



POUVOIR JUDICIAIRE

A/3518/2019

ATAS/439/2020

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 5 juin 2020

2^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A _____, domicilié chez Mme B _____, rue _____ au _____
PETIT-LANCY, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Pierre-Bernard PETITAT _____
recourant

contre

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

Siégeant : Blaise PAGAN, Président; Anny FAVRE et Christine TARRIT-DESHUSSES, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant portugais né en 1962, a travaillé en Suisse de 1984 à 1998 en tant que contrôleur de frêt à C_____. De 1999 à 2008, il a vécu au Portugal, où il a été gérant d'un restaurant, puis s'est consacré à des transactions immobilières. Il s'est à nouveau établi en Suisse en 2009, où il a obtenu un contrat à durée déterminée jusqu'en 2010 comme coursier pour D_____. Il a ensuite perçu des indemnités de chômage. Il a à nouveau été engagé en tant que coursier par D_____ du 1^{er} octobre 2013 au 31 octobre 2014 à un taux d'activité de 75 %.
2. Le docteur E_____ a attesté d'une incapacité de travail totale de l'assuré dès le 17 octobre 2014.
3. Le 21 octobre 2014, l'assuré s'est annoncé à l'assurance-chômage et un délai-cadre d'indemnisation a été ouvert en sa faveur dès le 1^{er} novembre 2014.
4. Une IRM lombaire du 28 octobre 2014 a révélé l'intégrité de la lordose lombaire avec un pincement discal L5-S1, un status post-chirurgical avec MODIC de grade III à cet étage et un antécédent de voie interlamellaire gauche avec un très discret rehaussement antéro-épidural gauche d'allure inflammatoire au contact de la racine L5 gauche. Il n'y avait pas de conflit disco-radriculaire ou de récurrence de hernie discale objectivée un rétrécissement foraminaux interne L5-S1 gauche (*sic*). Une souffrance articulaire postérieure L4-L5 ainsi qu'une discopathie circonferentielle L4-L5 et une involution graisseuse musculaire para-spineuse étaient notées.
5. Le 11 mai 2015, l'assuré a adressé à l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé) un formulaire de demande d'allocation pour imputent.
6. L'IRM du 27 mai 2015 s'est révélée strictement superposable à l'examen d'octobre 2014, retrouvant l'intégrité de la lordose lombaire avec pincement discal L5-S1 et discopathie érosive LS-SI associée à un MODIC de grade III à cet étage ; un épaissement latéro-épidural gauche en hyposignal T2 intéressant la base de l'espace foraminaux gauche L5-S1, de taille inchangée et en amélioration inflammatoire après injection de gadolinium ; et un aspect séquellaire de signal et anatomique discordant, pouvant correspondre à un fragment discal et à un épaissement dural. Un bloc de la douleur péridurale L5 gauche pourrait être réalisé.
7. L'assuré a consulté les médecins du service de neurochirurgie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) le 2 juin 2015 en raison de lombalgies en barre prédominante à droite depuis plusieurs semaines, de fasciculations du mollet sans irradiation radriculaire franche au niveau du membre inférieur gauche et d'une hypoesthésie du mollet. À l'issue de l'examen, les médecins ont retenu des lombalgies à caractère mécanique. Ils préconisaient un gainage abdomino-dorsal sous supervision physiothérapeutique, accompagné d'une antalgie et d'une

infiltration facettaire L4-L5 bilatérale, ainsi qu'un électroneuromyographe (ci-après : ENMG) pour les fasciculations. Au vu de l'absence de déficit neurologique et des trouvailles radiologiques, une prise en charge chirurgicale n'était pas préconisée.

8. Le docteur F_____, spécialiste FMH en neurologie, a procédé à un ENMG le 23 juin 2015. Cet examen était à la limite de la norme et ne montrait que des fasciculations au niveau du muscle jumeau interne des deux côtés, sans signe de dénervation aiguë ni perturbation des neurographies. L'origine des fasciculations restait peu claire, mais l'absence des autres potentiels de repos était plutôt rassurante. Le diagnostic différentiel se discutait entre une atteinte radiculaire dans le cadre de troubles dégénératifs et une atteinte du motoneurone. Il n'y avait pas d'argument pour une atteinte tronculaire du nerf sciatique. Une hyperexcitabilité neuromusculaire rentrait dans le diagnostic différentiel sous forme de syndrome de crampes-fasciculations bénignes. Le neurologue proposait un ENMG de contrôle quelques mois plus tard.
9. Le 23 juin 2015, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'OAI, précisant qu'elle annulait et remplaçait la demande d'allocation pour impotent déposée le 11 mai précédent.
10. Dans un rapport du 6 juillet 2015, le Dr E_____ a diagnostiqué avec effets sur la capacité de travail un pincement discal et une discopathie érosive L5-S1 depuis une année. L'assuré était connu pour des troubles dégénératifs de longue date et avait été opéré d'une hernie discale au Portugal en 2007. Les douleurs étaient importantes et la marche était difficile. L'incapacité de travail était totale depuis le 17 octobre 2014. La mobilité était réduite et l'assuré ne pouvait rien porter. Le médecin a retenu toutes les limitations fonctionnelles sur le formulaire correspondant.
11. L'assuré a revu les médecins du service de neurochirurgie des HUG le 5 août 2015. Ces derniers ont posé les diagnostics principaux de discopathie L5-S1 et de status post-intervention chirurgicale pour hernie discale L5-S1 en 2007. L'assuré évoquait des lombalgies sans irradiation dans les membres inférieurs, ainsi que des fasciculations au niveau des mollets, prédominant à gauche, depuis deux mois. Il décrivait également une hypoesthésie du mollet depuis l'intervention chirurgicale de 2007. Les lombalgies apparaissaient lors de la marche et d'efforts physiques. Elles étaient assez bien soulagées par le repos. Une infiltration facettaire L4-L5 bilatérale avait été réalisée le 11 juin 2015, avec un bénéfice partiel. Au status neurologique, les médecins notaient une mobilité lombaire diminuée. La force et la sensibilité étaient conservées, hormis l'hypoesthésie du mollet gauche. Les réflexes ostéo-tendineux étaient normovifs et symétriques. Les médecins proposaient de la physiothérapie pour gagner la musculature abdominale et lombaire.
12. Le Dr F_____ a revu l'assuré pour un ENMG de contrôle le 29 septembre 2015. Cet examen était superposable au précédent. Les fasciculations étaient très

probablement séquellaires à une radiculopathie ancienne L5 ou S1 gauche. En tous les cas, il n'y avait pas d'argument pour une maladie dégénérative ou pour une nouvelle lésion radiculaire aux membres inférieurs. Par ailleurs, l'assuré présentait des lombalgies chroniques pour lesquelles un traitement de physiothérapie et anti-inflammatoire non stéroïdien semblait indiqué dans un premier temps.

