RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3234/2020 **ATAS/671/2022**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Ordonnance d'expertise du 22 juillet 2022

1ère Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Florian BAIER — recourant

contre

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

Siégeant : Fabienne MICHON RIEBEN, Présidente.

EN FAIT

A. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant) est né en 1961. Il est donc âgé de 60 ans. D'origine sri-lankaise, il a vécu en Suisse depuis ses 26 ans. Il a toujours travaillé dans la restauration. Son dernier employeur a été la société B_____ pour laquelle il a travaillé à 100 % jusqu'au 31 mai 2015, date de la fin des rapports de travail en raison de ses nombreuses incapacités de travail et de la fin de son délai de protection. Son salaire mensuel s'élevait en 2015 à CHF 4'040.- (versé treize fois par an). Suite à la fin des rapports de travail, l'assuré a touché des indemnités journalières de l'assureur perte de gain maladie qui lui a reconnu une incapacité totale de travailler jusqu'au 15 avril 2016, puis à hauteur de 50 % dès le 16 avril 2016 et jusqu'à épuisement des indemnités journalières. Depuis lors, l'assuré est au bénéfice de prestations financières de l'Hospice général.

B. **a.** Le 12 juin 2015, il a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé), dans laquelle il a indiqué souffrir de vertiges et tremblements. Dans le cadre de la détection précoce, il a précisé être victime de trois malaises par jour, avec perte de connaissance.

b. Plusieurs rapports médicaux ont été communiqués à l'OAI.

Le 27 novembre 2015, les docteurs C_____ et D_____, médecins internistes auprès du service médical de premier recours des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : SMPR), ont transmis un rapport à l'OAI. Ils y ont retenu les diagnostics avec incidence sur la capacité de travail de vertiges d'étiologie indéterminée, présents depuis 2006, de tremblements des membres supérieurs d'étiologie indéterminée, présents depuis 2011, ainsi que de dépendance à l'alcool et aux benzodiazépines, présente en tout cas depuis 2003. L'assuré, qui était traité par le SMPR depuis le 18 décembre 2014, était connu de longue date pour une dépendance à l'alcool avec sevrages en 2003, 2010, 2012, 2014, ainsi que mars 2015. À la période de l'établissement du rapport, il était abstinent. Depuis 2006, il a présenté des vertiges en augmentation progressive, lesquels étaient désormais devenus constants. Depuis 2011, étaient également apparus des tremblements des membres supérieurs qui avaient conduit parfois à des lâchages d'objets. Ces symptômes avaient persisté malgré le sevrage d'alcool. Le traitement d'un éventuel syndrome de tachycardie orthostatique posturale s'était soldé par un échec et il n'y avait pas eu d'amélioration des vertiges sous traitement d'un trouble dépressif. À cet égard, l'assuré a présenté des symptômes de longue durée, sans étiologie clairement identifiée. Plusieurs traitements ayant échoué, les chances d'amélioration paraissaient très faibles. Au moment de l'établissement du rapport, le traitement consistait en un suivi mensuel en médecine de premiers recours pour un sevrage d'alcool, le suivi spécialisé ayant été stoppé pour des raisons financières. Un travail précis des mains était impossible et l'assuré

souffrait d'une sensation vertigineuse permanente. L'activité exercée n'était plus exigible et le rendement était réduit en raison des vertiges permanents et d'une manipulation des outils difficile, respectivement imprécise. Une activité adaptée, exercée en position assise, sans travail de précision des mains, ni longues marches, ni montées d'échelles, était probablement possible à temps partiel.

Dans un rapport médical du 16 décembre 2015 adressé à l'OAI, le docteur E_____, spécialiste FMH en médecine interne et médecin-répondant de la clinique F_____ a retenu les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent d'intensité moyenne (F 33.1) évoluant depuis 2012, de syndrome de dépendance à l'alcool, en rémission récente, évoluant depuis 2004 (F 10.200) et de syndrome de dépendance aux benzodiazépines, en cours de sevrage, évoluant depuis 2012 (F 13.201). Sans effet sur la capacité de travail, il a diagnostiqué un syndrome vertigineux et une polynévrite carentielle marquée aux quatre membres, évoluant depuis 2012, ainsi que des gastralgies et un reflux gastro-œsophagien, majorés par les alcoolisations. La dépendance à l'alcool avait évolué depuis une vingtaine d'années, avec une déchéance affective, professionnelle et sociale importante. L'assuré avait effectué un premier sevrage aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) en été 2013. Après une période de six mois d'abstinence, il avait rechuté et entamé un suivi à la consultation d'addictologie des HUG. Dès l'admission, il avait subi une désintoxication à l'alcool, sous fortes doses dégressives d'oxazépam, d'hydratation et de vitaminothérapie, conjointement à l'introduction d'un traitement antidépresseur et d'un aversif à l'alcool. Bien que le séjour se soit limité au seul sevrage physique d'alcool – car l'assuré ne parlait presque pas le français et n'avait pas pu participer aux groupes thérapeutiques –, des entretiens psychologiques individuels avaient permis de mettre en évidence des facteurs incitateurs, tels qu'un énorme isolement social, une séparation familiale et une absence d'intégration, même au sein de sa propre communauté. Le pronostic était favorable, si l'assuré observait une abstinence complète d'alcool et poursuivait son suivi aux HUG. Les restrictions étaient d'origine purement psychiatrique, en relation avec l'état dépressif et les dépendances. La capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle du 13 janvier jusqu'au 2 mars 2015 en tout cas. Le Dr E_____ ne pouvait pas se prononcer pour la période postérieure, n'ayant plus vu l'assuré depuis lors, celui-ci étant désormais suivi par le SMPR. Il a joint à son envoi :

- un rapport de séjour du 23 février 2015 établi par lui-même à l'attention du SMPR suite à une hospitalisation à la clinique F_____ en vue d'un sevrage d'alcool et de substances, d'une stabilisation psychiatrique et médicamenteuse et de la mise en œuvre d'une psychothérapie individuelle et en groupe selon le programme cognitivo-comportemental de la clinique. Le Dr E_____ y a fait état d'un trouble dépressif récurrent d'intensité moyenne, d'un syndrome de dépendance à l'alcool et d'un syndrome de

dépendance aux benzodiazépines, d'un syndrome vertigineux et d'une polynévrite carentielle marquée aux quatre membres ;

- et une lettre de sortie du 24 mars 2015 du service de médecine interne de réhabilitation des HUG relative à un séjour de l'assuré du 4 au 24 mars 2015 pour un sevrage d'alcool et de benzodiazépines. La doctoresse G_____, cheffe de clinique et auteure du rapport, a retenu les diagnostics de syndrome anxieux, de suspicion de syndrome de tachycardie orthostatique posturale, de syndrome vertigineux et de gonalgie gauche. Les divers bilans réalisés permettaient de conclure que les différents symptômes que présentait l'assuré étaient associés au sevrage d'alcool et des benzodiazépines.

