indicateurs, analyser si les troubles psychiques dûment diagnostiqués conduisent à la constatation d'une atteinte à la santé importante et pertinente en droit de l'assurance-invalidité, c'est-à-dire qui résiste aux motifs dits d'exclusion tels qu'une exagération ou d'autres manifestations d'un profit secondaire tiré de la maladie (cf. ATF 141 V 281 consid. 2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_756/2018 du 17 avril 2019 5.2.2 et la référence).

d. Pour des motifs de proportionnalité, on peut renoncer à une appréciation selon la grille d'évaluation normative et structurée si elle n'est pas nécessaire ou si elle est inappropriée. Il en va ainsi notamment lorsqu'il n'existe aucun indice en faveur d'une incapacité de travail durable ou lorsque l'incapacité de travail est niée sous l'angle psychique sur la base d'un rapport probant établi par un médecin spécialisé et que d'éventuelles appréciations contraires n'ont pas de valeur probante du fait qu'elles proviennent de médecins n'ayant pas une qualification spécialisée ou pour d'autres raisons (arrêt du Tribunal fédéral 9C_101/2019 du 12 juillet 2019 consid. 4.3 et la référence ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_724/2018 du 11 juillet 2019 consid. 7). En l'absence d'un diagnostic psychiatrique, une telle appréciation n'a pas non plus à être effectuée (arrêt du Tribunal fédéral 9C_176/2018 du 16 août 2018 consid. 3.2.2).

8. Selon la jurisprudence, en cas de troubles psychiques, la capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant d'évaluer globalement, sur une base individuelle, les capacités fonctionnelles effectives de la personne concernée, en tenant compte, d'une part, des facteurs contraignants extérieurs incapacitants et, d'autre part, des potentiels de compensation (ressources) (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). L'accent doit ainsi être mis sur les ressources qui peuvent compenser le poids de la douleur et favoriser la capacité d'exécuter une tâche ou

une action (arrêt du Tribunal fédéral 9C_111/2016 du 19 juillet 2016 consid. 7 et la référence).

Il y a lieu de se fonder sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4).

Ces indicateurs sont classés comme suit :

I. Catégorie « degré de gravité fonctionnelle »

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

A. Axe « atteinte à la santé »

1. Caractère prononcé des éléments et des symptômes pertinents pour le diagnostic

Les constatations relatives aux manifestations concrètes de l'atteinte à la santé diagnostiquée permettent de distinguer les limitations fonctionnelles causées par cette atteinte de celles dues à des facteurs non assurés. Le point de départ est le degré de gravité minimal inhérent au diagnostic. Il doit être rendu vraisemblable compte tenu de l'étiologie et de la pathogenèse de la pathologie déterminante pour le diagnostic (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.1).

L'influence d'une atteinte à la santé sur la capacité de travail est davantage déterminante que sa qualification en matière d'assurance-invalidité (ATF 142 V 106 consid. 4.4). Diagnostiquer une atteinte à la santé, soit identifier une maladie d'après ses symptômes, équivaut à l'appréciation d'une situation médicale déterminée qui, selon les médecins consultés, peut aboutir à des résultats différents en raison précisément de la marge d'appréciation inhérente à la science médicale (ATF 145 V 361 consid. 4.1.2 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_212/2020 du 4 septembre 2020 consid. 4.2 et 9C_762/2019 du 16 juin 2020 consid. 5.2).

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

Le déroulement et l'issue d'un traitement médical sont en règle générale aussi d'importants indicateurs concernant le degré de gravité du trouble psychique évalué. Il en va de même du déroulement et de l'issue d'une mesure de réadaptation professionnelle. Ainsi, l'échec définitif d'une thérapie médicalement indiquée et réalisée selon les règles de l'art de même que l'échec d'une mesure de réadaptation - malgré une coopération optimale de l'assuré - sont en principe considérés comme des indices sérieux d'une atteinte invalidante à la santé. A l'inverse, le défaut de coopération optimale conduit plutôt à nier le caractère invalidant du trouble en question. Le résultat de l'appréciation dépend toutefois de l'ensemble des circonstances individuelles du cas d'espèce (arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.2.1.3 et la référence).