13. La doctoresse G_____, médecin au service de neurochirurgie des HUG, a attesté d'une incapacité de travail totale du 12 août au 7 octobre 2015, qu'elle a ensuite régulièrement prolongée jusqu'au 31 mai 2017.
14. Dans un courrier du 9 octobre 2015 à l'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie, le Dr E_____ a fait état de troubles dégénératifs lombaires et d'importantes lombosciatalgies, avec des douleurs musculaires dans les membres inférieurs. L'incapacité de travail serait évaluée par le Dr F_____. Il était trop tôt pour se prononcer sur la reprise d'une activité professionnelle.
15. Dans son rapport reçu en novembre 2015 par l'OAI, le Dr F_____ a diagnostiqué des douleurs et fasciculations du membre inférieur gauche, probablement séquellaires à la hernie discale opérée en 2007. Il ne pouvait se prononcer sur la capacité de travail de l'assuré, qu'il n'avait vu que deux fois.
16. Dans son rapport du 1^{er} décembre 2015, la Dresse G_____ a diagnostiqué avec effets sur la capacité de travail une dépression en 2011, un lumbago chronique et un status après chirurgie lombaire en 2007.

Dans l'anamnèse, elle a relevé que les suites de l'opération de la hernie discale en 2007 avaient d'abord été favorables. Les fasciculations actuelles gênaient beaucoup l'assuré. Le lumbago chronique persistait depuis avril 2015. L'assuré décrivait des lombalgies basses prédominant à gauche avec des douleurs également dans le mollet, mal systématisées. Les infiltrations réalisées n'avaient pas amélioré le lumbago. Un entraînement renforcé du dos avait tout de même soulagé une partie des douleurs. L'assuré présentait en outre une dépression depuis 2011. S'agissant du lumbago, un travail adapté était envisageable. Il était important pour l'assuré de poursuivre le traitement de physiothérapie en piscine. Du point de vue médical, l'activité de facteur était encore exigible, avec limitation à 30 minutes des périodes debout, sans réduction de rendement.

Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : pas d'activités uniquement en position assise ou debout, en se penchant, à genoux, en rotation en position assise ou debout, pas de port de charges de plus de 5 kg, pas de travaux sur une échelle ou en montant les escaliers.

17. Les 8 et 15 avril 2016, l'assuré a subi des arthrographies péri-radiculaires L5.
18. Le 16 juin 2016, la Dresse G_____ a rapporté une aggravation de l'état de santé de l'assuré. La dépression latente probable était redevenue actuelle et un suivi psychiatrique était organisé. Les troubles du dos influençaient à 80 % sur la capacité de travail, la dépression à 20 %. Le pronostic était peu favorable. La capacité de travail

était nulle dans l'activité habituelle et de 80 % dans une activité adaptée. L'assuré attendait une intervention chirurgicale. Les limitations fonctionnelles déjà posées étaient confirmées.

19. Le 22 juillet 2016, la Dresse G _____ a indiqué à un neurochirurgien des HUG que les diagnostics étaient ceux de lombalgies invalidantes avec blocage lombo-sacral ; de lombosciatalgies avec légère faiblesse du myotome L5 et hypoesthésie S1 connue ; et de status post-opération d'une hernie discale L5-S1 gauche. Tous les traitements conservateurs possibles avaient été tentés. L'option neurochirurgicale consistait en une fixation au niveau L5-S1 avec spondylodèse postérieure et mise en place d'une cage (TLIF) à gauche au niveau L5-S1 sur un espace discal déjà très rétréci. Cette chirurgie permettrait de libérer les racines L5 et S1 à gauche et de décompresser ce segment. L'assuré avait été informé du risque d'échec du traitement chirurgical de 20 à 30 %, mais vu la prédominance du lumbago, il restait un candidat à cette intervention. L'incapacité de travail se poursuivait, car il ne pouvait pas rester debout ni assis longtemps.
20. Dans un rapport de décembre 2016, la Dresse G _____ a indiqué que l'état psychique de l'assuré lui semblait un peu détérioré. L'état n'était actuellement pas stabilisé, l'assuré attendant une intervention. Un travail adapté serait possible si la situation psychique était réglée.
21. Le 19 décembre 2016, l'assuré a subi une spondylodèse postérieure avec TLIF L5-S1, pratiquée aux HUG. Les médecins ont attesté d'une incapacité de travail totale de cette date au 3 février 2017.
22. Dans un rapport du 9 janvier 2017, le docteur H _____, spécialiste FMH en psychiatrie, a fait état d'une capacité de travail nulle dans toute activité. Il a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode actuel modéré à sévère (F 33.1-2) depuis 2014. L'assuré avait été hospitalisé en 2011 au Portugal en milieu psychiatrique en raison de conflits de couple. Il était difficile de savoir s'il avait connu une période de rémission ensuite, mais il présentait une nouvelle exacerbation de ces symptômes depuis environ 2014. Les différents facteurs étaient l'assassinat de sa mère en 1998, qu'il n'arrivait toujours pas à surmonter et qui envahissait ses pensées au quotidien, des conflits de couple ayant abouti à une séparation en 2014 et qui persistaient autour de l'éducation de leur fils de 15 ans, ce qui avait justifié une intervention du Service de protection des mineurs, et finalement ses douleurs lombaires. Lors de la première consultation en septembre 2016, l'assuré était triste et avait de la difficulté à se projeter dans l'avenir. Il décrivait un sentiment de lassitude, centré sur la situation de son fils. Il n'avait pas d'idées de culpabilité et l'estime de soi n'était que modérément diminuée. Il avait d'importants troubles du sommeil, qui contribuaient à son sentiment de désespoir par l'intense fatigue ressentie. L'appétit était légèrement augmenté. L'assuré avait des idées suicidaires quotidiennes avec projet par arme à feu, il n'avait plus d'envie ni de plaisir. Il semblait aussi fortement ralenti sur le plan psychomoteur, avec une importante latence dans les réponses aux questions.

