

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3264/2020

ATAS/111/2024

**COUR DE JUSTICE**  
**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 9 février 2024**

**Chambre 3**

En la cause

A\_\_\_\_\_

recourant

représenté par Me William RAPPARD, avocat

contre

**OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE  
GENÈVE**

intimé

**Siégeant : Karine STECK, Présidente ; Michael BIOT et Christine LUZZATTO, Juges  
assesseurs**

---

**EN FAIT**

- A.**
- a.** Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), né le \_\_\_\_\_ 1981, a exercé la profession de peintre en bâtiment indépendant. Son entreprise individuelle a été radiée le 27 mars 2017 par suite de cessation de l'exploitation.
  - b.** Le 25 juin 2014, l'assuré a été victime d'une chute, à la suite de laquelle il a été mis en arrêt de travail.
  - c.** Le 5 février 2015, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI).
  - d.** Après que l'OAI a notamment recueilli l'avis des médecins traitants, le 23 janvier 2017, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a relevé que la réduction de la capacité de travail à 50% n'était pas motivée par les médecins. Selon lui, il était tout à fait raisonnable de conclure à une pleine capacité dans une activité adaptée et ce, depuis juin 2016.
  - e.** Un rapport d'enquête pour activité professionnelle indépendante a été établi le 20 juin 2017.
  - f.** Dans une note interne du même jour, l'OAI a déterminé le degré d'invalidité de l'assuré.
- B.**
- a.** Par décision du 19 octobre 2017, l'OAI a reconnu à l'assuré le droit à une rente entière limitée dans le temps à la période du 1<sup>er</sup> août 2015 au 31 août 2016.  
L'OAI a considéré que, dans une activité adaptée à son état, l'assuré avait recouvré, dès juin 2016, une pleine capacité de travail et aurait ainsi pu réaliser un revenu de CHF 60'320.- qui, comparé à un revenu avant invalidité de CHF 71'901.-, conduisait à un degré d'invalidité de 16,11% - arrondi à 16% -, insuffisant pour ouvrir droit à une rente ou même à une mesure de réadaptation.
  - b.** Saisie d'un recours de l'assuré le 16 novembre 2017, la Cour de céans, après avoir interrogé des médecins-traitants par écrit et procédé à des audiences d'enquêtes, l'a admis partiellement en date du 29 août 2019 (ATAS/798/2019) et a renvoyé la cause à l'OAI pour instruction complémentaire concernant la période postérieure à juin 2016 et nouvelle décision.  
La Cour de céans a relevé qu'il n'existait aucun rapport se prononçant clairement et de manière convaincante sur l'évolution de l'état de santé de l'assuré depuis juin 2016 et les conséquences en termes de capacité de travail dans une activité adaptée.
- C.**
- a.** L'OAI a mis sur pied une expertise bidisciplinaire, rhumatologique et psychiatrique, qu'il a confiée au Bureau d'expertises médicales (BEM), plus particulièrement aux docteurs B\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, et C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, qui ont examiné l'assuré le 17 février 2020.

Dans leur rapport du 6 avril 2020, les experts ont retenu le diagnostic de tendinopathie calcifiante peu active de la coiffe des rotateurs des épaules. Ils ont également mentionné, en précisant qu'ils étaient sans répercussion sur la capacité de travail, une majoration des symptômes physiques pour raisons psychologiques (F68.0) et un épisode dépressif léger en rémission (F32.0). Les experts ont confirmé la totale incapacité de l'assuré à exercer son activité habituelle depuis le 25 juin 2014, mais estimé qu'il était exigible de lui qu'il exerçât à plein temps une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (éviter le port fréquent de charges supérieures à 5 kg et le travail au-dessus de l'horizontale).

**b.** Le 14 mai 2020, le SMR a fait siennes les conclusions de l'expertise.

**c.** L'assuré, en revanche, les a contestées en date du 11 juin 2020, en s'appuyant principalement sur une attestation du 12 mai 2020 rédigée par son psychiatre traitant.

**d.** Cette attestation a été soumise au Dr C\_\_\_\_\_, qui s'est déterminé le 31 août 2020.

**e.** Le 21 septembre 2020, le SMR a maintenu son précédent avis.

**f.** Par décision du 22 septembre 2020, l'OAI a nié à l'assuré le droit à toute prestation, au motif que l'expertise mise sur pied confirmait une capacité de travail médico-théorique raisonnablement exigible de 100% sans baisse de rendement.

**D. a.** Par acte du 16 octobre 2020, l'assuré a interjeté recours auprès de la Cour de céans, en concluant, sous suite de dépens, préalablement à l'audition de son psychiatre traitant, le docteur D\_\_\_\_\_, ainsi qu'à celle de l'expert psychiatre, principalement, à l'octroi d'une rente d'invalidité.

**b.** Invité à se déterminer, dans sa réponse du 23 novembre 2020, l'intimé a conclu au rejet du recours, soutenant en substance que l'expertise devait se voir reconnaître pleine valeur probante.

**c.** Dans sa réplique du 8 janvier 2021, le recourant a sollicité une expertise judiciaire psychiatrique, ainsi que l'octroi d'une rente entière d'invalidité, subsidiairement l'allocation d'une rente partielle, assortie de toute mesure de réadaptation utile.

Il reproche à l'expert de n'avoir pas répondu ou seulement très partiellement aux remarques soulevées par son psychiatre-traitant, et maintient qu'il est dans l'incapacité d'exercer la moindre activité.

**d.** Le 2 février 2022, le recourant a prouvé :

- un rapport du 1<sup>er</sup> décembre 2020 de la docteure E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en anesthésiologie et en pharmacologie et toxicologie cliniques, et spécialiste douleur Swiss Pain Society ;
- deux rapports des 9 juin et 6 octobre 2021 de la Dre E\_\_\_\_\_ ;

- un rapport du 18 janvier 2022 du docteur F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation.

**e.** Une audience d'enquêtes s'est tenue en date du 17 février 2022, à laquelle ont été convoqués tant le psychiatre traitant que l'expert psychiatre.

Ce dernier s'est montré d'emblée agacé et énervé et a fini par quitter la salle d'audience après quelques minutes seulement, en arguant qu'il perdait son temps, qu'il n'avait pas à répondre aux questions des parties et de la Cour et qu'il préférait payer une amende plutôt que de continuer (sic).

**f.** Par ordonnance du 21 février 2022, l'expert C\_\_\_\_\_ a été dûment amendé pour avoir quitté l'audience avant son terme et sans motif valable.