Le 15 janvier 2016, la doctoresse H_____, médecin interne auprès du SMPR, a adressé un rapport à l'assureur perte de gain maladie. Elle a posé les diagnostics de syndrome de tachycardie orthostatique postural (ci-après : STOP) possible, une lithiase vésiculaire symptomatique, une dépendance à l'alcool et une dépendance aux benzodiazépines. La durée de l'incapacité de travail, évaluée comme complète par le SMPR s'expliquait au premier plan par le problème addictologique. Le syndrome STOP suspecté avait également pu jouer un rôle.

Dans un rapport du 9 mars 2016 établi sur demande et à l'attention de l'assureur perte de gain en cas de maladie, le docteur I_____, spécialiste FMH en médecine interne générale, a relevé que l'assuré lui avait indiqué ne plus boire depuis trois mois mais continuer à prendre de l'Anxiolit. Il a considéré que la capacité de travail de l'assuré devait pouvoir atteindre 50 % dans son activité habituelle dès le milieu ou la fin du mois de mars 2016.

Le 1er avril 2016, la Dresse H_____ a retourné à l'OAI un rapport médical où elle a diagnostiqué notamment un trouble anxieux dépressif mixte (F41.2), ainsi qu'un éthylisme chronique (sevré depuis trois mois). Au titre de limitations fonctionnelles, elle a indiqué l'impossibilité de rester debout en raison de vertiges au lever. La capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle depuis 2011 et pour une durée indéterminée. Seule pouvait être envisagée une activité assise, sans besoin de se déplacer, de se pencher, ni de porter quoi que ce soit. La capacité d'adaptation était en outre limitée et des nouvelles mesures médicales ne semblaient pas en mesure de réduire les limitations fonctionnelles.

Dans un préavis du 31 août 2016, le docteur J_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et médecin-conseil de l'Office cantonal de l'emploi (ci-après : OCE) a estimé que l'assuré pouvait effectuer à 30-50 % une activité exercée seulement en position assise. Il a préconisé en outre une réorientation professionnelle par l'assurance-invalidité. Sur le plan psychiatrique, hormis une anxiété plus ou moins soignée, il n'y avait pas d'autre pathologie évidente. Les forts vertiges en position debout, qui limitaient les déplacements, constituaient le problème majeur.

Le 23 mars 2017, la doctoresse K_____, cheffe de clinique au SMPR, a adressé un nouveau rapport médical à l'OAI. Elle a estimé qu'un travail à 50 % dans une activité adaptée, exercée essentiellement en position assise, sans port de charges, ni déplacements intempestifs afin de minimiser les risques de chute, pourrait convenir à l'assuré.

c. Par avis médical du 10 août 2017 à l'attention de l'OAI, la doctoresse L_____ du service médical de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a proposé qu'il soit procédé à une expertise psychiatrique, du fait notamment que « sur le plan psychiatrique, un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen est retenu depuis 2004. L'assuré présente également un syndrome de dépendance aux benzodiazépines depuis 2012 ».

d. L'OAI a diligenté une expertise psychiatrique auprès du docteur M_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.

e. Dans son rapport rendu le 15 mars 2018, le Dr M_____ a retenu les diagnostics sans effet sur la capacité de travail suivants : trouble dépressif récurrent (diagnostic différentiel : trouble dépressif léger induit par la consommation d'alcool) ; trouble de l'usage de l'alcool et des benzodiazépines léger à moyen, utilisation continue ; vertiges d'origine indéterminée, éventuellement avec une composante anxieuse. Selon l'expert, dans une activité peu qualifiée, la capacité de travail était entière. La diminution des capacités fonctionnelles était secondaire aux vertiges allégués et certainement à l'éthylisme. Il existait également de nombreux facteurs sortant du champ médical, tels l'absence d'intégration socioculturelle, l'âge, les compétences professionnelles limitées et la situation économique. D'un point de vue psychiatrique, sa capacité de travail devait être considérée comme entière, si l'on excluait la dépendance éthylique.

C. **a.** Par décision du 16 août 2018, l'OAI a refusé toute prestation à l'assuré : il n'y avait pas de maladie justifiant une diminution de la capacité de travail de longue durée, ni « empêchements dans le ménage ». Par conséquent, l'atteinte à la santé de l'assuré ne constituait pas une invalidité au sens de la loi.

b. Saisie d'un recours, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : CJCAS), par arrêt du 19 mars 2019, a annulé cette décision et renvoyé la cause à l'OAI pour mise en place d'une expertise médicale indépendante comprenant des volets psychiatriques, cardiologiques et neurologiques. Elle a considéré en substance que compte tenu de son caractère lacunaire et des doutes affectant ses conclusions, on ne pouvait reconnaître à l'expertise psychiatrique du Dr M_____ une pleine valeur probante. À cela s'ajoutait que les atteintes ressortant du dossier ne relevaient pas uniquement de la psychiatrie, mais aussi de la cardiologie et de la neurologie.

D. Le mandat d'expertise, comportant les volets neurologique, cardiologique, psychiatrique et en médecine interne, a été confié à N_____.

Le rapport d'expertise a été rendu le 23 juin 2020. Y sont retenus les diagnostics de :

- sensations vertigineuses non réellement systématisées, d'origine indéterminée (R42) ;
- trouble mental lié à la consommation d'alcool en utilisation continue (F10.1) ;
- status après probable crise épileptique dans le cadre du sevrage éthylique (F10.31) ;
- et status post-ischémie subaiguë du membre inférieur droit sur sub-occlusion de l'artère iliaque externe proximale, traitée par angioplastie et stenting le 30 novembre 2018 (I74.3).

De manière consensuelle, les experts ont considéré que seul le diagnostic de « status après probable crise épileptique » avait une incidence sur les capacités fonctionnelles de l'assuré en ce sens qu'il n'était « pas compatible avec la conduite de véhicules, les travaux en hauteur ou avec des machines dangereuses ». Une activité ne mettant pas l'assuré en contact direct avec un débit d'alcool devait en outre être privilégiée au vu du problème de consommation éthylique. La capacité de travail de l'expertisé comme employé polyvalent dans la restauration était entière depuis toujours (sous réserve de deux mois d'incapacité de travail en novembre et décembre 2018 du fait de l'intervention chirurgicale relative à l'artériopathie). Il en allait de même de sa capacité de travail dans toute autre activité prenant en compte les limitations fonctionnelles précitées.

L'expertise n'a pas retenu de trouble de l'humeur « en l'absence d'une altération de l'humeur au moment de l'examen » par l'expert psychiatre.