L'assuré suivait une psychothérapie déléguée à raison d'une à deux séances par semaine. Depuis quelques semaines, une légère amélioration partielle était notée. Les idées suicidaires restaient présentes, notamment depuis l'opération du dos, qui pour l'instant n'apportait pas de bénéfices. Par contre, les troubles du sommeil s'étaient améliorés et la thymie était légèrement meilleure, avec un retour discret de son énergie et de l'envie. Il n'arrivait toujours pas à se projeter dans l'avenir. Le pronostic était réservé. La majorité des facteurs de crise persistait et leur impact restait important, malgré un traitement intensif. Les restrictions liées à l'épisode dépressif étaient un manque d'énergie, une perte de motivation, une difficulté d'attention et de concentration et une grande vulnérabilité au stress. Une reprise professionnelle n'était pas encore envisageable.

23. Un scanner lombaire du 23 mars 2017 a montré une spondylodèse L5-S1 avec un matériel intersomatique intègre et en place.
24. Une radiographie du 20 mai 2017 n'a pas révélé de modification du status après la spondylodèse. Il n'y avait pas de tassement.
25. Dans un avis du 6 juillet 2017, la doctoresse I_____, médecin au service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), a résumé le dossier de l'assuré. Elle considérait que la situation orthopédique n'était pas stabilisée, et l'atteinte psychique justifiait d'une incapacité de travail totale depuis septembre 2016.
26. Dans son rapport du 20 juillet 2017, le Dr H_____ a qualifié l'état de stationnaire. L'assuré présentait toujours un épisode dépressif d'intensité au minimum moyenne selon les périodes. Il était cependant moins envahi par les différents éléments traumatiques, et les idées obsessionnelles autour du décès de sa mère étaient moins présentes. L'amélioration était souvent transitoire, l'assuré étant rapidement affecté par des évènements familiaux en tout genre. Il était très isolé socialement, continuait à souffrir de troubles du sommeil handicapants, et il présentait un certain pessimisme, associé à un sentiment de désespoir et d'incurabilité, qui l'amenait par exemple à interrompre son traitement antidépresseur. Le Dr H_____ a confirmé l'incapacité de travail totale dans toute activité ainsi que les limitations fonctionnelles déjà définies.
27. Dans un rapport du 14 août 2017, la Dresse G_____ a posé les diagnostics de lombalgies chroniques ; de status après opération le 19 décembre 2016 avec spondylodèse L5-S1 et TLIF ; de status après opération d'une hernie discale L5-S1 gauche en 2006 et de troubles psychiques. La situation était stabilisée du point de vue somatique. L'intervention en décembre 2016 avait amené une nette amélioration au niveau des jambes, mais les douleurs au niveau lombaire persistaient. Il n'y avait plus d'amélioration à attendre. Il y avait eu une aggravation transitoire des douleurs du 18 mai 2017 jusqu'à fin juin 2017 après une chute. Depuis, la situation était stagnante. Les limitations fonctionnelles à respecter étaient le travail en position alternée, sans flexion du tronc en avant ni position accroupie. La station debout était supportée au maximum 45 minutes, la position assise

pendant une heure, et la marche pendant 30 minutes. Il fallait éviter le port de charges de plus de 5 kg. La capacité de travail était limitée à 30 % du point de vue somatique, et l'assuré était très motivé.

28. Dans un rapport du 30 novembre 2017, la Dresse G_____ a posé les diagnostics de status après TLIF L5-S1, de lombalgies chroniques actuellement en amélioration, et de suivi psychiatrique avec médication. De la physiothérapie ou du fitness étaient proposés pour renforcer la musculature abdominale et de la cuisse. Vu l'évolution lentement favorable, la neurochirurgienne espérait que l'assuré trouverait un travail adapté. L'Hospice général lui avait proposé un travail d'accompagnement de personnes.
29. Lors de la consultation du 16 décembre 2017, la Dresse G_____ a diagnostiqué des lombalgies chroniques améliorées un an après l'intervention chirurgicale, et une suspicion de meralgie paresthésique avec sensation de brûlures et hyposensibilité au niveau de la cuisse latérale. La radiographie de contrôle révélait des implants correctement en place. Le programme de fitness et les auto-exercices devaient débiter, et un travail adapté était recommandé. L'assuré ne se plaignait pas de nouveaux problèmes. Depuis l'intervention, il y avait une amélioration avec quasi disparition des douleurs irradiant dans la jambe et une amélioration des douleurs au niveau du dos, qui étaient actuellement para-médianes. L'assuré avait actuellement un travail consistant à accompagner des personnes ayant besoin d'aide. Il décrivait des douleurs en fin de journée, surtout après de longs trajets en bus. L'évolution était lentement favorable.
30. Dans son avis du 3 avril 2018, la Dresse I_____ a retenu une incapacité de travail pour atteinte somatique et psychique depuis octobre 2016. Du fait des atteintes rhumatologiques, la capacité de travail était définitivement nulle comme postier depuis cette date. Une expertise psychiatrique et rhumatologique était préconisée.
31. Dans un rapport du 18 avril 2018, la Dresse G_____ a répété que depuis l'intervention, il y avait une amélioration avec quasi disparition des douleurs irradiant dans la jambe gauche et une amélioration des douleurs au niveau du dos et de l'articulation sacro-iliaque des deux côtés. L'état était légèrement amélioré. Elle a repris les limitations fonctionnelles déjà signalées. L'assuré avait un travail à 20 % consistant en accompagnement de personnes âgées, qu'il exerçait bénévolement pour se distraire et pour travailler un peu. Après deux heures, il devait se coucher en raison de douleurs. D'un point de vue strictement neurochirurgical, la capacité de travail était de 100 % dans un travail adapté avec rendement réduit, avec des pauses de 30 minutes à une heure le matin et l'après-midi. Dans son ancien travail à la poste, la capacité de travail était nulle en raison des difficultés à utiliser le scooter. Le pronostic était stagnant.
32. Dans un rapport du 20 avril 2018, le Dr H_____ a qualifié l'état de santé de stationnaire. L'assuré avait présenté une amélioration de son état dépressif à l'automne 2017, avant une nouvelle rechute début 2018, actuellement d'intensité