**g.** Par courrier du 22 mars 2022, la Cour de céans a informé les parties de son intention de mettre en œuvre une expertise judiciaire psychiatrique et leur a communiqué les questions qu'elle avait l'intention de poser à l'expert, tout en leur impartissant un délai pour les compléter, voire invoquer une éventuelle cause de récusation envers l'expert pressenti, le docteur G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.

**h.** Les parties ont indiqué n'avoir ni question supplémentaire à poser, ni motif de récusation contre l'expert, l'intimé ajoutant cependant que, selon lui, une telle expertise ne se justifiait nullement.

**i.** Par ordonnance du 11 mai 2022 (ATAS/417/2022), la Cour de céans a ordonné une expertise judiciaire, dont elle a confié le mandat au Dr G\_\_\_\_\_, en précisant qu'il devrait prendre langue avec l'expert rhumatologue B\_\_\_\_\_ pour parvenir à une conclusion consensuelle.

La Cour de céans a constaté que l'expert C\_\_\_\_\_ n'avait pas été capable de répondre de manière convaincante - et sereine - aux arguments avancés par le psychiatre traitant, et qu'au surplus, ses mouvements d'humeur totalement inadéquats en audience et la manière dont il avait quitté celle-ci en refusant de répondre aux questions de la Cour et des parties jetaient le discrédit sur ses conclusions.

**j.** Le Dr G\_\_\_\_\_ a examiné le recourant les 1<sup>er</sup> et 9 juillet 2022.

Dans son rapport du 29 juillet 2022, il a retenu les diagnostics de dysthymie (F31.4) de gravité légère à moyenne depuis janvier 2016, de probable dépendance aux opiacés, utilisation actuelle (F12.24 ; sous prescription médicale), de gravité légère à moyenne depuis mars 2018 et de trouble dépressif récurrent, désormais en rémission (F33.4) et sans répercussion fonctionnelle. L'expert a estimé que les limitations fonctionnelles de degré modéré qui affectaient l'énergie disponible (fatigue), les capacités cognitives (attention, concentration) et volitives (motivation, estime de soi) entraînaient une baisse de rendement du recourant de 30% dans toute activité, depuis mars 2018.

**k.** Par ordonnance du 3 août 2022 (ATAS/682/2022), la Cour de céans, vu la demande de l'expert rhumatologue à être formellement mandaté par elle pour participer à une discussion consensuelle, a ordonné un complément d'expertise rhumatologique à l'expertise psychiatrique du 11 mai 2022, en précisant que le Dr B\_\_\_\_\_ pouvait avoir accès aux documents médicaux postérieurs à son examen du 17 février 2020, voire procéder, si nécessaire, à un nouvel examen du recourant.

**l.** Dans son rapport transmis à la Cour de céans le 9 janvier 2023, le Dr B\_\_\_\_\_, qui a réexaminé le recourant en date du 11 octobre 2022 et s'est entretenu avec le Dr G\_\_\_\_\_ en date du 20 décembre 2022, a retenu le diagnostic incapacitant de syndrome de douleurs chroniques des épaules sur tendinopathie calcifiante bilatérale chronique depuis le 25 juin 2014 (M75.3). Il a également mentionné, à titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, une discrète épicondylite bilatérale depuis le 25 juin 2014 (M77.1) et un discret syndrome rotulien gauche sur probable chondropathie rotulienne depuis octobre 2021 (M22.2). L'expert rhumatologue a estimé que l'activité habituelle n'était plus exigible. En revanche, la capacité à exercer une activité adaptée était toujours restée entière.

**m.** Dans leur appréciation consensuelle du 4 janvier 2023 (intégrée au rapport précité du 9 janvier 2023), les experts B\_\_\_\_\_ et G\_\_\_\_\_ ont considéré que le syndrome douloureux central présent depuis décembre 2020, qui occasionnait une augmentation des perceptions douloureuses dues aux atteintes physiques, justifiait une majoration de 10% du taux d'incapacité de travail induit par les atteintes psychiques (fixé à 30%). Dès lors, le taux d'incapacité de travail de 30% dans une activité adaptée, motivé par les seules atteintes psychiques depuis mars 2018, augmentait à 40% à compter de décembre 2020.

**n.** Dans ses observations du 31 janvier 2023, l'intimé, en se ralliant à un avis du SMR du 23 janvier 2023, a persisté dans ses conclusions. Selon lui, l'expertise judiciaire serait lacunaire, l'expert psychiatre ne s'étant pas prononcé sur la capacité de travail du recourant pour la période de juin 2016 à mars 2018.

**o.** Dans sa détermination du 10 février 2023, le recourant a sollicité l'audition des experts et celle du Dr D\_\_\_\_\_, cas échéant simultanément, de manière à « confronter leurs positions respectives sur son état de santé réel et objectif ». Il a réitéré son souhait de pouvoir bénéficier de mesures de réadaptation professionnelle qui lui permettraient de reprendre une activité professionnelle adaptée à un taux correspondant à ses limitations objectives.

Le recourant reproche au Dr G\_\_\_\_\_ d'avoir minimisé l'ampleur de ses traitements, lesquels ne le soulagent pas véritablement, générant ainsi une tristesse profonde et aggravant en conséquence son état psychique.

Il lui fait également grief d'avoir minimisé la fréquence de son suivi psychiatrique et de ne pas avoir tenu compte de la péjoration de son état psychique, surtout

après sa dernière hospitalisation à la clinique de Montana. Il allègue consulter le Dr D\_\_\_\_\_ tous les deux ou trois mois, la docteure H\_\_\_\_\_ – psychiatre – tous les deux mois et Madame (recte : la docteure) I\_\_\_\_\_ – psychiatre – tous les mois. Il ajoute qu’il a repris un suivi plus fréquent avec Madame J\_\_\_\_\_, psychologue FSP, après interruption du suivi auprès de Madame K\_\_\_\_\_, psychologue, à la suite du changement de cabinet de celle-ci.

Le recourant soutient que l'appréciation du Dr G\_\_\_\_\_ est contradictoire s'agissant des diagnostics posés, dès lors qu'il n'est pas clair s'il retient un épisode dépressif récurrent depuis 2015 inscrit dans la durée, s'il qualifie ce trouble de dysthymie, ou encore si l'épisode dépressif récurrent est en rémission. Selon son psychiatre traitant, la dysthymie et le trouble dépressif récurrent s'excluent mutuellement selon la CIM-10. Qui plus est, l'expert ne décrit pas l'évolution des diagnostics retenus dans le temps.