3. Comorbidités

La présence de comorbidités ou troubles concomitants est un indicateur à prendre en considération en relation avec le degré de gravité fonctionnel (arrêt du Tribunal fédéral 9C_650/2019 du 11 mai 2020 consid. 3.3 et la référence). On ne saurait toutefois inférer la réalisation concrète de l'indicateur "comorbidité" et, partant, un indice suggérant la gravité et le caractère invalidant de l'atteinte à la santé, de la seule existence de maladies psychiatriques et somatiques concomitantes. Encore faut-il examiner si l'interaction de ces troubles ayant valeur de maladie prive l'assuré de certaines ressources (arrêt du Tribunal fédéral 9C_756/2018 du 17 avril 2019 consid. 5.2.3 et le référence). Il est nécessaire de procéder à une approche globale de l'influence du trouble avec l'ensemble des pathologies concomitantes. Une atteinte qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidante en tant que telle (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.2; arrêt du Tribunal fédéral 9C_98/2010 du 28 avril 2010 consid. 2.2.2, in : RSAS 2011 IV n° 17, p. 44) n'est pas une comorbidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1040/2010 du 6 juin 2011 consid. 3.4.2.1, in : RSAS 2012 IV n° 1, p. 1) mais doit à la rigueur être prise en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité (ATF 141 V 281 consid. 4.3.2). Ainsi, un trouble dépressif réactionnel au trouble somatoforme ne perd pas toute signification en tant que facteur d'affaiblissement potentiel des ressources, mais doit être pris en considération dans l'approche globale (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.3).

Même si un trouble psychique, pris séparément, n'est pas invalidant en application de la nouvelle jurisprudence, il doit être pris en considération dans l'appréciation globale de la capacité de travail, qui tient compte des effets réciproques des différentes atteintes. Ainsi, une dysthymie, prise séparément, n'est pas invalidante, mais peut l'être lorsqu'elle est accompagnée d'un trouble de la personnalité notable. Par conséquent, indépendamment de leurs diagnostics, les troubles psychiques entrent déjà en considération en tant que comorbidité importante du point de vue juridique si, dans le cas concret, on doit leur attribuer un effet limitatif sur les ressources (ATF 143 V 418 consid. 8.1).

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

Le « complexe personnalité » englobe, à côté des formes classiques du diagnostic de la personnalité qui vise à saisir la structure et les troubles de la personnalité, le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du moi » qui désignent des capacités inhérentes à la personnalité, permettant des déductions sur la gravité de l'atteinte à la santé et de la capacité de travail (par exemple : auto-perception et perception d'autrui, contrôle de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation; cf. ATF 141 V 281 consid. 4.3.2). Etant donné que l'évaluation de la personnalité est davantage dépendante de la perception du médecin examinateur que l'analyse d'autres indicateurs, les exigences de motivation sont plus élevées (ATF 141 V 281 consid. 4.3.2).

Le Tribunal fédéral a estimé qu'un assuré présentait des ressources personnelles et adaptatives suffisantes, au vu notamment de la description positive qu'il avait

donnée de sa personnalité, sans diminution de l'estime ou de la confiance en soi et sans peur de l'avenir (arrêt du Tribunal fédéral 8C_584/2016 du 30 juin 2017 consid. 5.2).

C. Axe « contexte social »

Si des difficultés sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles continuent à ne pas être prises en considération. En revanche, le contexte de vie de l'assuré peut lui procurer des ressources mobilisables, par exemple par le biais de son réseau social. Il faut toujours s'assurer qu'une incapacité de travail pour des raisons de santé ne se confond pas avec le chômage non assuré ou avec d'autres difficultés de vie (ATF 141 V 281 consid. 4.3.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_756/2018 du 17 avril 2019 consid. 5.2.3).

Lors de l'examen des ressources que peut procurer le contexte social et familial pour surmonter l'atteinte à la santé ou ses effets, il y a lieu de tenir compte notamment de l'existence d'une structure quotidienne et d'un cercle de proches […]. Le contexte familial est susceptible de fournir des ressources à la personne assurée pour surmonter son atteinte à la santé ou les effets de cette dernière sur sa capacité de travail, nonobstant le fait que son attitude peut rendre plus difficile les relations interfamiliales (arrêt du Tribunal fédéral 9C_717/2019 du 30 septembre 2020 consid. 6.2.5.3). Toutefois, des ressources préservées ne sauraient être inférées de relations maintenues avec certains membres de la famille dont la personne assurée est dépendante (arrêt du Tribunal fédéral 9C_55/2020 du 22 octobre 2020 consid. 5.2).