modérée, avec des idées suicidaires occasionnelles. Les facteurs déclenchants étaient souvent similaires : douleurs dorsales ou conflits familiaux. En observant la situation de l'assuré ces dernières années, le Dr H_____ notait quelques périodes d'amélioration mais globalement une persistance de l'état dépressif, dont l'intensité oscillait entre légère et sévère. L'assuré restait vulnérable aux facteurs précités. Le pronostic était mauvais en l'absence de franche amélioration durable. Les conclusions du psychiatre étaient inchangées, et il considérait que l'assuré ne retrouverait pas de capacité de travail, même à long terme. La longue attente à la suite des démarches auprès de l'OAI avait tendance à aggraver ses troubles psychiques.

33. Dans une note du 28 janvier 2019, la doctoresse J_____, médecin au SMR, a considéré qu'une expertise orthopédique serait plus à même d'apprécier les répercussions de l'atteinte rachidienne de l'assuré sur sa capacité de travail.
34. Le 7 février 2019, l'OAI a indiqué à l'assuré qu'une expertise orthopédique et psychiatrique aurait lieu le 20 mars 2019. Elle serait confiée aux docteurs K_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, et L_____, spécialiste FMH en psychiatrie. Il l'a invité à faire valoir d'éventuels motifs de récusation à leur rencontre.
35. Selon une note du 18 mars 2019, l'expertise orthopédique serait finalement réalisée par le docteur M_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique. L'assuré en avait été informé téléphoniquement.
36. Dans le rapport d'expertise du 24 avril 2019, les Drs M_____ et L_____ ont résumé le dossier de l'assuré, et ont relaté son parcours personnel et professionnel.

Dans l'évaluation consensuelle, ils ont noté qu'au plan somatique, depuis 2006, la pathologie du rachis n'avait objectivement pas évolué de manière significative. La discopathie L5-S1 avait été stabilisée à satisfaction sur le plan orthopédique, sans déclencher de troubles sus-jacents. Au plan psychique, l'état de santé de l'assuré s'était prétérité en 2011, après qu'il avait découvert que son épouse le trompait. Il avait été hospitalisé trois semaines. Il avait eu des dorsalgies qui avaient requis des gestes chirurgicaux. Des manifestations algiques persistaient. Un épisode dépressif s'était décompensé à nouveau. Sa situation sociale était préoccupante. Sa dernière relation conjugale s'était arrêtée en octobre 2018. Actuellement, il n'existait que des lombalgies fonctionnelles sans substrat somatique. Toutes les investigations récentes montraient un état stabilisé après la dernière opération, sans inflammation résiduelle significative. Une atteinte purement subjective ne justifiait pas de limitation somatique ni de baisse de rendement. L'assuré présentait un inflexionnement thymique, une hédonie diminuée, une asthénie, une diminution de la confiance en soi, des idées de dévalorisation et une attitude morose face à l'avenir. Il ne s'agissait pas du premier épisode dépressif. L'expert psychiatre s'écartait du diagnostic d'épisode sévère en l'absence des critères d'une intensité sévère, d'autant que les taux sériques de mirtazapine mesurés le 20 mars 2019

étaient indétectables, alors même que l'assuré était censé en prendre 45 mg par jour. Une majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques ne pouvait être retenue en l'absence d'histrionisme. Un syndrome douloureux somatoforme persistant était exclu, eu égard à l'absence de plainte douloureuse intense et persistante de premier plan.

Les diagnostics étaient ceux de lombalgies fonctionnelles en barre perdurant au niveau de L5-S1 (M 54.5) ; de status après laminectomie gauche et probablement cure de hernie discale protrusive L5-S1 pour lumbago récidivant en 2007 ; de fibrillations des mollets depuis l'intervention, probablement sur légères séquelles d'atteinte nerveuse dans le cadre de sa cure de hernie discale L5-S1 ; de status après spondylodèse postérieure L5-S1 avec mise en place d'une cage pour lombalgies chroniques récidivantes, associées à des sciatalgies essentiellement gauches ; et de trouble dépressif récurrent, intensité actuelle moyenne sans syndrome somatique (F 33.10).

Il y avait une probable surcharge psychosociale, liée à des problèmes d'acculturation et d'instabilité sur le plan professionnel. Au plan psychique, l'anamnèse infantile contenait quelques éléments traumatiques tels que l'absence de son père puis son décès, et les carences affectives de sa mère. L'assuré n'avait cependant pas développé de trouble de la personnalité et avait correctement fonctionné depuis son adolescence jusqu'aux événements actuels. Il apparaissait quelques traits de dépendance, tels que le fait de ne pas pouvoir dire non à des amis lui empruntant de l'argent ou de ne pas s'être opposé aux activités kleptomane de son ex-épouse.

Au plan psychique, l'assuré conservait de nombreuses ressources : il savait s'adapter aux règles et routines et honorait correctement ses rendez-vous. Il savait planifier et structurer des tâches. Alors qu'il ne conduisait plus, il savait solliciter l'aide de proches pour le transport ou l'hébergement. Il faisait preuve de flexibilité et de capacité d'adaptation, comme en témoignait son intérêt pour ses activités bénévoles. Sa capacité de jugement et de prise de décisions n'était pas altérée. Son endurance était amenuisée par les phénomènes asthéniques et algiques. L'aptitude à s'affirmer était parfois diminuée. Il ne peinait pas à établir des relations avec les autres et rendait visite à des amis à Cossonay. Les relations avec les proches étaient dégradées en raison du conflit avec son fils cadet et de son ancienne mésentente conjugale. Il peinait à avoir des activités spontanées, notamment sportives ou artistiques. Il s'intéressait cependant à l'actualité footballistique et au tennis. Son hygiène et ses soins étaient corrects. Il pouvait utiliser les transports en commun. Ses principales difficultés étaient les anciennes difficultés conjugales, ses dettes au Portugal, sa situation financière actuelle, ses troubles algiques et les difficultés avec son fils cadet.