Par ailleurs, le recourant ne comprend pas les motifs pour lesquels l'expert fait remonter la survenance de l'incapacité de travail durable à mars 2018, alors que la dépression a atteint le degré de véritable épisode dépressif sévère en 2015 et que la dysthymie, « forme de dépression dont l'intensité intrinsèque est légère », dure depuis « six ans à ce jour chez l'expertisé ». Le recourant en tire la conclusion que la baisse de rendement de 30% (qu'il estime en réalité supérieure à ce taux) devrait remonter à 2015, d'autant que l'expert reconnaît la réalité de sa souffrance psychique et de ses répercussions. En outre, même si la prise d'opiacés semble être documentée depuis 2018, il était sous Tramal en 2015 déjà.

Le recourant se demande en outre pour quelles raisons le Dr G\_\_\_\_\_ a estimé que les éléments anxieux mis en évidence lors de l'expertise étaient insuffisamment importants pour justifier un diagnostic séparé de trouble anxieux, en particulier si une analyse complète de son cas pourrait conduire à retenir le diagnostic de trouble anxieux.

Le recourant allègue également que les codes diagnostiques de la CIM-10 posés par le Dr G\_\_\_\_\_ seraient erronés : le F31.4 se réfère au trouble bipolaire sans symptômes psychotiques et le F12.24 à une dépendance aux dérivés du cannabis (qu'il ne consomme pas). Quant au F33.4, qui correspond bien au trouble dépressif récurrent, il répète ne pas comprendre pourquoi ce diagnostic est tantôt retenu, tantôt écarté.

S'agissant de l'expertise du Dr B\_\_\_\_\_, le recourant s'interroge sur la manière dont l'expert a pris connaissance de l'expertise du Dr G\_\_\_\_\_, dans la mesure où celui-là n'a pas fait mention du diagnostic de trouble dépressif récurrent pourtant retenu par moments par son confrère.

Le recourant considère que la majoration de 10% retenue par les experts qui découle de son syndrome de sensibilisation centrale devrait remonter bien avant décembre 2020, car ses douleurs physiques et ses souffrances psychiques existent depuis 2015 à tout le moins.

Il conteste l'affirmation du Dr B\_\_\_\_\_, selon laquelle il « ne s'est pas montré intéressé par une éventuelle réadaptation professionnelle ». Il allègue avoir déjà exprimé son intérêt et sa motivation pour la reprise d'une activité professionnelle à 50% dans une activité adaptée à son état somatique, à l'issue d'une réadaptation professionnelle.

Il conteste également avoir présenté, lors de son séjour à la clinique de Montana en novembre 2022, une « amélioration rapide de l'humeur », termes employés par les experts G\_\_\_\_\_ et B\_\_\_\_\_, qui – selon lui - minimisent son état dépressif au motif qu'il a déclaré à la fin de son hospitalisation qu'il se sentait mieux, sentiment qu'il a exprimé uniquement compte tenu de l'encadrement et de l'écoute dont il a bénéficié dans cette clinique.

Le recourant argue que les deux entretiens ponctuels menés par le psychothérapeute durant son hospitalisation à la clinique de Montana ne permettent pas à eux seuls d'objectiver l'ampleur de la dépression dont il souffre. Il considère que les experts auraient dû tenir compte de la réelle péjoration de son état de santé attestée par son hospitalisation et modifier leurs diagnostics en conséquence.

Pour le surplus, il se réfère à un rapport du Dr D\_\_\_\_\_ du 17 janvier 2023 et à la lettre de sortie de la Clinique de Montana du 30 novembre 2022.

**p.** Une audience d'enquêtes s'est tenue en date du 9 mars 2023.

Le Dr G\_\_\_\_\_ a déclaré, s'agissant de la période de juin 2016 à mars 2018, qu'il n'y avait pas incapacité de travail. Depuis juin 2016, il a retenu une dysthymie/état dépressif chronique modéré dont il a jugé qu'il n'a pas été invalidant jusqu'à mars 2018, date à laquelle ont été pris régulièrement des opiacés, dont il avait estimé qu'ils avaient augmenté les effets de l'état psychique diminué. C'est ce cumul qui l'a conduit à admettre une baisse de rendement de 30%.

Il s'est défendu d'avoir sous-estimé le traitement somatique au motif qu'il aurait parlé d'infiltrations « de temps en temps ». Il a rappelé que si les infiltrations ont effectivement été fréquentes en 2015/2016, en 2018, le docteur L\_\_\_\_\_ – orthopédiste traitant – a constaté qu'elles étaient d'une efficacité peu durable et a préconisé de les réduire. Ainsi, en 2022, il y en a eu deux, une en mars, une en octobre. Le Dr G\_\_\_\_\_ a par ailleurs reconnu que la prescription d'opiacés constituait un traitement majeur.

Pour ce qui est du traitement psychiatrique, le Dr G\_\_\_\_\_ a repris les paroles du recourant qui a mentionné voir le Dr D\_\_\_\_\_, un autre médecin et une psychologue. Le Dr G\_\_\_\_\_ a évoqué des rendez-vous relativement « espacés », vu leur fréquence d'une fois par mois, mais pour chacun de ces praticiens. Il n'avait pas souvenir que Mme I\_\_\_\_\_ ait été mentionnée.

Le recourant a affirmé consulter désormais, depuis récemment, Madame J\_\_\_\_\_, psychologue, à raison de deux fois par semaine.

Le Dr G\_\_\_\_\_ a reconnu s'être trompé dans les codes diagnostiques de la CIM-10 et s'en est excusé, expliquant qu'il avait dû les mentionner de mémoire (dysthymie = F34.1 et non F31.4 ; dépendance aux opiacés = F11.24 et non F12.24). Il a cependant rassuré la Cour de céans : les diagnostics, eux, sont bien exacts.

S'agissant de l'anxiété, le Dr G\_\_\_\_\_ a évoqué des manifestations anxieuses dont il a considéré qu'elles n'étaient pas suffisamment prononcées pour justifier un diagnostic additionnel de trouble anxieux. S'il avait suggéré néanmoins que la question soit éventuellement investiguée par le psychiatre traitant, c'était par respect de celui-ci et du lien thérapeutique noué avec son patient : d'expérience, il sait qu'il est nécessaire à certains patients, surtout masculins, d'avoir créé un lien de confiance important pour s'ouvrir sur leurs craintes profondes et parfois irrationnelles, liens que l'expert n'a pas le temps de nouer dans le cadre d'une expertise.

Le Dr G\_\_\_\_\_ a noté que le désaccord principal entre ses conclusions et celles du Dr D\_\_\_\_\_ porte sur le diagnostic et ses conséquences.

À cet égard, il a expliqué, de manière générale, les différences entre les diagnostics pouvant entrer en ligne de compte :

L'épisode dépressif est la forme la plus grave de dépression et correspond à un état anormal pour le sujet (état limité dans le temps avec un début et une fin : la rémission), dont plusieurs grandes fonctions sont atteintes (énergie disponible, plaisir diminué, motivation abaissée, intérêt abaissé également, sommeil perturbé, appétit modifié et libido atteinte).