II. Catégorie « cohérence »

Il convient ensuite d'examiner si les conséquences qui sont tirées de l'analyse des indicateurs de la catégorie « degré de gravité fonctionnel » résistent à l'examen sous l'angle de la catégorie « cohérence ». Cette seconde catégorie comprend les indicateurs liés au comportement de l'assuré (ATF 141 V 281 consid. 4.4). A ce titre, il convient notamment d'examiner si les limitations fonctionnelles se manifestent de la même manière dans la vie professionnelle et dans la vie privée, de comparer les niveaux d'activité sociale avant et après l'atteinte à la santé ou d'analyser la mesure dans laquelle les traitements et les mesures de réadaptation sont mis à profit ou négligés. Dans ce contexte, un comportement incohérent est un indice que les limitations évoquées seraient dues à d'autres raisons qu'une atteinte à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.3).

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

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

capacité à les mobiliser. Dans la mesure du possible, il convient de comparer le niveau d'activité sociale de l'assuré avant et après la survenance de l'atteinte à la santé (ATF 141 V 281 consid. 4.4.1).

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

L'interruption de toute thérapie médicalement indiquée sur le plan psychique et le refus de participer à des mesures de réadaptation d'ordre professionnel sont des indices importants que l'assuré ne présente pas une évolution consolidée de la douleur et que les limitations invoquées sont dues à d'autres motifs qu'à son atteinte à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 9C_569/2017 du 18 juillet 2018 consid. 5.5.2).

La prise en compte d'options thérapeutiques, autrement dit la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, permet d'évaluer le poids effectif des souffrances. Tel n'est toutefois pas le cas lorsque le comportement est influencé par la procédure assécurologique en cours. Il ne faut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsque le refus ou la mauvaise acceptation du traitement recommandé est la conséquence d'une incapacité (inévitable) de l'assuré à reconnaître sa maladie (anosognosie). Les mêmes principes s'appliquent pour les mesures de réadaptation. Un comportement incohérent de l'assuré est là aussi un indice que la limitation fonctionnelle est due à d'autres raisons qu'à l'atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4.2).

9. 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. 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).

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

Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter

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).

c. 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).

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

sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

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

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).

    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).

11. En l'occurrence, l'expertise pluridisciplinaire de la PMU du 22 octobre 2019 a conclu à une capacité de travail totale du recourant dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles somatiques.

Le recourant admet les conclusions de l'expertise ophtalmologique et conteste principalement celles de l'expertise psychiatrique (procès-verbal d'audience du 25 janvier 2021).

A cet égard, l'expert psychiatre a conclu à des diagnostics de majoration des symptômes pour raison psychologique et épisode dépressif léger avec une capacité de travail totale.

Le Dr S_____, dans ses avis des 25 mai 2020 et 16 février 2021, a décrit une dépression réactive à la perte de la fonction visuelle du recourant et de l'estime de lui-même, avec perte de toute confiance et état dépressif ; quant à ceux de la Dresse J_____, des 26 février 2016 et 20 mai 2020, ils ont relevé que le recourant était épuisé, avec des manifestations dépressives récurrentes de gravité moyenne à sévère et une personnalité anxieuse brutalement et totalement déstabilisée par la baisse visuelle et les autres problèmes somatiques, sans moyen pour remonter la pente, entraînant une incapacité de travail totale. Au demeurant, ces avis mentionnent un état psychiatrique du recourant d'une sévérité beaucoup plus importante que celle relevée par l'expert et congruent à la journée-type du recourant, retranscrite par l'expert lui-même (expertise p. 3).

Dans ces conditions, une pleine valeur probante ne peut être reconnue au volet psychiatrique de l'expertise de la PMU.

Partant, une expertise judiciaire s'avère nécessaire et sera confiée au docteur U_____, FMH psychiatrie et psychothérapie.

Au surplus, la question proposée par l'intimé sera ajoutée à la mission d'expertise (point 10.5).