Du point de vue somatique, il n'y avait pas d'explication probante aux plaintes subjectives. La diminution des activités était liée à des difficultés existentielles, notamment financières. L'assuré éprouvait du plaisir dans son activité bénévole et

appréciait les visites d'un couple d'amis à Cossonay. Les pertes de fonctionnalité professionnelle n'étaient pas liées au domaine psychiatrique mais à une chute à scooter. Un épisode dépressif d'intensité moyenne ne revêtait pas de caractère invalidant sur le long terme.

La capacité de travail était entière dans le dernier emploi à la Poste. Elle l'était également depuis toujours dans une activité adaptée. Les experts ont précisé qu'ils avaient eu une discussion consensuelle à ce sujet. L'atteinte du rachis, en l'état actuel, n'expliquait pas l'importance des troubles subjectifs. Dans ce cadre, on ne pouvait pas retenir une incapacité de travail, ni même une baisse de rendement. Seules certaines limitations fonctionnelles, consistant en un travail semi-assis, sans port de charges supérieures à 10-15 kg de manière répétitive ni flexion antérieure répétitive du tronc, étaient éventuellement acceptables. Au plan psychique, un épisode dépressif d'intensité moyenne ne revêtait pas de caractère invalidant sur le long terme. Consensuellement, les experts concluaient qu'il n'y avait pas de pathologie incapacitante chez l'assuré, et qu'il n'y en a jamais eu. Seules des incapacités de travail ponctuelles pouvaient être retenues.

Les experts ont noté que le travail de coursier à la Poste n'était pas physique, puisque l'assuré n'emportait qu'une sacoche d'environ 50 lettres qu'il devait remettre en mains propres aux destinataires. Pour se faire, il se déplaçait à scooter. Depuis septembre 2015, il dépendait de l'Hospice général et sa seule activité depuis 2017 était bénévole. Il vivait chichement. Il avait vendu sa voiture pour des raisons financières, mais également par peur d'avoir un accident, n'ayant pas confiance dans ses membres inférieurs. Sa journée-type débutait vers 06h00. Il regardait un moment la télévision ou surfait sur internet. Il disait sortir très rarement de la maison, pour aller faire des courses. Son fils l'aidait pour porter les commissions lourdes. L'après-midi, il restait très passif à la maison. Le soir, il se couchait en général à 22h00.

Au plan familial, sa mère avait été tuée en juillet 1998 et son père était décédé en 1974. Il n'avait plus de contact avec ses deux sœurs, qui vivaient en Suisse.

Ses problèmes de dos avaient vraiment débuté sous forme de blocage en barre dans la région lombo-sacrée en 2006. Ils avaient nécessité au moins quatre à cinq hospitalisations en urgence. Un examen avait mis en évidence une discopathie importante L5-S1 avec hernie protrusive médiane. Aucun rapport concernant la première intervention n'était versé au dossier. Il semblait qu'il y ait eu une laminectomie gauche avec probablement cure de hernie discale, mais sans stabilisation ni greffe intervertébrale. L'assuré décrivait une évolution favorable avec peu de gêne jusqu'en 2014. Le seul problème était l'apparition de fibrillations essentiellement du mollet gauche, mais également de temps en temps à droite. On avait en conclusion l'impression que depuis l'été 2017, la situation était stabilisée, avec subjectivement un léger mieux. Les plaintes actuelles étaient une douleur permanente en barre au niveau lombo-sacré, estimée à 7/10 à l'échelle EVA. Elle augmentait à 9/10 le matin au démarrage, avant de s'atténuer après quelques

minutes, et lorsqu'il restait trop longtemps debout. Le soir, il avait de la difficulté à trouver la bonne position pour s'endormir. Il se réveillait deux fois par nuit en raison de lombalgies et parfois en raison de vibrations dans le mollet gauche, pas vraiment douloureuses. La journée en position assise, il ne manifestait pas vraiment de limitation significative, mais disait devoir un peu bouger et changer ses appuis toutes les demi-heures. Hormis pour les courses, l'assuré n'effectuait quasiment aucune promenade, car il n'en avait pas envie et il avait peur que les douleurs augmentent. Le port de charges, selon ses dires, était limité à 2-3 kg. La position couchée le soulageait. La médication ne le soulageait pas. Compte tenu de cette situation, il n'arrivait pas à se projeter dans le futur. Il avait l'impression d'avoir devant lui un « trou noir » et avait envie de quitter ce monde.

Les experts ont observé que l'assuré s'était levé de sa chaise sans difficulté. Il était resté assis un peu plus d'une heure sans rechercher de posture antalgique particulière mais il avait tendance, de temps en temps, à changer ses appuis ischiatiques et se penchait très peu. Les mouvements de torsion étaient réalisés sans difficulté. Il restait très statique au niveau du rachis en se déshabillant.

Le Dr M_____ a ensuite rapporté ses constatations cliniques, avant de répéter les diagnostics retenus.

Dans le résumé de l'évolution personnelle et professionnelle de l'assuré, les experts ont noté que si dès le départ, un problème majeur de discopathie L5-S1 et quelques petites séquelles banales de maladie de Scheuermann dorsale basse avaient bien été mis en évidence, il était néanmoins difficile d'expliquer la survenance de blocages en barre de la charnière lombo-sacrée en 2006. Cela était d'autant moins compréhensible qu'après une intervention à fin 2007, la situation s'était améliorée au niveau des plaintes lombaires pendant sept ans. Au vu des divers bilans radiologiques, on constatait qu'entre 2006 et 2014, il n'y avait pas eu d'évolution de l'inflammation au niveau L5-S1 et l'intervention chirurgicale de fin 2007 n'avait pas redonné de hauteur intervertébrale, ni modifié le canal lombaire ou la surcharge au niveau des articulaires postérieures. Dans un tel contexte, on se serait donc plutôt attendu à une persistance des plaintes algiques au niveau de la charnière lombo-sacrée. Cependant, il n'existait pas véritablement de corrélation claire entre les troubles subjectifs douloureux du rachis et les atteintes objectives radiologiques constatées. Il n'y avait pas non plus réellement d'explication organique à la récurrence des douleurs lombaires et à l'apparition de sciatalgies gauches non véritablement objectivées. Ces douleurs perdurant sans grand changement, une nouvelle opération avait tout de même été décidée. La spondylodèse avait pris. La zone était stable et il n'y avait aucun défaut de lordose. Depuis 2006, il n'y avait pas réellement eu d'autres troubles dégénératifs significatifs à l'espace L5-S1. Malgré cela, on constatait la persistance de lombalgies en barre, fonctionnelles, sans véritable explication somatique. En reprenant l'anamnèse, il était intéressant de noter que l'assuré avait eu passablement de peine à se stabiliser à un endroit et à trouver un travail fixe. Le premier épisode de lumbago aigu coïncidait avec une période