Concernant les aspects liés à la personnalité de l'assuré et à ses ressources, l'évaluation consensuelle faisait état d'un enfermement progressif, depuis 2006, dans une attitude de repli et de passivité peu propice à une réinsertion. Les ressources semblaient limitées, l'assuré s'étant enlisé dans un vécu de maladie grave entraînant un déconditionnement et un manque de motivation. La faible maîtrise du français était un obstacle en plus sur le chemin d'une éventuelle réinsertion. La vie de couple était convenable et l'assuré était bien entouré et soutenu par son épouse et ses deux filles majeures. Son réseau se résumait à quatre ou cinq personnes qu'il voyait rarement et ses activités sociales étaient limitées. Il n'était pas constaté de trouble de la personnalité pouvant avoir une incidence sur la capacité de travail. Globalement, l'assuré s'était montré cohérent et collaborant. Ses limitations s'exprimaient de manière uniforme dans tous les domaines comparables de la vie et les thérapies et traitements correspondant aux symptômes exposés avaient été bien suivis. Les experts ne constataient pas non plus d'informations divergentes ressortant du dossier ou des appréciations spécialisées antérieures.

E. Dans son rapport final du 2 juillet 2020, le SMR a estimé que l'expertise était convaincante. Il a considéré qu'il n'existait pas d'atteinte à la santé incapacitante et que la capacité de travail était entière dans l'activité habituelle et dans toute activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues par les experts.

F. Par projet du 3 juillet 2020, confirmé par décision du 14 septembre 2020, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré en l'absence d'atteinte incapacitante. Des mesures professionnelles n'étaient pas non plus indiquées et ne se justifiaient pas.

G. **a.** Par recours adressé à la CJCAS le 15 octobre 2020 et complété le 9 décembre 2020, l'assuré s'est opposé à la décision du 14 septembre 2020 et a sollicité l'octroi d'une rente d'invalidité, ainsi que la mise en place, à titre complémentaire, de mesures de réadaptation professionnelle.

Il a reproché en substance à l'expertise de retenir une pleine capacité de travail dans son activité habituelle d'employé polyvalent dans la restauration tout en admettant le diagnostic de « sensations vertigineuses non réellement systématisées d'origine indéterminée ». Or, ce diagnostic s'exprimait chez lui par des vertiges, malaises, tremblements des membres supérieurs, ainsi que des fourmillements, et s'est matérialisé par des pertes d'équilibre et à plusieurs reprises des chutes. Il était manifestement incompatible avec l'activité habituelle. Le bon sens impliquait donc qu'il fût retenu qu'il était bien inapte à toute activité dans la restauration.

Pour le surplus, il n'existait pas non plus d'autre activité adaptée à ses limitations dans la mesure où, en raison de ses vertiges, tremblements et migraines, il devait passer l'essentiel de son temps en position couchée, ce qui était incompatible avec un quelconque emploi. Le recourant ne pouvait plus effectuer la moindre tâche ménagère depuis 2015, Le recourant soulignait n'avoir probablement pas mis cet aspect suffisamment en avant lors de l'expertise pour des raisons culturelles et peut-être linguistiques.

b. L'OAI a répondu le 14 janvier 2021. Il a maintenu sa décision, indiquant en substance qu'elle se fondait sur l'expertise N_____ qui répondait aux critères jurisprudentiels et devait être considérée comme convaincante.

c. Par réplique du 2 février 2021, l'assuré a persisté dans les termes et conclusions de son recours.

d. Par duplique du 23 février 2021, l'OAI a également persisté dans sa décision.

e. La CJCAS a informé les parties, par courrier du 22 décembre 2021, de son intention de mettre en œuvre une expertise judiciaire cardiologique, neurologique, psychiatrique et en médecine interne et leur a communiqué les questions qu'elle avait l'intention de poser aux experts, tout en leur impartissant un délai pour compléter celles-ci et faire valoir une éventuelle cause de récusation envers les experts pressentis, soit la doctoresse O_____, spécialiste FMH en cardiologie aux HUG, la doctoresse P_____, spécialiste FMH en neurologie aux HUG, la

doctoresse Q_____, spécialiste FMH en psychiatrie et le centre médical V_____ pour un médecin généraliste.

f. Les parties se sont déterminées et ont indiqué n'avoir aucune question supplémentaire à poser, ni aucun motif de récusation des experts à faire valoir.

g. Par courrier du 13 mai 2022, les parties ont été informées que les experts pressentis avaient dû être modifiés, l'expertise pluridisciplinaire allant être confiée à la docteure R_____, spécialiste en médecine interne, au professeur S_____, spécialiste en cardiologie, au docteur T_____, spécialiste en neurologie, et au docteur U_____, spécialiste en psychiatrie, au sein du bureau d'expertise W_____ à X_____ et leur a communiqué les questions qu'elle avait l'intention de poser aux experts, tout en leur impartissant un délai pour compléter celles-ci et faire valoir une éventuelle cause de récusation envers lesdits experts pressentis.

h. Les parties se sont déterminées et n'ont pas fait valoir de motif de récusation à l'encontre desdits experts. L'OAI a en revanche sollicité qu'une question supplémentaire soit intégrée dans la mission d'expertise. Celle-ci a dès lors été complétée en ce sens.

EN DROIT

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

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

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

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. 82a LPGA ; RO 2020 5137 ; FF 2018 1597 ; erratum de la Commission de rédaction de l'Assemblée fédérale du 19 mai 2021, publié le 18 juin 2021 in RO 2021 358).

4. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable.

5. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente.

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. 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).

8. 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).

9. 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. À 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 les références). 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). Étant 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). À 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).

10. Selon la jurisprudence applicable jusqu'ici, un syndrome de dépendance primaire à des substances psychotropes (dont l'alcool) ne pouvait conduire à une invalidité au sens de la loi que s'il engendrait une maladie ou occasionnait un accident ou s'il résultait lui-même d'une atteinte à la santé physique ou psychique ayant valeur de maladie. Cette jurisprudence reposait sur la prémisse que la personne souffrant de dépendance avait provoqué elle-même fautivement cet état et qu'elle aurait pu, en faisant preuve de diligence, se rendre compte suffisamment tôt des conséquences néfastes de son addiction et effectuer un sevrage ou à tout le moins entreprendre une thérapie (cf. notamment ATF 124 V 265 consid. 3c).

Dans un arrêt du 11 juillet 2019 (ATF 145 V 215), le Tribunal fédéral est parvenu à la conclusion que sa pratique en matière de syndrome de dépendance ne peut plus être maintenue. D'un point de vue médical, les syndromes de dépendance et les troubles liés à la consommation de substances diagnostiqués lege artis par un spécialiste doivent également être considérés comme des atteintes (psychiques) à la santé significatives au sens du droit de l'assurance-invalidité (consid. 5.3.3 et 6).