Cliniquement, le médecin se base d'une part sur les données subjectives (plaintes du patient), mais également sur ses observations cliniques objectives, pour retenir un diagnostic. Les observations cliniques portent sur les éléments suivants : présence ou non d'un ralentissement (de la gestuelle, du débit, de la mimique), la tonalité de l'assuré, perte ou gain de poids, éventuelle auto-négligence, caractère pathologique de la culpabilité (devenue irrationnelle), etc.

On parle de trouble dépressif récurrent lorsqu'il y a eu au moins deux épisodes dépressifs séparés par une période de rémission de quelques semaines. Le degré de l'épisode dépressif actuel est établi en fonction de l'intensité des critères objectifs et subjectifs susmentionnés : léger, moyen, sévère ou en rémission.

Quant à la dysthymie, il s'agit d'un état qui dure au moins deux ans (contrairement à l'épisode dépressif) et qui n'atteint pas une intensité suffisante pour retenir un épisode dépressif.

Contrairement à ce qu'affirme le Dr D\_\_\_\_\_, la CIM-10 n'implique pas que le trouble dépressif récurrent et la dysthymie s'excluent. Il est tout à fait possible que

cette dernière se surajoute au premier. C'est ce qu'il a constaté chez le recourant : un fond dépressif avec, parfois, des épisodes dépressifs plus importants.

Dans son expertise, le Dr G\_\_\_\_\_ a commencé à se déterminer sur la période antérieure à juillet 2022, ce qui était compliqué, car les données étaient en partie incomplètes. Les deux éléments les plus complets étaient les examens par le Dr C\_\_\_\_\_ en février 2020, avec un status et une anamnèse détaillés et celui du docteur M\_\_\_\_\_ (psychiatre traitant) qui a suivi l'assuré de 2013 à 2016 et qui parlait d'un épisode dépressif terminé, en indiquant toutefois que la récupération n'était pas totale, ce qui a fait penser au Dr G\_\_\_\_\_ qu'il restait un résidu correspondant au fond dépressif (dysthymie) qu'il a observé six ans plus tard. Le Dr C\_\_\_\_\_ a relevé lui aussi des symptômes dépressifs subjectifs sans retenir de diagnostic, et des traits histrioniques que le Dr G\_\_\_\_\_ n'a pour sa part absolument pas relevés. La position de l'expert se situe donc entre celles des Drs C\_\_\_\_\_ et D\_\_\_\_\_.

Au moment de l'expertise, le Dr G\_\_\_\_\_ n'a observé aucun signe objectif, ce qui ne lui a pas permis de retenir un épisode dépressif franc, d'autant moins que le patient lui a indiqué que son état était stable depuis des années : s'il y avait eu un épisode dépressif aussi long, les conséquences en auraient été visibles. Or, l'expert n'a pu constater que le fond dysthymique. C'est pourquoi il s'est écarté de la position du Dr D\_\_\_\_\_, qui lui, concluait à un épisode dépressif moyen.

S'agissant de la probable dépendance aux opiacés, le Dr G\_\_\_\_\_ a expliqué que pour en être certain, il aurait fallu exiger du recourant un sevrage qui n'est pas humainement possible. En revanche, cette dépendance est probable du fait que ce traitement a été pris durant des années presque tous les jours, psychiquement mais aussi physiquement.

S'agissant de la période postérieure à juillet 2022, l'expert psychiatre s'est déterminé au moment du consensus avec le Dr B\_\_\_\_\_, car le rapport de la clinique de Montana a été versé au dossier dans l'intervalle. Le Dr G\_\_\_\_\_ constate que le status décrit dans ce rapport est totalement incompatible avec le diagnostic d'épisode sévère retenu, en l'absence de tout ralentissement moteur et vocal, de toute baisse de la motivation (le recourant participait bien) en présence d'un contact familial (que l'on ne retrouve pas en cas de dépression sévère) et vu la thymie (décrite comme légèrement abaissée seulement). Se basant sur les observations décrites dans le status, l'expert a donc retenu pour sa part, au pire, un épisode dépressif léger amélioré à la sortie de la clinique, vu l'amélioration décrite.

Le Dr G\_\_\_\_\_ a rappelé que la baisse de rendement de 30% qu'il a retenue ne se justifie pas seulement par la dysthymie, mais par le cumul avec la prise d'opiacés.

Le Dr G\_\_\_\_\_ a indiqué que s'il a retenu une prise d'opiacés depuis mars 2018, c'est parce que c'est ce qui ressort du dossier (la prise est documentée à partir de ce moment-là). Si cette prise pouvait être documentée comme remontant à une

période antérieure, entre juin 2016 et mars 2018, il conviendrait alors d'anticiper la baisse de rendement de 30%.

De la même manière, s'agissant du syndrome douloureux central, le Dr B\_\_\_\_\_ et lui-même se sont basés sur les documents figurant au dossier, plus particulièrement celui de la Dre E\_\_\_\_\_, qui parlait de décembre 2020.

Le Dr B\_\_\_\_\_ a indiqué avoir échangé principalement par téléphone avec le Dr G\_\_\_\_\_ ; ils ont également échangé par écrit plusieurs versions du consensus sur lequel ils sont finalement tombés d'accord.

Le Dr B\_\_\_\_\_ a expliqué que le syndrome douloureux central, qui se développe progressivement, a été mis en évidence par la Dre E\_\_\_\_\_. Pour sa part, il avait déjà vu le recourant une première fois auparavant, mais n'avait pas observé d'éléments permettant de retenir un tel diagnostic à l'époque.

Le Dr B\_\_\_\_\_ a indiqué que le recourant était démotivé et peu intéressé par une éventuelle réadaptation professionnelle ; c'est le sentiment qu'il a eu lorsqu'il l'a interrogé sur ce que le recourant pensait pouvoir faire et après l'avoir questionné de manière détaillée sur ses activités et les limitations fonctionnelles qu'il rencontrait.

Le Dr G\_\_\_\_\_ a ajouté qu'ils avaient évoqué une amélioration rapide de l'humeur à la sortie de la clinique de Montana, où le recourant a séjourné 17 jours. À son entrée, une dépression légère était décrite, puis en cours de route, une amélioration partielle. Cette amélioration est donc survenue en l'espace d'une dizaine de jours, ce qui est rapide et constitue un argument supplémentaire permettant d'écarter le diagnostic d'épisode dépressif sévère formellement retenu. En effet, un état dépressif conséquent ne s'améliore pas aussi facilement.