difficile professionnellement au Portugal. La deuxième récurrence des douleurs correspondait de nouveau à une difficulté à trouver une activité professionnelle stable. Dans ce contexte, il était très vraisemblable que des facteurs psychosociaux jouent un rôle déterminant dans la persistance de cette symptomatologie. Un nouveau bilan complet effectué début 2019 se révélait tout à fait rassurant. En conclusion, l'expert orthopédique avait l'impression que l'assuré était entré dans un cercle vicieux d'exclusion sociale associée à un déconditionnement majeur, puisqu'en raison de ses plaintes, il ne sortait quasiment plus de chez lui et ne voyait que très peu de gens, hormis son fils. La première intervention en 2007 paraissait très discutable à l'expert. Il peinait à comprendre les raisons d'une laminectomie avec cure de hernie discale sans sciatalgie, d'après l'anamnèse fournie par l'assuré. Une laminectomie ayant tendance à déstabiliser la statique lombaire, on aurait normalement dû s'attendre plutôt à une péjoration des lombalgies, ce qui n'avait pas été le cas pendant sept ans. La nouvelle intervention semblait beaucoup plus appropriée et aurait dû aboutir à une amélioration des plaintes. Le but de l'intervention avait été atteint. En conséquence, des facteurs autres que somatiques jouaient vraisemblablement un rôle dans l'évolution du cas. Dans un tel contexte, les chances de guérison paraissaient utopiques. Au vu du déconditionnement, il serait souhaitable qu'une physiothérapie de tonification et un renforcement musculaire soient entrepris. Il y avait manifestement une incohérence entre les plaintes relativement majeures au niveau du rachis lombaire et la façon dont l'assuré pouvait mobiliser sa colonne, sans difficulté apparente. Compte tenu de son âge, de sa formation scolaire, de l'absence de formation professionnelle terminée et de son parcours de vie, il était vraisemblable qu'il n'ait plus beaucoup de ressources pour s'extraire de sa situation psychosociale actuelle. L'expert disait comprendre que l'assuré ait de la peine à se projeter dans le futur, car il n'avait qu'une très faible probabilité d'arriver à se réintégrer dans le monde du travail. Cependant, sur le plan strictement orthopédique, il existait encore des capacités importantes. Le Dr M_____ a répété les limitations fonctionnelles. Toute activité en position semi-assise, permettant d'alterner les postures, était envisageable, par exemple chauffeur de taxi ou pour personnes handicapées ou travaux à l'établi. On pouvait même discuter d'une pleine capacité dans le dernier emploi. En tant que coursier, il n'y avait pas de contre-indication. Cette activité n'était pas physique et permettait de changer de position. L'assuré pouvait alterner le fait d'être assis sur son scooter avec quelques pas. La crainte de problèmes lombaires en raison des vibrations du deux-roues n'avait pas lieu d'être car la spondylodèse avait pris. S'agissant des faiblesses du membre inférieur qui pourraient le faire chuter, l'expert rappelait qu'objectivement, les examens neurologiques n'avaient pas démontré de troubles significatifs. De plus, lors de l'expertise, la musculature des deux membres inférieurs était excellente, sans véritable atrophie. En conséquence, sur le plan orthopédique, la capacité de travail pouvait être considérée comme entière sans baisse de rendement, soit 8 à 9 heures par jour. Le pronostic était toutefois réservé au vu de la période sans activité. Sur le plan somatique, il n'y avait pas d'éléments

justifiant une incapacité de travail dans un milieu adapté. Le Dr M_____ a une nouvelle fois décrit les limitations fonctionnelles.

Dans le volet psychiatrique, le Dr L_____ a notamment relevé que l'assuré avait été hospitalisé en milieu psychiatrique en 2011, lorsqu'il avait appris que son épouse le trompait. Il signalait une surcharge médicamenteuse volontaire avec deux litres de vin et son traitement habituel en octobre 2018. L'assuré appréciait son activité bénévole. La représentation de l'évolution future s'effectuait au travers du prisme algique. L'assuré pensait ne pas pouvoir être soulagé de ses douleurs.

Le Dr L_____ a ensuite énuméré les différents troubles et symptômes sous forme de liste, en mentionnant s'il les excluait ou les retenait et les commentant de manière télégraphique. Dans ce cadre, il a fait état d'un moral « très bas » avec aggravation vespérale. Les envies de l'assuré étaient son désir de « trouver une femme », et ses intérêts étaient son fils cadet, pour lequel il se faisait du souci et avec qui les relations étaient difficiles. Il avait du plaisir à rendre visite tous les deux mois à des amis à Cossonay. Son estime de soi était altérée. Il existait des difficultés d'endormissement et de réveil précoce. Un syndrome d'hypopnée obstructive du sommeil était diagnostiqué. L'assuré avait indiqué boire du vin, notamment deux verres la veille de l'expertise. Du point de vue de la personnalité, il se sentait faible. Il avait avant tout grandi avec ses grands-parents. Il évoquait une maltraitance de sa mère, qu'il voyait alors deux fois par an. Il avait 11 ans lors du décès de son père. Il était venu à Genève vers 15 ans. Sa mère avait été assassinée par son compagnon. Il avait divorcé en 2014 de son épouse, kleptomane, dont il avait trois enfants. Il avait eu une compagne pendant trois mois, avant que la relation ne s'assombrisse en octobre 2018.