Le caractère primaire ou secondaire d'un trouble de la dépendance n'est plus décisif pour en nier d'emblée toute pertinence sous l'angle du droit de l'assurance-invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.1.1). Par conséquent, il s'agit, comme pour tous les autres troubles psychiques, de déterminer selon une grille d'évaluation normative et structurée (à cet égard, ATF 141 V 281) si, et le cas échéant, dans quelle mesure un syndrome de dépendance diagnostiqué par un spécialiste influence dans le cas concret la capacité de travail de l'assuré. La gravité de la dépendance dans un cas particulier peut et doit être prise en compte dans la procédure de preuve structurée (ATF 145 V 215 consid. 6.3). Ceci est d'autant plus important que dans le cas des troubles de la dépendance – comme dans celui d'autres troubles psychiques – il y a souvent un mélange de troubles ayant valeur de maladie ainsi que de facteurs psychosociaux et socio-culturels. L'obligation de diminuer le dommage (art. 7 LAI) s'applique également en cas de syndrome de dépendance, de sorte que l'assuré peut être tenu de participer activement à un traitement médical raisonnablement exigible (art. 7 al. 2 let. d LAI). S'il ne respecte pas son obligation de diminuer le dommage, mais qu'il maintient délibérément son état pathologique, l'art. 7b al. 1 LAI en liaison avec l'art. 21 al. 4 LPGA permet le refus ou la réduction des prestations (consid 5.3.1).

11. Selon la jurisprudence rendue jusque-là à propos des dépressions légères à moyennes, les maladies en question n'étaient considérées comme invalidantes que lorsqu'on pouvait apporter la preuve qu'elles étaient « résistantes à la thérapie » (ATF 140 V 193 consid 3.3 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_841/2016 du 8 février 2017 consid. 3.1 et 9C_13/2016 du 14 avril 2016 consid. 4.2).

Dans l'ATF 143 V 409 consid. 4.2, le Tribunal fédéral a rappelé que le fait qu'une atteinte à la santé psychique puisse être influencée par un traitement ne suffit pas, à lui seul, pour nier le caractère invalidant de celle-ci ; la question déterminante est en effet celle de savoir si la limitation établie médicalement empêche, d'un point de vue objectif, la personne assurée d'effectuer une prestation de travail. À cet égard, toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références). Ainsi, le caractère invalidant des 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_142/2018 du 24 avril 2018 consid. 5.2).

Dans les cas où, au vu du dossier, il est vraisemblable qu'il n'y a qu'un léger trouble dépressif, qui ne peut déjà être considéré comme chronifié et qui n'est pas non plus associé à des comorbidités, aucune procédure de preuve structurée n'est

généralement requise (arrêt du Tribunal fédéral 9C_14/2018 du 12 mars 2018 consid 2.1).

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

12.1 Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1). La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. Dans le cas des maladies psychiques, les indicateurs sont importants pour évaluer la capacité de travail, qui - en tenant compte des facteurs incapacitants externes d'une part et du potentiel de compensation (ressources) d'autre part -, permettent d'estimer la capacité de travail réellement réalisable (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_286/2020 du 6 août 2020 consid. 4 et la référence).

12.2 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). Il faut en outre que le médecin dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêt du Tribunal fédéral 9C_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les références).

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.

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

Le fait qu'une expertise psychiatrique n'a pas été établie selon les nouveaux standards - ou n'en suit pas exactement la structure - ne suffit cependant pas pour lui dénier d'emblée toute valeur probante. En pareille hypothèse, il convient bien plutôt de se demander si, dans le cadre d'un examen global, et en tenant compte des spécificités du cas d'espèce et des griefs soulevés, le fait de se fonder définitivement sur les éléments de preuve existants est conforme au droit fédéral. Il y a lieu d'examiner dans chaque cas si les expertises administratives et/ou les expertises judiciaires recueillies - le cas échéant en les mettant en relation avec d'autres rapports médicaux - permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants. Selon l'étendue de l'instruction déjà mise en œuvre, il peut s'avérer suffisant de requérir un complément d'instruction sur certains points précis (ATF 141 V 281 consid. 8 ; ATF 137 V 210 consid. 6 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_808/2019 du 18 août 2020 consid. 5.2 et 9C_109/2018 du 15 juin 2018 consid. 5.1).

12.4 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).

12.5 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).

12.6 On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinions 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).

13. 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).

14. Le point de départ de l'évaluation prévue pour les troubles somatoformes douloureux (ATF 141 V 281), les troubles dépressifs (ATF 143 V 409), les autres troubles psychiques (ATF 143 V 418) et les troubles mentaux du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives (ATF 145 V 215) est l'ensemble des éléments médicaux et constatations y relatives. Les experts doivent motiver le diagnostic psychique de telle manière que l'organe d'application du droit puisse comprendre non seulement si les critères de classification sont remplis (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1), mais également si la pathologie diagnostiquée présente un degré de gravité susceptible d'occasionner des limitations dans les fonctions de la vie courante (arrêt du Tribunal fédéral 9C_551/2019 du 24 avril 2020 consid. 4.1 et la référence).

14.1 Dans un arrêt de principe du 2 décembre 2019 (ATF 145 V 361), le Tribunal fédéral, à la lumière de l'ATF 141 V 281, a notamment posé une délimitation, entre l'examen (libre), par les autorités chargées de l'application du droit, de l'admission d'une incapacité de travail par l'expert psychiatre, d'une part, et une appréciation juridique parallèle inadmissible, d'autre part.

Selon le Tribunal fédéral, dans tous les cas, l'administration et, en cas de recours, le juge, doivent examiner si et dans quelle mesure les experts ont suffisamment et de manière compréhensible étayé leur évaluation de l'incapacité de travail, en tenant compte des indicateurs pertinents (questions de preuve). À cette fin, les experts doivent établir un lien avec la partie précédente de l'expertise médico-psychiatrique (avec extraits du dossier, anamnèse, constatations, diagnostics, etc.), c'est-à-dire qu'ils doivent se référer en détails aux résultats médico-psychiatriques des examens et explorations cliniques menés dans les règles de l'art qui relèvent de leur compétence. Le médecin doit donc exposer de manière détaillée les raisons médico-psychiatriques pour lesquelles les éléments constatés sont susceptibles de restreindre la capacité fonctionnelle et les ressources psychiques en termes qualitatifs, quantitatifs et temporels (ATF 143 V 418 consid. 6). À titre d'exemple, dans le cadre de troubles dépressifs récurrents de degrés légers à modérés qui sont souvent au premier plan dans l'examen de l'invalidité au sens de l'assurance-invalidité (ci-après : AI), cela signifie qu'il ne suffit pas que l'expert psychiatre déduise directement de l'épisode dépressif diagnostiqué une incapacité de travail, quel qu'en soit le degré ; il doit bien plutôt démontrer si et dans quelle mesure les constatations qu'il a faites (tristesse, désespoir, manque de dynamisme, fatigue, troubles de la concentration et de l'attention, diminution de la capacité d'adaptation, etc.), limitent la capacité

de travail, en tenant compte - à des fins de comparaison, de contrôle et de plausibilité - des autres activités personnelles, familiales et sociales de la personne requérant une rente. Si les experts s'acquittent de cette tâche de manière convaincante, en tenant compte des éléments de preuve établis par l'ATF 141 V 281, l'évaluation des répercussions de l'atteinte psychique sera également valable du point de vue des organes chargés de l'application du droit, que ce soit l'administration ou le juge. À défaut, il se justifie, juridiquement, de s'en écarter (ATF 145 V 361 consid. 4.3 et la référence).