A l'issue de l'audience, un délai a été accordé aux parties pour leurs conclusions finales et production éventuelle de pièces (en lien avec la prise d'opiacés).

**q.** Par écriture du 3 avril 2023 - à laquelle était annexé un avis du SMR du 28 mars 2023, l'intimé s'est rallié aux conclusions de l'expertise judiciaire et a proposé que la cause lui soit renvoyée pour détermination du degré d'invalidité du recourant.

**r.** Par écriture du 5 mai 2023, le recourant a quant à lui persisté dans ses conclusions en l'octroi d'une rente entière d'invalidité depuis juin 2016 et de mesures de réadaptation professionnelle après lesquelles son incapacité de travail pourrait, en cas de succès, être ramenée à 60%. Il a également sollicité l'indemnisation intégrale des honoraires de son conseil depuis le 7 novembre 2017.

Selon le recourant, l'interaction entre les opiacés et le trouble dépressif remonte à mars 2015, de sorte qu'il y a lieu de retenir une baisse de rendement depuis cette date déjà.

À l'appui de sa position, il produit :

- un rapport du 7 avril 2023 du docteur N\_\_\_\_\_, médecin praticien ;
- le procès-verbal d'enquêtes du 27 septembre 2018 (dans la cause A/4561/2017 ayant fait l'objet de l'arrêt ATAS/798/2019) relatif à l'audition du Dr M\_\_\_\_\_  
;
- un rapport du 29 janvier 2018 du docteur O\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie ;
- un rapport du 19 janvier 2018 du docteur P\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne générale ;
- ses notes personnelles à la suite d'une consultation à la clinique des Grangettes en 2015 ;
- un rapport des urgences de l'Hôpital de la Tour du 25 août 2014.

Le recourant argue que, depuis son accident, son état de santé ne lui a jamais permis d'exercer une activité professionnelle adaptée à ses limitations fonctionnelles, l'intimé n'ayant au demeurant pas mis en œuvre une mesure de réadaptation et/ou de réinsertion professionnelle visant à déterminer la nature d'une telle activité. Il conteste pouvoir exercer une activité d'agent d'accueil et/ou de sécurité. Selon lui, c'est une incapacité de travail totale qui doit être retenue. A cet égard, il considère que l'appréciation du Dr D\_\_\_\_\_ du 10 février (recte : 17 janvier) 2023 est plus convaincante que celle des experts, puisqu'elle est corroborée par celle du Dr M\_\_\_\_\_ (cf. rapports des 12 mai 2015 et 23 juin 2016).

En définitive, le recourant considère que sa capacité de travail est nulle tant qu'il n'aura pas bénéficié de mesures de réadaptation, et qu'elle sera tout au plus de 60% dans une activité adaptée (50% de réduction en raison du trouble dépressif récurrent d'intensité moyenne à sévère, cumulé à une dépendance aux opiacés auquel s'ajoutent 10% de réduction en lien avec son trouble douloureux persistant diagnostiqué par la Dre E\_\_\_\_\_).

s. Invité par la Cour de céans à se prononcer sur les dernières pièces médicales produites par le recourant, le Dr G\_\_\_\_\_, dans un rapport complémentaire du 18 décembre 2023, a maintenu la baisse de rendement de 30% à partir de mars 2018. Il a expliqué que les documents attestent certes d'une prescription d'opiacés avant le 15 mars 2018, mais que cette prescription a irrégulière, de courte durée et/ou à la demande. Or, seule la prise régulière et prolongée d'opiacés (en l'occurrence documentée seulement à compter de mars 2018), parallèlement à l'existence d'une comorbidité durable (la dysthymie), peut entraîner des limitations fonctionnelles.

t. Le 9 janvier 2024, l'intimé a persisté dans les conclusions formulées le 3 avril 2023.

**u.** Les autres faits seront repris - en tant que de besoin - dans la partie « en droit » du présent arrêt.

## **EN DROIT**

1. La compétence de la Cour de céans et la recevabilité du recours ont été examinées dans l'ordonnance d'expertise du 11 mai 2022 ; il suffit d'y renvoyer.
2. À teneur de l'art. 1 al. 1 de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20), les dispositions de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.
3. Le 1<sup>er</sup> janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Toutefois, dans la mesure où le recours (du 16 octobre 2020) était, au 1<sup>er</sup> janvier 2021, pendant devant la Cour de céans, il reste soumis à l'ancien droit (cf. art. 82a LPGA).
4.
  - 4.1 Le 1<sup>er</sup> janvier 2022, les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705) ainsi que celles du 3 novembre 2021 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201 ; RO 2021 706) sont entrées en vigueur.
  - 4.2 En cas de changement de règles de droit, la législation applicable reste, en principe, celle en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge se fonde, en règle générale, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; ATF 132 V 215 consid. 3.1.1 et les références).
  - 4.3 En l'occurrence, la décision querellée (du 22 septembre 2020) a été rendue antérieurement au 1<sup>er</sup> janvier 2022, de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur ancienne teneur.
5. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité au-delà du 31 août 2016 ainsi qu'à une mesure de réadaptation professionnelle, singulièrement sur sa capacité de travail dans une activité adaptée.
6.
  - 6.1 L'art. 17 al. 1 LPGA dispose que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Il convient ici de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le

1<sup>er</sup> janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5).

**6.2** Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 134 V 131 consid. 3 ; ATF 130 V 343 consid. 3.5). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 141 V 9 consid. 2.3 ; ATF 112 V 371 consid. 2b ; ATF 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier. La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral I.111/07 du 17 décembre 2007 consid. 3 et les références). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2).

**6.3** Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4 ; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2).

## 7.

**7.1** Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008).

**7.2** 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.

**7.3** 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 I.654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

## 8.

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

**8.2** La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 ; ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 ; ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

**8.3** Dans l'ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a revu et modifié en profondeur le schéma d'évaluation de la capacité de travail, respectivement de l'incapacité de travail, en cas de syndrome douloureux somatoforme et d'affections psychosomatiques comparables. Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'un catalogue d'indicateurs (ATF 141 V 281 consid. 4). Le Tribunal fédéral a ensuite étendu ce nouveau schéma d'évaluation aux autres affections psychiques (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références). Aussi, le caractère invalidant d'atteintes à la santé psychique doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance du trouble psychique à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 143 V 409 consid. 4.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_369/2019 du 17 mars 2020 consid. 3 et les références).

## 9.

**9.1** 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).

**9.2** 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).

- Catégorie « Degré de gravité fonctionnel » (ATF 141 V 281 consid. 4.3)

A. Complexe « Atteinte à la santé » (consid. 4.3.1)

Expression des éléments pertinents pour le diagnostic (consid. 4.3.1.1), succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à cet égard (consid. 4.3.1.2), comorbidités (consid. 4.3.1.3).