Ses journées étaient décrites comme suit. Il regardait la télévision le matin, et restait isolé l'après-midi, hormis quelques courses avec l'aide de son fils. Il mangeait avec lui le soir. Ses loisirs étaient essentiellement constitués d'une activité de pêche, toutefois interrompue six ans plus tôt. Il conservait un intérêt pour le football et le tennis. Ses dernières vacances avaient été prises au Portugal, en 2018, pendant trois semaines, et s'étaient très bien passées.

L'assuré ne s'estimait pas capable de suivre des mesures de réadaptation professionnelle ou une activité professionnelle.

Objectivement, l'expert psychiatre décrivait un assuré compliant, correctement orienté. Il n'y avait pas d'anomalie de la mémoire, et l'attention n'était pas altérée. La tristesse était visible et la motricité entachée par des mesures d'épargne algique en position assise ou pour se lever du fauteuil d'examen. L'assuré avait des mouvements spontanés, il n'y avait pas d'hypomobilité du visage. Une fatigue perceptible était présente.

L'expert a répété que l'anamnèse infantile de l'assuré contenait quelques éléments traumatiques tels que l'absence de son père puis son décès, et les carences affectives de sa mère. Il n'avait cependant pas développé de trouble de la personnalité

incapacitant. Il notait des problèmes émotionnels ou relationnels à répétition depuis le début de l'âge adulte. Il apparaissait quelques traits de dépendance, tels que le fait de ne pas pouvoir dire non à des amis qui lui empruntaient de l'argent ou de ne pas pouvoir s'être opposé aux activités kleptomaniques de son ex-épouse. Il présentait un infléchissement thymique moyen, une capacité hédonique diminuée et une asthénie. Il ne s'agissait pas du premier épisode dépressif.

Le Dr L_____ a ensuite commenté les bilans sanguins. Le taux sérique de la venlafaxine n'était pas dans les taux thérapeutiques recommandés, et la mirtazapine n'était pas détectée, ce qui suggérait un problème de compliance. La psychologue de l'assuré, informée de ce point, avait exposé que ce dernier avait passablement bu la veille de l'expertise et avait préféré ne pas prendre son traitement.

La mesure de la dépression à l'échelle de Hamilton était de 21, ce qui correspondait à une intensité moyenne.

Le diagnostic était un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen sans syndrome somatique (F33.10). L'expert a ici répété les critères diagnostiques déjà évoqués dans l'appréciation consensuelle. Il a conclu qu'il n'y avait pas de limitations fonctionnelles du point de vue psychiatrique. La capacité de travail dans une activité adaptée aux difficultés algiques était entière et il n'y avait pas d'obstacle à une mesure de réadaptation. La poursuite du traitement psychiatrique était recommandée.

S'agissant du potentiel de réadaptation et des traitements essayés, le psychiatre a redit que les taux indétectables de mirtazapine suggéraient une non-compliance. Les chances de guérison d'un trouble dépressif récurrent d'intensité moyenne étaient bonnes, surtout si la compliance était bonne. En ce sens, des mesures de réadaptation aux difficultés algiques pouvaient être envisagées et soutenues d'un point de vue psychothérapeutique.

S'agissant de la cohérence, l'expert psychiatre a relevé qu'il existait une diminution de nombre d'activités, en raison de difficultés financières notamment. Il a répété que l'assuré éprouvait du plaisir dans son activité bénévole et à fréquenter ses amis de Cossonay. Les pertes de fonctionnalité professionnelle ne relevaient pas du domaine psychiatrique. La capacité de travail était entière dans une activité adaptée aux difficultés algiques. L'assuré conservait de nombreuses ressources. Il savait s'adapter aux règles et routines, honorait correctement ses rendez-vous. Il savait planifier et structurer des tâches et solliciter l'aide de proches pour le transport ou l'hébergement. Il savait faire preuve de flexibilité et de capacité d'adaptation, comme en témoignait son intérêt pour son activité bénévole. Il savait user de compétences spécifiques dans ce domaine. Sa capacité de jugement et de prise de décisions n'était pas altérée. Le Dr L_____ a une nouvelle fois repris ses observations s'agissant de l'endurance, amenuisée par les phénomènes asthéniques et algiques, et la capacité à établir des relations avec les autres, à solliciter son

entourage pour être transporté, à rendre visite à des amis à Cossonay et à évoluer au sein du groupe de bénévolat, et à l'intérêt pour le football et le tennis.

Les principales difficultés de l'assuré étaient ses troubles algiques, ses anciennes difficultés conjugales, ses dettes au Portugal, sa situation financière actuelle et les difficultés avec son fils cadet. Les taux indétectables de l'antidépresseur demeuraient un frein à une amélioration de son état de santé général, une bonne compliance était exigible.

La capacité de travail dans l'activité était de 08h30 par jour et la performance était réduite en raison d'une asthénie, potentiellement véhiculée par un trouble du sommeil objectivé. L'expert a ensuite répété que la capacité de travail était complète. Il n'y avait pas eu de psychopathologie incapacitante chez cet assuré, seules des incapacités de travail ponctuelles pouvaient être retenues.

Une compliance au traitement antidépresseur prescrit était exigible en vue de réduire le dommage à la santé. Il convenait de monitorer les taux sériques de mirtazapine en vue de s'assurer de la compliance nécessaire.

37. Dans un avis du 6 mai 2019, la Dresse I_____, médecin au SMR, a fixé le début de l'incapacité à décembre 2016. La capacité de travail était nulle en tant que coursier et complète dans une activité adaptée dès novembre 2017. Les limitations fonctionnelles consistaient à éviter le port de charges de 5 à 10 kg et les mouvements forcés en flexion-extension du rachis lombaire. Il convenait d'alterner les positions assises et debout. Elle a indiqué se rallier à l'expertise, tout en s'éloignant de ses conclusions, non cohérentes avec les atteintes. En effet, il persistait des séquelles douloureuses d'une atteinte à la santé orthopédique, justifiant de limitations fonctionnelles et d'une incapacité de travail totale comme coursier. Depuis novembre 2017, la capacité de travail était entière dans une activité adaptée.
38. Le 8 mai 2019, l'OAI a calculé le degré d'invalidité. Il a fixé le revenu avec invalidité en se fondant sur le revenu statistique tiré d'activités simples et répétitives pour un homme selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS) 2012 (TA1, Ligne Total), soit CHF 5'340.-. Après indexation et adaptation à la durée normale de travail, ce revenu était de CHF 67'102.- par an, et de CHF 57'036.- après abattement de 15 %. Le revenu avant invalidité était basé sur la même base statistique, l'assuré étant en recherche d'emploi lors de sa demande à l'OAI. Le degré d'invalidité s'élevait ainsi à 15 %.
39. Le 14 mai 2019, l'OAI a adressé un projet de décision à l'assuré, dans lequel il a nié le droit aux prestations. Il a retenu une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle dès le 1^{er} décembre 2016, date du début du délai de carence d'une année. Dès le 1^{er} novembre 2017, la capacité de travail était entière dans une activité adaptée. Compte tenu d'un degré d'invalidité de 15 % dès cette date selon le calcul du 8 mai 2016, le droit à la rente n'était pas ouvert. Au vu du nombre significatif