14.2 En ce qui concerne l'évaluation du caractère invalidant des affections psychosomatiques et psychiques, l'appréciation de la capacité de travail par un médecin psychiatre est soumise à un contrôle (libre) des organes chargés de l'application du droit à la lumière de l'ATF 141 V 281 (ATF 145 V 361 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_585/2019 du 3 juin 2020 consid. 2 et les références). Il peut ainsi arriver que les organes d'application du droit se distancient de l'évaluation médicale de la capacité de travail établie par l'expertise sans que celle-ci ne perde sa valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 9C_128/2018 du 17 juillet 2018 consid. 2.2 et les références). Du point de vue juridique, il est même nécessaire de s'écarter de l'appréciation médicale de la capacité de travail si l'évaluation n'est pas suffisamment motivée et compréhensible au vu des indicateurs pertinents, ou n'est pas convaincante du point de vue des éléments de preuve instaurés par l'ATF 141 V 281. S'écarter de l'évaluation médicale est alors admissible, du point de vue juridique, sans que d'autres investigations médicales ne soient nécessaires (arrêt du Tribunal fédéral 9C_832/2019 du 6 mai 2020 consid. 2.2). Toutefois, lorsque l'administration ou le juge, au terme de son appréciation des preuves, parvient à la conclusion que le rapport d'expertise évalue la capacité de travail en fonction des critères de médecine des assurances établis dans l'ATF 141 V 281 et qu'il satisfait en outre aux exigences générales en matière de preuves (ATF 134 V 231 consid. 5.1), il a force probante et ses conclusions sur la capacité de travail doivent être suivies par les organes d'application de la loi. Une appréciation juridique parallèle libre en fonction de la grille d'évaluation normative et structurée ne doit pas être entreprise (cf. ATF 145 V 361 consid. 4.3 ; arrêts du Tribunal fédéral 8C_213/2020 du 19 mai 2020 consid. 4.3 et les références).

En fin de compte, la question décisive est toujours celle des répercussions fonctionnelles d'un trouble. La preuve d'une incapacité de travail de longue durée et significative liée à l'état de santé ne peut être considérée comme rapportée que si, dans le cadre d'un examen global, les éléments de preuve pertinents donnent une image cohérente de l'existence de limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation invalidante de la capacité de travail n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_423/2019 du 7 février 2020 consid. 3.2.2 et les références).

15. 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).

16. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a ; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 – Cst ; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b ; ATF 122 V 157 consid. 1d).

17. 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).

18. En l'espèce, du point de vue formel, l'expertise est satisfaisante. Elle comporte une anamnèse détaillée, liste et résume toutes les pièces médicales importantes du

dossier, est structurée de manière à intégrer tous les indicateurs permettant une administration des preuves conforme à la nouvelle jurisprudence applicable en matière de troubles psychiques (y compris l'alcoolisme et la pharmacodépendance) et les conclusions qui y figurent sont claires.

19. Matériellement cependant, la chambre de céans relève qu'à plusieurs égards, l'expertise est peu argumentée, peu convaincante, voire même incohérente dans l'analyse faite des indicateurs jurisprudentiels et les conséquences qui en sont tirées.

19.1 L'expertise N_____ semble tout d'abord incomplète et peu argumentée pour ce qui est des diagnostics examinés et retenus.

19.1.1 Du point de vue psychiatrique, il ressort de l'anamnèse de l'expertise N_____ (expertise, volet psychiatrique, p.4) et de divers documents médicaux figurant au dossier que le recourant semble souffrir d'un trouble de l'humeur récurrent. Sans prétendre à l'exhaustivité, un trouble dépressif récurrent est ainsi retenu régulièrement depuis une hospitalisation pour sevrage à la clinique F_____ en 2012. Il a été diagnostiqué en 2015 par le Dr E_____ (trouble dépressif récurrent d'intensité moyenne F33.1), en 2016 par le SMPR des HUG (trouble anxieux et dépressif mixte, F41.2), en 2017 par la Dresse L_____ du SMR (trouble dépressif récurrent d'intensité moyenne, F33.1) et en 2018 par le Dr M_____ dans le cadre de son expertise (trouble dépressif récurrent léger, diagnostic différentiel, trouble dépressif léger induit par la consommation d'alcool) et le Dr Y_____ du SMR (trouble dépressif récurrent léger induit par une consommation chronique d'alcool).

Malgré ces éléments et la constatation que « l'anamnèse révèle la présence d'épisodes dépressifs attestant de la présence probable d'un trouble de l'humeur récurrent », l'expert-psychiatre se contente d'indiquer qu'il ne le prend pas en considération « en l'absence d'une altération de l'humeur au moment de l'examen » (expertise, volet psychiatrique, p.4).

À défaut d'argumentation, cette conclusion est peu convaincante, Elle l'est d'autant moins que « l'absence d'altération de l'humeur au moment de l'examen » n'est pas évidente. L'expert relève en effet, durant l'entretien que, bien que l'expertisé se soit montré collaborant, il avait un discours pauvre, peu participatif et peu informatif. La pensée est décrite comme rétrécie et, s'il n'y a pas de plaintes d'ordre psychologique, il existe une tristesse fluctuante que l'expertisé lie à sa situation, à savoir, des vertiges inexpliqués, résistants et entravant toute activité (expertise N_____, volet psychiatrique, p.4). De plus, dans l'examen des indicateurs par l'expert-psychiatre, celui-ci mentionne que, depuis 2006, l'expertisé s'est progressivement enfermé dans une attitude de repli et de passivité peu propice à une réinsertion et s'est enlisé dans un vécu de maladie grave entraînant un déconditionnement et un manque de motivation pour toute entreprise (ibid., p.6). L'absence d'altération de l'humeur est d'ailleurs également

mise à mal par la lecture de l'aspect médecine interne de l'expertise. Les experts-internistes constatent en effet, malgré un discours pauvre et peu informatif de l'expertisé, que son moral est plutôt bas, probablement, selon ses dires, en lien avec ses vertiges (expertise N_____, volet médecine interne, p.17). L'expertisé dit présenter parfois des idées suicidaires, mais pas au moment de l'examen. Il tente d'être plutôt optimiste mais le fait qu'il prenne beaucoup de médicaments, ainsi que ses problèmes de santé provoquent une baisse de moral (ibid., p. 18). Même si elles doivent être examinées avec prudence, ces déclarations semblent devoir être prises en compte, ce d'autant plus que les experts s'accordent sur le fait que le recourant s'est montré cohérent, collaborant et peu plaintif.