B. Complexe « Personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles ; consid. 4.3.2)

C. Complexe « Contexte social » (consid. 4.3.3)

- Catégorie « Cohérence » (aspects du comportement ; consid. 4.4)

Limitation uniforme du niveau d'activité dans tous les domaines comparables de la vie (consid. 4.4.1), poids des souffrances révélés par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation (consid. 4.4.2).

Les indicateurs appartenant à la catégorie « degré de gravité fonctionnel » forment le socle de base pour l'évaluation des troubles psychiques (ATF 141 V 281 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.2).

**9.3** Les syndromes de dépendance (troubles mentaux liés à l'utilisation de substances psychoactives), doivent également faire l'objet - comme toutes les autres maladies psychiques - d'une procédure probatoire structurée au sens de l'arrêt ATF 141 V 281 (ATF 145 V 215).

**9.4** Une dysthymie (F34.1) est susceptible d'entraîner une diminution de la capacité de travail lorsqu'elle se présente avec d'autres affections, à l'instar d'un grave trouble de la personnalité. Pour en évaluer les éventuels effets limitatifs, ces atteintes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée selon l'ATF 141 V 281 (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_599/2019 du 24 août 2020 consid. 5.1 et la référence).

## 10.

**10.1** 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).

**10.2** 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).

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

**10.3.1** Ainsi, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes

émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 143 V 269 consid. 6.2.3.2 et les références ; ATF 135 V 465 consid. 4.4. et les références ; ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

**10.3.2** 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).

**10.3.3** 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).

**10.3.4** En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I.514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, *in* SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs

---

médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

**10.3.5** Le but des expertises multidisciplinaires est de recenser toutes les atteintes à la santé pertinentes et d'intégrer dans un résultat global les restrictions de la capacité de travail qui en découlent. L'évaluation globale et définitive de l'état de santé et de la capacité de travail revêt donc une grande importance lorsqu'elle se fonde sur une discussion consensuelle entre les médecins spécialistes participant à l'expertise. La question de savoir si, et dans quelle mesure, les différents taux liés aux limitations résultant de plusieurs atteintes à la santé s'additionnent, relève d'une appréciation spécifiquement médicale, dont le juge ne s'écarte pas, en principe (cf. ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.3 ; cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C\_162/2023 du 9 octobre 2023 consid. 2.3 et les références).

- 11.** 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 126 V 353 consid. 5b et les références ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 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 135 V 39 consid. 6.1 et la référence).

**12.**

**12.1** En l'espèce, il convient de déterminer si l'état de santé du recourant, inapte à exercer son activité habituelle de peintre en bâtiment, s'est modifié depuis la décision du 19 octobre 2017 lui reconnaissant le droit à une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> août 2015 au 31 août 2016.

Cette décision est fondée sur l'avis du SMR du 23 janvier 2017, lui-même basé sur les rapports médicaux au dossier, par lequel le SMR a retenu une capacité de travail nulle dans toute activité depuis le 25 juin 2014, date de l'accident, mais une capacité de travail totale dans une activité adaptée sans port de charges et sans lever les bras au-dessus de l'horizontale, à compter de juin 2016. L'assuré a déféré cette décision auprès de la Cour de céans, qui, dans un arrêt du 29 août 2019, entré en force, a renvoyé la cause à l'intimé pour instruction complémentaire concernant la période postérieure à juin 2016 et nouvelle décision.

Pour se conformer à cet arrêt, l'intimé a mis sur pied une expertise rhumatopsychiatrique auprès des Drs B\_\_\_\_\_ (rhumatologue) et C\_\_\_\_\_ (psychiatre),

dont le volet psychiatrique a été suffisamment mis en doute pour que la Cour de céans, saisie d'un recours contre la nouvelle décision du 22 septembre 2020, (présentement querellée) refusant le droit du recourant à une rente d'invalidité et à des mesures professionnelles, ordonne une expertise judiciaire psychiatrique auprès du Dr G\_\_\_\_\_. Celle-ci a été complétée par un nouvel examen du recourant par le Dr B\_\_\_\_\_ en vue d'une évaluation consensuelle.

**12.2** Sur le plan somatique, l'expert rhumatologue a étudié les pièces médicales au dossier, y compris radiologiques (rapport du 9 janvier 2023 p. 4-7, 16-24 et 33-46), procédé à l'anamnèse (p. 9-11), recueilli les plaintes du recourant (p. 12), examiné ce dernier (p. 12-15), avant de s'entretenir avec le médecin généraliste (p. 16-17), puis a livré son appréciation du cas (p. 24-29).

L'expert rhumatologue a retenu les diagnostics de syndrome douleurs chroniques des épaules sur tendinopathie calcifiante bilatérale chronique (depuis le 25 juin 2014), de discrète épicondylite bilatérale (depuis le 25 juin 2014), et de discret syndrome rotulien gauche sur probable chondropathie rotulienne (depuis octobre 2021). Il a conclu à une pleine capacité de travail dans une activité adaptée (évitant le port fréquent de charges supérieures à 5 kg, les mouvements répétitifs en force nécessitant l'usage des membres supérieurs et sollicitant les articulations des coudes, la marche prolongée en terrain irrégulier, et le travail sur les échelles), en tout cas depuis juin 2016 (p. 28).

Aucune pièce médicale ne fait état d'élément clinique ou diagnostique qui n'aurait pas été pris en compte par l'expert rhumatologue et pouvant justifier que l'on s'écarte du point de vue de celui-ci. Il convient donc de suivre l'appréciation - probante - de l'expert rhumatologue.

**12.3** Sur le plan psychiatrique, l'expertise judiciaire se fonde sur les pièces médicales au dossier (rapport du 29 juillet 2022 p. 2-4), l'anamnèse (p. 4-6), les plaintes du recourant (p. 6-7), l'examen clinique de ce dernier complété par des examens de laboratoire (p. 8-10), l'entretien téléphonique avec le psychiatre traitant et le Dr B\_\_\_\_\_ (p. 1 et 9-10 et 16), et l'appréciation détaillée et motivée du cas (p. 10-16 et procès-verbal d'enquêtes du 9 mars 2023).

Le Dr G\_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics de dysthymie (F34.1) de gravité légère à moyenne depuis janvier 2016, de probable dépendance aux opiacés, utilisation actuelle (F11.24) de gravité légère à moyenne depuis mars 2018, et de trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission (F33.4).