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant préparatoirement

I. Ordonne une expertise psychiatrique de Monsieur A_____.

Commet à ces fins le docteur U_____ FMH en psychiatrie et psychothérapie, Centre d'Expertise Médicale Lancy, 59c route de Chancy, 1213 Petit-Lancy. Dit que la mission d'expertise sera la suivante :

A. Prendre connaissance du dossier de la cause.
B. Si nécessaire, prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité la personne expertisée, en particulier les docteurs S_____ et J_____.
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 (avec la description d'une journée-type)

2. Plaintes de la personne expertisée

3. Status clinique et constatations objectives

4. Diagnostics (selon un système de classification reconnu)

Précisez quels critères de classification sont remplis et de quelle manière (notamment l'étiologie et la pathogénèse).

4.1 Avec répercussion sur la capacité de travail

4.1.1 Dates d'apparition

4.2 Sans répercussion sur la capacité de travail

4.2.1 Dates d'apparition

4.3 Quel est le degré de gravité de chacun des troubles diagnostiqués (faible, moyen, grave) ?

4.4 Dans quelle mesure les atteintes diagnostiquées limitent-elles les fonctions nécessaires à la gestion du quotidien ? (N'inclure que les déficits fonctionnels émanant des observations qui ont été déterminantes pour le diagnostic de l'atteinte à la santé, en confirmant ou en rejetant des limitations fonctionnelles alléguées par la personne expertisée).

4.5 Y a-t-il exagération des symptômes ou constellation semblable (discordance substantielle entre les douleurs décrites et le

comportement observé ou l'anamnèse, allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, absence de demande de soins médicaux, plaintes très démonstratives laissant insensible l'expert, allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) ?

4.6 Dans l'affirmative, considérez-vous que cela suffise à exclure une atteinte à la santé significative ?

5. Limitations fonctionnelles

5.1. Indiquer les limitations fonctionnelles en relation avec chaque diagnostic

5.1.1 Dates 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 ? En d'autre termes, les limitations du niveau d'activité sont-elles uniformes dans tous les domaines (professionnel, personnel) ?

6.4 Quels sont les niveaux d'activité sociale et d'activités de la vie quotidienne (dont les tâches ménagères) et comment ont-ils évolué depuis la survenance de l'atteinte à la santé ?

6.5 Dans l'ensemble, le comportement de la personne expertisée vous semble-t-il cohérent et pourquoi ?

7. Personnalité

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

7.2 Est-ce que la personne expertisée présente des traits de la 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 et familial. En particulier, la personne expertisée peut-elle compter sur le soutien de ses proches ?

9. Capacité de travail

9.1 Dater la survenance de l'incapacité de travail durable dans l'activité habituelle pour chaque diagnostic, indiquer son taux pour chaque diagnostic et détailler l'évolution de ce taux pour chaque diagnostic.

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, quel est le domaine d'activité lucrative adaptée ? A quel taux ? Depuis quelle date ?

9.3.3 Dire s'il y a une diminution de rendement et la chiffrer.

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

9.4 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 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 ?

10.3 En cas de refus ou mauvaise acceptation d'une thérapie, cette attitude doit-elle être attribuée à une incapacité de la personne expertisée à reconnaître sa maladie ?

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

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

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

11.1 Êtes-vous d'accord avec l'avis du Dr P_____ (expertise de la PMU du 22 octobre 2019) ? En particulier avec les diagnostics posés et l'estimation d'une capacité de travail totale, avec le constat que l'inactivité est liée à une majoration des symptômes pour des raisons psychiatriques ? Si non, pourquoi ?

11.2 Êtes-vous d'accord avec l'avis de la Dr J_____ du 20 mai 2020 ? En particulier avec les diagnostics posés, les limitations fonctionnelles constatées et l'estimation d'une capacité de travail nulle ? Si non, pourquoi ?

11.3 Êtes-vous d'accord avec l'avis du Dr S_____ du 16 février 2021 ? En particulier avec la présence d'une dépression réactive à la perte de la fonction visuelle et de l'estime de soi et une inaptitude à toute réintégration professionnelle ? 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. Invite l'expert à déposer, **dans les meilleurs délais**, son rapport en trois exemplaires auprès de la chambre de céans.

III. Réserve le fond ainsi que 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