19.1.2 Le syndrome de dépendance aux benzodiazépines (F13.2) est également évoqué à de multiples reprises dans le dossier médical. Il est retenu en 2012 puis en 2015 par le Dr E_____, en 2016 par le SMPR, en 2017 par la Dresse L_____ du SMR et en 2018 par le Dr M_____ dans le cadre de son expertise. La consommation de benzodiazépines est encore évoquée par la Dresse G_____ dans son rapport du 24 mars 2015. Elle y indique en effet que le recourant procédait à un sevrage alcoolique substitué par de l'Anxiolit à raison de quatre comprimés de quinze milligrammes par jour. Enfin, la consommation de benzodiazépines est mentionnée par l'expertisé lors de son entretien avec les spécialistes en médecine interne de N_____ où il leur indique continuer à consommer trois comprimés d'Anxiolit (15 mg) par jour afin de calmer les vertiges (expertise N_____, volet médecine interne, p.17).

Or, s'il figure bien à l'anamnèse, ce diagnostic n'est par la suite jamais abordé dans l'expertise psychiatrique, ni l'expertise consensuelle. Il n'est finalement pas retenu, ce sans explications.

19.1.3 Sur le plan somatique, des tremblements sont mentionnés par le service de médecine interne de réhabilitation des HUG dans son rapport du 24 mars 2015 et par le SMPR dans son rapport du 27 novembre 2015. Le SMPR précise que les troubles persistent malgré le sevrage d'alcool, ce qui semble exclure tout lien avec la dépendance, respectivement le sevrage. À nouveau, ces éléments figurent à l'anamnèse de l'expertise N_____, mais ils ne font l'objet d'aucun examen approfondi, ni d'aucune discussion.

19.1.4 La chambre de céans considère qu'au vu de ces éléments, les résultats de l'expertise ne sont d'ores et déjà pas convaincants en tant qu'ils écartent les diagnostics de troubles de l'humeur et de dépendance aux benzodiazépines. Le caractère lacunaire des diagnostics retenus dans l'expertise rend particulièrement problématique l'appréciation de la capacité fonctionnelle du recourant à l'aide des indicateurs instaurée par l'ATF 141 V 281. En effet, même si le diagnostic n'est plus au centre de la nouvelle évaluation des conséquences de troubles psychiques, la classification diagnostique reste néanmoins nécessaire comme point de départ (Susana MESTRE CARVALHO, Exigibilité – La question des ressources, RSAS

2019, p.71). Pour cette raison déjà, l'expertise N_____ ne revêt pas une valeur probante suffisante.

19.2 La chambre de céans relève en outre que l'expertise ne respecte pas matériellement le cadre normatif de l'ATF 141 V 281, ce à divers égards.

19.2.1 Premièrement, elle écarte toute incidence des diagnostics de « sensations vertigineuses non réellement systématisées, d'origines indéterminées » (R.42) et de « trouble mental lié à la consommation d'alcool » (F10.1). Elle n'en tire cependant aucune conséquence sur la capacité de travail du recourant, ce du fait que :

- concernant la consommation d'alcool, il n'y a « pas d'argument pour des limitations éventuelles dues aux conséquences possibles de consommation éthylique en l'absence d'argument pour des troubles cognitifs, troubles neurologiques ou autre problème de santé somatique ou psychiatrique » (expertise N_____, volet consensuel, p. 4).
- et pour ce qui est des sensations vertigineuses, « l'expertisé ne présente pas de limitation fonctionnelle objectivable » (expertise N_____, volet consensuel, p. 4).

Ces affirmations sont peu motivées et semblent faire suite à un examen insuffisant du dossier et des diagnostics retenus par les divers médecins.

Ainsi, pour ce qui est des conséquences de la consommation d'alcool, les experts n'examinent pas la question d'une potentielle polyneuropathie, ce alors que la chambre de céans avait souligné son importance dans son arrêt du 19 mars 2019, sous l'angle des potentielles conséquences irréversibles de la dépendance. Ils ne font pas non plus d'investigations concernant l'usage toujours en cours de benzodiazépines en substitut de l'alcool, ni relativement aux tremblements importants, sudations, nausées et fourmillements qui persistent malgré le sevrage alcoolique substitué (cf. notamment certificat médical du 24 mars 2015 de la Dresse G_____ à cet égard). Les tremblements des membres supérieurs d'étiologie indéterminée, présents depuis 2011, ainsi que la dépendance à l'alcool et aux benzodiazépines, présente en tout cas depuis 2003, sont pourtant considérés comme invalidants, notamment par le SMPR dans son rapport du 27 novembre 2020.

Les limitations relatives aux sensations vertigineuses sont également écartées sans faire l'objet d'un examen approfondi ou détaillé. De nombreux rapports médicaux retiennent pourtant que les vertiges d'étiologie indéterminée, présents depuis 2006, ont une incidence sur les limitations fonctionnelles et la capacité de travail du recourant (voir notamment les rapports du SMPR des 27 novembre 2015, 1er avril 2016 et 23 mars 2017 et le préavis du Dr J_____ du 31 août 2016). Le SMPR en particulier indique qu'en raison des vertiges, seule pouvait être envisagée une activité assise, sans besoin de se déplacer, de se pencher, ni de porter quoi que ce soit (rapport du SMPR du 1er avril 2016). Le Dr J_____

considère également que les forts vertiges en position debout limitent les déplacements et constituent le problème majeur.

Au-delà des rapports médicaux, il ressort de l'entretien entre les spécialistes en médecine interne et l'expertisé que celui-ci a manifesté clairement des plaintes et des limitations importantes en lien avec les vertiges. Ainsi, « l'expertisé signale des troubles de l'équilibre et des troubles de la marche, associés à des vertiges de façon intermittente et quotidienne. Il ressent des vertiges même en position couchée dans le lit. Les vertiges sont aggravés lors de la marche et lors des changements de position, même lorsqu'il reste immobile dans le lit il sent des vertiges. Les médicaments comme l'Anxiolit peuvent calmer les vertiges temporairement. Les vertiges sont calmés en intensité trois fois par jour juste après la consommation d'Anxiolit. Ils sont présents en permanence et s'aggravent quand l'effet de l'Anxiolit s'arrête. Quand il se lève la nuit pour aller aux toilettes, il sent la tête qui tourne. Il n'arrive pas à marcher et à se déplacer tout seul, il n'arrive pas à rester trop longtemps debout. Lors de l'entretien, il se couche plusieurs fois sur le lit pour montrer qu'il a des vertiges. Les caractéristiques des vertiges sont parfois rotatoires type bateau, il estime qu'il n'arrive plus à marcher tout droit » (expertise N_____, volet médecin interne, p. 18).

Au vu de ces éléments, il est difficilement compréhensible que les experts n'examinent pas de manière plus approfondie la question des éventuelles limitations découlant des sensations vertigineuses et l'écarte, tout comme celle relative à la consommation éthylique, du simple fait qu'elles ne seraient pas objectivables.

19.2.2 De telles limitations ne sont pas non plus examinées sous l'angle des comorbidités. L'examen de cet indicateur fait défaut dans l'expertise alors que le tableau clinique complexe justifie à lui seul d'y accorder une importance particulière en l'investiguant en profondeur. Le recourant est dépendant à l'alcool depuis plus de vingt ans. Il semble avoir uniquement pu diminuer sa consommation par l'usage de benzodiazépines de substitution auxquels il semble également être dépendant. L'expertise reconnaît qu'il souffre de vertiges et a souffert de crises d'épilepsie par le passé. Le dossier médical suggère enfin la présence d'un trouble de l'humeur récurrent, ainsi que des tremblements des membres supérieurs. L'interaction de ces troubles multiples n'est jamais examinée.