Il y a ainsi lieu d'apprécier l'incidence des troubles psychiques sur la capacité de travail du recourant au regard des indicateurs déterminants définis dans l'ATF 141 V 281.

**12.3.1** S'agissant de la catégorie « degré de gravité fonctionnelle », l'expert a expliqué les motifs pour lesquels il écartait des diagnostics mais admettait ceux précités.

Ainsi, en l'absence de conflit émotionnel ou de graves problèmes psycho-sociaux qui auraient pu être à l'origine du syndrome douloureux chronique développé par le recourant depuis son accident survenu en 2014, le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant ne pouvait pas être retenu. Le diagnostic de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques, posé par le Dr C\_\_\_\_\_, était exclu, à défaut d'une composante psychogène dans les douleurs. Le Dr G\_\_\_\_\_ n'a du reste pas retrouvé le caractère « démonstratif » (exagéré) du comportement de l'expertisé, tel que mentionné par le Dr C\_\_\_\_\_ (p. 10). Au contraire, le comportement du recourant était cohérent, sans signe d'exagération ou de simulation (p. 15). Celui-ci présentait des signes anxieux à l'examen, qui n'étaient toutefois pas suffisamment importants pour justifier un diagnostic séparé de troubles anxieux (p. 11 ; procès-verbal du 9 mars 2023 p. 2).

En ce qui concerne les symptômes dépressifs, le Dr G\_\_\_\_\_, sur la base des pièces médicales au dossier, de l'anamnèse, des données subjectives du recourant, et de ses observations cliniques (objectives), a retenu que celui-ci souffre d'un fond dépressif (dysthymie) depuis janvier 2016, accompagné de temps à autre d'épisodes dépressifs plus importants (procès-verbal du 9 mars 2023 p. 3). En d'autres termes, le recourant présente un état dépressif dont l'intensité, fluctuante, dépend de l'intensité de ses douleurs (rapport du 29 juillet 2022 p. 10). L'expert a pu constater le caractère variable de la dépression ; des signes objectifs étaient relevés (tristesse, ralentissement) lors du premier entretien le 1<sup>er</sup> juillet 2022, mais pas lors du second une semaine plus tard (p. 11). Le recourant avait certes présenté un véritable épisode dépressif avant janvier 2016 selon le rapport du Dr M\_\_\_\_\_ du 12 mai 2015 (dans lequel ce dernier avait diagnostiqué un épisode dépressif sévère). Cependant, ce psychiatre traitant faisait état en janvier 2016 d'une amélioration compatible avec la mise sur pied de mesures de réadaptation. Comme la récupération n'était pas encore totale à ce moment, et qu'un fond dépressif persistait depuis lors, de caractère fluctuant, moins sévère, le Dr G\_\_\_\_\_ a conclu que ce tableau correspondait davantage au diagnostic de dysthymie, en précisant, lors de son audition par-devant la Cour de céans, que si le recourant avait souffert d'un épisode dépressif long (donc caractérisé), les conséquences en auraient été visibles lors de l'expertise (p. 11 ; procès-verbal du 9 mars 2023 p. 3). Dans la mesure où le recourant avait présenté un épisode dépressif léger entre 2011 et 2013, en rémission complète au moment de l'accident en 2014, puis un épisode dépressif sévère en 2015, pour lequel il avait suivi un traitement, le Dr G\_\_\_\_\_ a posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent, qui était au jour de l'expertise en rémission, puisque l'état de santé de l'expertisé n'atteignait pas le degré d'un véritable épisode dépressif (p. 11).

Le Dr G\_\_\_\_\_ a par ailleurs indiqué que le diagnostic de probable dépendance aux opiacés se justifiait, puisque le recourant recevait des prescriptions d'antalgiques majeurs (opiacés), qui étaient des substances addictives, auxquelles

il était vraisemblablement devenu dépendant, vu qu'il les prenait depuis une longue période, soit depuis mars 2018 (p. 11 ; procès-verbal du 9 mars 2023 p. 3).

Le Dr G\_\_\_\_\_ a conclu que les limitations fonctionnelles induites par la prise chronique de ces opiacés cumulativement à l'existence de la dysthymie (soit une baisse de l'énergie [fatigue], l'affection des capacités cognitives [attention, concentration] et volitives [motivation, estime de soi]) entraînaient une baisse de rendement de 30%, depuis mars 2018, date à laquelle la prescription de ces substances était documentée (rapport du 29 juillet 2022 p. 12). Contrairement à ce que voudrait le recourant, la diminution de rendement ne peut pas remonter à une date antérieure, en l'absence de prise régulière et prolongée d'opiacés avant mars 2018 (rapport complémentaire du Dr G\_\_\_\_\_ du 18 décembre 2023).

Il sera au passage souligné que le fait que cet expert ne se soit pas prononcé sur la capacité de travail du recourant pour la période entre 2015, durant laquelle ce dernier souffrait d'un épisode dépressif sévère, et janvier 2016, date à partir de laquelle il présente une dysthymie, ne porte pas à conséquence, car, de toute manière, le recourant a bénéficié d'une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> août 2015 au 31 août 2016, fondée sur une totale incapacité de travail dans toute activité du 25 juin 2014 à mai 2016.

**12.3.2** S'agissant du « succès du traitement et de la réadaptation », quelles que soient les critiques du recourant en ce qui concerne l'indication par le Dr G\_\_\_\_\_ de l'ampleur de ses traitements et de la fréquence de ses consultations médicales, il ne ressort pas du dossier que celui-là serait confronté à un échec de toute thérapie médicalement indiquée. Le Dr B\_\_\_\_\_ mentionne en particulier que les traitements antalgiques et la prise d'un antidépresseur (Duloxétine) en tant que modulateur de la douleur sont adéquats (rapport du 9 janvier 2023 p. 29). Le Dr G\_\_\_\_\_, qui considère également que le traitement sur le plan psychiatrique est approprié (p. 16), indique que le recourant peut suivre une mesure de réadaptation professionnelle - comme celui-ci le souhaite du reste - en tenant compte de sa baisse de rendement de 30% (rapport du 29 juillet 2022 p. 16).

**12.3.3** S'agissant des « comorbidités », comme on l'a vu plus haut, les troubles somatiques du recourant ne l'empêchent pas d'exercer une activité adaptée à plein temps, en tout cas depuis juin 2016.

**12.3.4** S'agissant du complexe de « la personnalité », ni l'expert, ni les psychiatres traitants ne retiennent un trouble spécifique de la personnalité au sens d'une classification diagnostique reconnue.