19.2.3 Pour ce qui est de l'indicateur du succès des traitements et de la résistance à ces derniers, les experts se contentent d'indiquer qu'il n'y a pas de proposition thérapeutique. Seul est examiné plus en avant le trouble mental lié à la consommation d'alcool pour lequel l'expertise considère que « l'abstinence ne peut pas être exigée dans cette situation, vu la situation de chronicité de longue durée avec une anamnèse de résistance au traitement spécialisé » (expertise N_____, volet consensuel, p. 5-6).

19.2.4 Au vu de ces éléments, l'examen des indicateurs relatifs à l'axe « atteinte à la santé » tel qu'il figure à l'expertise n'est pas satisfaisant.

19.3 L'examen des autres axes de la grille d'analyse est également problématique. Si les experts ont effectivement rempli les autres indicateurs dans l'évaluation consensuelle, ils semblent ne pas en avoir tenu compte dans leurs conclusions, ni les avoir pondérés et avoir parfois omis purement et simplement certains éléments d'appréciation essentiels.

Ils décrivent en effet un assuré de 60 ans, parlant peu le français, ayant progressivement perdu ses capacités adaptatives depuis l'apparition des vertiges en 2006 et qui s'est, depuis lors, progressivement enfermé dans une attitude de repli et de passivité peu propice à une réinsertion. Il dispose de peu de ressources et est enlisé dans un vécu de maladie grave entraînant un déconditionnement et un manque de motivation. Son réseau se limite à quatre ou cinq personnes qu'il voit rarement et ses activités sont limitées. Pour le surplus, il est considéré comme collaborant et les experts n'ont relevé ni élément d'incohérence majeur, ni signe de surcharge. Les limitations sont uniformes au niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie et les thérapies et traitements correspondant aux symptômes exposés ont été bien suivis (expertise N_____, volet consensuel, p. 4 et 5).

Malgré ce tableau pour le moins négatif, les experts concluent ensuite à une capacité de travail totale, tant dans son activité habituelle d'employé polyvalent dans la restauration que dans toute activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, à savoir la conduite de véhicules et les travaux en hauteur ou avec des machines dangereuses (expertise N_____, volet consensuel, p. 5).

Cette conclusion semble fondée uniquement sur l'indicateur de la difficulté d'objectiver des limitations fonctionnelles découlant des diagnostics posés. Il n'y a pas de réelle confrontation entre les constatations posées au moyen des indicateurs de gravité fonctionnelle et celles posées au moyen des indicateurs de la cohérence.

19.4 Au vu de ces lacunes, l'expertise ne permet pas de trancher la question de l'effort raisonnablement exigible de la part du recourant et donc de sa capacité de travail résiduelle. Sa valeur probante n'est donc pas suffisante.

20. Pour autant la chambre de céans relève que les rapports des médecins attestant d'atteintes à la santé ne suffisent pas non plus à trancher la cause eu égard à leur faible densité de motivation, ne permettant pas d'apprécier le caractère éventuellement incapacitant des diverses atteintes dont souffre le recourant. Il en va de même de la question des effets fonctionnels du diagnostic de sensations vertigineuses.

21. Il se justifie donc d'ordonner une nouvelle expertise pluridisciplinaire en médecine interne, cardiologie, neurologie et psychiatrie.

PAR CES MOTIFS,

LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant préparatoirement

I. Ordonne une expertise pluridisciplinaire de Monsieur A_____.

1. Commet à ces fins la docteure R_____, spécialiste en médecine interne, le professeur S_____, spécialiste en cardiologie, le docteur T_____, spécialiste en neurologie, et le docteur U_____, spécialiste en psychiatrie, au sein du bureau d'expertise W_____ sis à X_____.

   Dit que la mission d'expertise sera la suivante :

   A. Prendre connaissance du dossier de la cause.

   B. Si nécessaire, prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité la personne expertisée, en particulier le Dr E_____, le service médical de premier recours et le service de médecine interne de réhabilitation des HUG.

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

   D. Charge la docteure R_____ 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 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 pathogenèse).

      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 Les atteintes et les plaintes de la personne expertisée correspondent-elles à un substrat organique objectivable ?

      4.5 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).

4.6 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) ?

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

4.8 Est-ce que le tableau clinique est cohérent, compte tenu du ou des diagnostic(s) retenu(s) ou y a-t-il des atypies ?

4.9 Est-ce que ce qui est connu de l'évolution correspond à ce qui est attendu pour le ou les diagnostic(s) retenu(s) ?

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. **Capacité de travail**

6.1 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.

6.2 La personne expertisée est-elle capable d'exercer son activité lucrative habituelle ?

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

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

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

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

6.3.2 Si oui, quel est le domaine d'activité lucrative adaptée ? À quel taux ? Depuis quelle date ?

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

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

6.5 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 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 ?

7.3 Evaluer, en coordination avec les co-experts, la compliance médicamenteuse par le dosage sanguin des médicaments de la personne expertisée. En cas de dépendance à des substances psychoactives (notamment l'alcool), se prononcer sur l'exigibilité du sevrage de ces substances.

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

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

8.1 Êtes-vous d'accord avec le contenu de l'expertise pluridisciplinaire du Centre universitaire de médecine générale et santé publique de Lausanne (N_____) du 23 juin 2020, en particulier avec la partie relative à votre spécialité et l'appréciation générale interdisciplinaire ? En particulier avec les diagnostics posés, les limitations fonctionnelles constatées et l'estimation d'une capacité de travail complète tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues par les experts ? Si non, pourquoi ?

8.2 Êtes-vous d'accord avec les rapports médicaux du SMPR des 27 novembre 2015, 15 janvier 2016, 1er avril 2016 et 23 mars 2017 ? En particulier avec les diagnostics posés, les limitations fonctionnelles constatées et l'estimation d'une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle, respectivement à 50 % dans une activité adaptée, dès le 23 mars 2017 ? Si non, pourquoi ?

8.3 Êtes-vous d'accord avec l'avis du Dr I_____ du 9 mars 2016 ? En particulier avec les diagnostics posés, les limitations fonctionnelles constatées et l'estimation d'une capacité de travail de 50 % dans l'activité habituelle dès fin mars 2016 ? Si non, pourquoi ?

9. Quel est le pronostic ?

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

11. Faire toutes autres observations ou suggestions utiles.

E. Invite l'expert à faire **une appréciation consensuelle du cas** avec le professeur S_____, le docteur T_____ et le docteur U_____ s'agissant de toutes les problématiques ayant des interférences entre elles, notamment l'appréciation de la capacité de travail résiduelle.

F. Charge le docteur T_____ 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 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 pathogenèse).

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 Les atteintes et les plaintes de la personne expertisée correspondent-elles à un substrat organique objectivable ?

4.5 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).

4.6 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) ?

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

4.8 Est-ce que le tableau clinique est cohérent, compte tenu du ou des diagnostic(s) retenu(s) ou y a-t-il des atypies ?

4.9 Est-ce que ce qui est connu de l'évolution correspond à ce qui est attendu pour le ou les diagnostic(s) retenu(s) ?

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. **Capacité de travail**

6.1 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.

6.2 La personne expertisée est-elle capable d'exercer son activité lucrative habituelle ?

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

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

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

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

6.3.2 Si oui, quel est le domaine d'activité lucrative adaptée ? À quel taux ? Depuis quelle date ?

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

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

6.5 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 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 ?

7.3 Evaluer, en coordination avec les co-experts, la compliance médicamenteuse par le dosage sanguin des médicaments de la personne expertisée. En cas de dépendance à des substances psychoactives (notamment l'alcool), se prononcer sur l'exigibilité du sevrage de ces substances.

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

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

8.1 Êtes-vous d'accord avec le contenu de l'expertise pluridisciplinaire du Centre universitaire de médecine générale et santé publique de Lausanne (N_____) du 23 juin 2020, en particulier avec la partie relative à votre spécialité et l'appréciation générale interdisciplinaire ? En particulier avec les diagnostics posés, les limitations fonctionnelles constatées et l'estimation d'une capacité de travail complète tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues par les experts ? Si non, pourquoi ?

8.2 Êtes-vous d'accord avec les rapports médicaux du SMPR des 27 novembre 2015, 15 janvier 2016, 1er avril 2016 et 23 mars 2017 ? En particulier avec les diagnostics posés, les limitations fonctionnelles constatées et l'estimation d'une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle, respectivement à 50 % dans une activité adaptée, dès le 23 mars 2017 ? Si non, pourquoi ?

9. Quel est le pronostic ?

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

11. Faire toutes autres observations ou suggestions utiles.

G. Invite l'expert à faire **une appréciation consensuelle du cas** avec la docteure R_____, le professeur S_____ et le docteur U_____, s'agissant de toutes les problématiques ayant des interférences entre elles, notamment l'appréciation de la capacité de travail résiduelle.

H. Charge le professeur S_____ 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 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 pathogenèse).

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 Les atteintes et les plaintes de la personne expertisée correspondent-elles à un substrat organique objectivable ?

4.5 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).

4.6 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) ?

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

4.8 Est-ce que le tableau clinique est cohérent, compte tenu du ou des diagnostic(s) retenu(s) ou y a-t-il des atypies ?

4.9 Est-ce que ce qui est connu de l'évolution correspond à ce qui est attendu pour le ou les diagnostic(s) retenu(s) ?

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. **Capacité de travail**

6.1 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.

6.2 La personne expertisée est-elle capable d'exercer son activité lucrative habituelle ?

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

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

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

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

6.3.2 Si oui, quel est le domaine d'activité lucrative adaptée ? À quel taux ? Depuis quelle date ?

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

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

6.5 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 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 ?

7.3 Évaluer, en coordination avec les co-experts, la compliance médicamenteuse par le dosage sanguin des médicaments de la personne expertisée. En cas de dépendance à des substances psychoactives (notamment l'alcool), se prononcer sur l'exigibilité du sevrage de ces substances.

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

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

8.1 Êtes-vous d'accord avec le contenu de l'expertise pluridisciplinaire du Centre universitaire de médecine générale et santé publique de Lausanne (N_____) du 23 juin 2020, en particulier avec la partie relative à votre spécialité et l'appréciation générale interdisciplinaire ? En particulier avec les diagnostics posés, les limitations fonctionnelles constatées et l'estimation d'une capacité de travail complète tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues par les experts ? Si non, pourquoi ?

8.2 Êtes-vous d'accord avec les rapports médicaux du SMPR des 27 novembre 2015, 15 janvier 2016, 1er avril 2016 et 23 mars 2017 ? En

particulier avec les diagnostics posés, les limitations fonctionnelles constatées et l'estimation d'une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle, respectivement à 50 % dans une activité adaptée, dès le 23 mars 2017 ? Si non, pourquoi ?

9. Quel est le pronostic ?

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

11. Faire toutes autres observations ou suggestions utiles.

I. Invite l'expert à faire **une appréciation consensuelle du cas** avec la docteure R_____, le docteur T_____ et le docteur U_____ s'agissant de toutes les problématiques ayant des interférences entre elles, notamment l'appréciation de l'éventuelle capacité de travail résiduelle.

J. Charge le docteur U_____ 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 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 pathogenèse).

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 la 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 son activité lucrative habituelle ?

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

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

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

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

9.3.2 Si oui, quel est le domaine d'activité lucrative adaptée ? À quel taux ? Depuis quelle date ?

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

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

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 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 Évaluer, en coordination avec les co-experts, la compliance médicamenteuse par le dosage sanguin des médicaments de la personne expertisée. En cas de dépendance à des substances psychoactives (notamment l'alcool), se prononcer sur l'exigibilité du sevrage de ces substances.

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

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

11.1 Êtes-vous d'accord avec le rapport d'expertise du Dr M_____ du 15 mars 2018? En particulier avec les diagnostics posés, les limitations fonctionnelles constatées et l'estimation de la capacité de travail ? Si non, pourquoi ?

11.2 Êtes-vous d'accord avec le contenu et les conclusions de l'expertise pluridisciplinaire du Centre universitaire de médecine générale et santé publique de Lausanne (N_____) du 23 juin 2020, notamment avec la partie relative à votre spécialité et l'appréciation générale interdisciplinaire ? En particulier avec les diagnostics posés, les limitations fonctionnelles constatées et l'estimation d'une capacité de travail complète tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues par les experts ? Si non, pourquoi ?

11.3 Êtes-vous d'accord avec les avis médicaux du Dr E_____ des 13 février 2015 et 16 décembre 2015 ? En particulier avec les diagnostics posés, les limitations fonctionnelles constatées et l'estimation d'une capacité de travail de 0 % ? Si non, pourquoi ?

11.4 Êtes-vous d'accord avec les rapports médicaux du SMPR des 27 novembre 2015, 15 janvier 2016, 1er avril 2016 et 23 mars 2017 ? En particulier avec les diagnostics posés, les limitations fonctionnelles constatées et l'estimation d'une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle, respectivement à 50 % dans une activité adaptée, dès le 23 mars 2017 ? 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.

K. Invite l'expert à faire **une appréciation consensuelle du cas** avec la docteure R_____, le professeur S_____ et le docteur T_____ s'agissant de toutes les

problématiques ayant des interférences entre elles, notamment l'appréciation de l'éventuelle capacité de travail résiduelle.

II. Invite les experts à déposer, dans les meilleurs délais, un 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

Marie NIERMARÉCHAL | Fabienne MICHON RIEBEN

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