**12.3.5** Pour ce qui est du « contexte social », le recourant vit avec son épouse et leurs trois enfants. Bien que l'entente conjugale soit mauvaise depuis deux-trois ans, le recourant rencontre régulièrement son frère qu'il apprécie, et sort se promener avec ses enfants (rapport du 29 juillet 2022 p. 5). Son contexte familial lui procure donc des ressources mobilisables.

**12.3.6** En ce qui concerne la catégorie « cohérence », le Dr G\_\_\_\_\_ admet que la souffrance de recourant, qui n'a pas cessé de demandé des soins psychiatriques et qui est compliant au traitement (p. 9), est réelle (p. 13).

**12.3.7** Compte tenu des indicateurs pertinents, il y a lieu d'admettre, avec le Dr G\_\_\_\_\_, que le recourant dispose, sur le plan psychique, d'une capacité de travail de 70% depuis mars 2018, étant souligné que l'avis du Dr D\_\_\_\_\_ du 17 janvier 2023 (auquel se réfère le recourant) n'est pas de nature à discréditer les conclusions de l'expert judiciaire.

À cet égard, le fait que le Dr G\_\_\_\_\_ ait tiré d'autres conclusions de faits connus et se soit ainsi écarté des diagnostics posés par le Dr D\_\_\_\_\_ et de l'appréciation de ce dernier sur la capacité de travail (50%) ne suffit pas pour nier la valeur probante de l'expertise judiciaire. En effet, le psychiatre traitant retient ce taux d'activité sans préciser quelles sont les limitations fonctionnelles objectivables qui motivent cette réduction. À l'inverse, l'expert judiciaire a pris en considération l'avis de son confrère et expliqué de manière circonstanciée les raisons pour lesquelles il ne pouvait pas être suivi. C'est le lieu de rappeler que 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). Ainsi, ce qui importe, c'est de déterminer si, en dépit des troubles psychiques que le recourant présente, il est en mesure d'exécuter une tâche ou une action, ce qui est le cas à hauteur de 70% depuis mars 2018 au vu des explications plus détaillées de l'expert judiciaire, qui emportent la conviction.

**12.4** Sur le plan consensuel, les Drs B\_\_\_\_\_ et G\_\_\_\_\_ s'accordent à dire que la capacité de travail du recourant, nulle dans l'activité habituelle, est de 70% dans une activité adaptée en raison des atteintes psychiques depuis mars 2018 (rapport du 4 janvier 2023 p. 7).

Le Dr G\_\_\_\_\_ s'est déterminé sur le rapport de la Clinique de Montana du 30 novembre 2022, postérieur à son expertise, au moment du consensus, ce document ayant été versé au dossier dans l'intervalle. Il considère que le séjour du recourant dans cet établissement du 7 au 24 novembre 2022 ne justifie pas une modification des diagnostics ni du taux de la capacité de travail résiduelle. Il constate que le status décrit (absence de ralentissement moteur et vocal, absence de baisse de la motivation, coopération active au traitement, présence d'un contact familial, thymie légèrement abaissée seulement, amélioration rapide de l'humeur) était incompatible avec le diagnostic d'épisode sévère formellement retenu dans ce rapport (rapport du 4 janvier 2023 p. 7 ; procès-verbal du 9 mars 2023 p. 3-4).

Aucun rapport médical au dossier, ni même celui du Dr D\_\_\_\_\_ du 17 janvier 2023, ne fait état d'éléments médicaux objectifs permettant de remettre en cause l'appréciation du Dr G\_\_\_\_\_ quant à l'inexistence d'un épisode dépressif conséquent à la suite de ce bref séjour hospitalier.

Enfin, les Drs B\_\_\_\_\_ et G\_\_\_\_\_ reconnaissent une diminution de 10% du taux d'incapacité de travail dès décembre 2020, en raison du syndrome douloureux central que présente le recourant, qui a été mis en évidence par la Dre E\_\_\_\_\_ dans son rapport du 1<sup>er</sup> décembre 2020. Ils expliquent que ce syndrome implique un renforcement réciproque entre le tableau douloureux chronique et la diminution chronique de l'état thymique (rapport du 4 janvier 2023 p. 8).

On ne peut pas, comme le voudrait le recourant, retenir une majoration du taux d'incapacité de travail en raison dudit syndrome avant décembre 2020, en l'absence de rapport médical antérieur à cette date posant ce diagnostic.

**12.5** En définitive, les rapports d'expertise des Drs B\_\_\_\_\_ et G\_\_\_\_\_ revêtent pleine valeur probante, de sorte qu'il convient d'admettre que la capacité de travail du recourant, nulle dans l'activité habituelle, est, dans une activité adaptée, de 100% dès le 1<sup>er</sup> juin 2016, de 70% dès le 1<sup>er</sup> mars 2018, et de 60% dès le 1<sup>er</sup> décembre 2020.

- 13.** Au vu de ce qui précède, il convient d'admettre partiellement le recours, d'annuler la décision du 22 septembre 2020, et de renvoyer la cause à l'intimé (comme il le propose) pour le calcul du degré d'invalidité du recourant, afin de ne pas priver les parties de la garantie d'une double instance avec plein pouvoir d'examen en fait et en droit sur cette question, ainsi que pour l'examen du droit éventuel du recourant à une mesure de réadaptation professionnelle (cf. art. 8 LAI).
- 14.** Le recourant, représenté par un avocat, obtenant partiellement gain de cause, une indemnité lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA en corrélation avec l'at. 89H al. 3 LPA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). L'autorité cantonale chargée de fixer l'indemnité de dépens jouit d'un large pouvoir d'appréciation (ATF 111 V 49 consid. 4a). Les dépens sont fixés en fonction du nombre d'échanges d'écritures, de l'importance et de la pertinence des écritures, de la complexité de l'affaire et du nombre d'audiences et d'actes d'instruction (ATAS/987/2022 du 14 novembre 2022 consid. 24.1).

Cette indemnité, dont il paraît nécessaire de rappeler qu'elle consiste en une participation aux frais et dépens, et non en l'indemnisation de l'intégralité des honoraires d'avocat, sera arrêtée en l'espèce à CHF 4'000.-, dès lors que plusieurs échanges d'écritures et deux audiences ont eu lieu, en plus de la prise de connaissance d'une expertise judiciaire psychiatrique et d'un complément d'expertise rhumatologique.

- 15.** Au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument, fixé en l'espèce à CHF 500.- (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI).

\*\*\*

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision du 22 septembre 2020.
4. Renvoie la cause à l'intimé pour nouvelle décision au sens des considérants.
5. Alloue au recourant une indemnité de CHF 4'000.- à titre de dépens, à la charge de l'intimé.
6. Met un émolument de CHF 500.- à la charge de l'intimé.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Diana ZIERI

Karine STECK

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