d'activités adaptées aux limitations fonctionnelles de l'assuré, l'intervention de l'OAI n'était pas nécessaire.

40. Les 28 mai et 13 juin 2019, l'assuré, par son conseil, a déclaré former opposition au projet de décision de l'OAI. Il a conclu à l'octroi d'un délai pour compléter son écriture, principalement à l'octroi de mesures professionnelles, et subsidiairement à l'octroi d'une rente d'invalidité.

Citant des passages de l'expertise, il a allégué qu'elle contenait plusieurs contradictions, qu'il a détaillées en les confrontant aux indications du Dr H_____. Il a notamment soutenu que quatre critères sur huit étaient réunis et retenu le diagnostic de dépression. En outre, son psychiatre avait rapporté des idées suicidaires quotidiennes avec projet par arme à feu chez lui et une absence d'envie et de plaisir. Il avait en outre fait une surdose de médicaments. Or, l'expert psychiatre avait indiqué que les idées suicidaires n'étaient pas scénarisées, faisant preuve d'incohérence.

S'agissant des ressources, le Dr L_____ avait passé sous silence le constat de l'expert orthopédiste, selon lequel il était entré dans un cercle vicieux d'exclusion sociale, associé à un déconditionnement majeur. Son activité bénévole était en outre limitée à deux à quatre heures par semaine, contrairement au taux de 20 % indiqué par la Dresse G_____. Ainsi, l'expert n'avait pas rédigé son rapport en pleine connaissance de l'anamnèse. Ses vacances au Portugal pouvaient s'expliquer par le malaise rendant les relations sociales nécessaires. S'agissant du score à l'échelle de Hamilton, la note de 21 correspondait à un symptôme dépressif modéré à sévère, dont l'expert n'avait pas tiré les conclusions qui s'imposaient. L'expert avait en outre procédé à une appréciation juridique en concluant au caractère non invalidant d'un trouble dépressif moyen, ce qui outrepassait son rôle et mettait en doute la valeur probante de son rapport.

Quant au rapport de la Dresse I_____, il omettait dans les limitations fonctionnelles l'exclusion de la rotation répétitive du tronc signalée par la Dresse G_____. En outre, si elle admettait que le travail de coursier n'était pas adapté, alors même qu'il s'agissait d'une activité très légère selon la description du Dr M_____, on voyait mal quel métier pourrait l'être. La somme de ces erreurs laissait planer un doute sur le rapport du SMR et mettait à mal sa valeur probante. S'agissant des taux d'antidépresseurs, dès lors que l'assuré avait tenté de se suicider en octobre 2018, on ne pouvait pas simplement écarter la présence d'un trouble dépressif sévère, la mauvaise acceptation de la thérapie devant être attribuée à l'incapacité de comprendre sa maladie.

Quant à la Dresse G_____, elle avait conclu à des capacités de travail différentes dans ses rapports des 14 août 2017 et 18 avril 2018, ce qui manquait de cohérence. Ses rapports n'avaient ainsi pas non plus valeur probante.

En outre, compte tenu du pronostic des experts, un abattement de 25 % aurait dû être appliqué au salaire d'invalidé.

41. Par courrier du 18 juin 2019 au mandataire de l'assuré, le Dr H_____ s'est prononcé sur l'expertise. Il considérait le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, cohérent avec l'état psychique de l'assuré lors de l'expertise. Toutefois, l'intensité de l'épisode fluctuait de moyenne à sévère depuis plusieurs années. Le Dr H_____ retenait que l'épisode sévère était écarté à juste titre au vu des symptômes au moment de l'expertise, mais il ne voyait pas le rapport entre la sévérité clinique et la compliance médicamenteuse. Il admettait que le diagnostic de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques ne pouvait être retenu, mais il voyait une influence réciproque entre l'intensité des douleurs et les symptômes dépressifs. L'expertise sous-entendait une exagération des symptômes physiques de l'assuré, tout en excluant des diagnostics psychosomatiques. Or, l'assuré décrivait une plainte douloureuse presque constamment durant ses consultations, et il présentait des atteintes somatiques objectivées par son neurochirurgien, alors même que l'expert somatique excluait une corrélation entre les symptômes et les atteintes. Si le diagnostic somatique n'était pas retenu, cela signifiait que les experts pensaient à une simulation, ce avec quoi le Dr H_____ n'était pas d'accord. Les difficultés existentielles contribuaient à la symptomatologie et diminuaient les activités de l'assuré, mais la problématique douloureuse était bien plus contributive que les aspects financiers. Le psychiatre pensait que le diagnostic pouvait selon les circonstances revêtir un caractère invalidant à long terme, notamment en fonction des comorbidités présentes. La faible activité bénévole ne démontrait pas une flexibilité et une adaptation justifiant une pleine capacité de travail. Le ralentissement était objectivé périodiquement, tout comme le manque de réactivité à des événements habituellement agréables. Il était rare que l'assuré présente quatre critères simultanément, raison pour laquelle le psychiatre traitant allait dans le sens de l'expert s'agissant de la gravité du trouble dépressif. La présentation de l'assuré était changeante et le contexte même de l'expertise influençait la manière dont ce dernier se comportait ainsi que les réponses aux questions posées. Le Dr H_____ contestait la minimisation de la perte d'intérêt et de plaisir. Les exemples donnés ne justifiaient pas à son sens la position de l'expert. La consommation d'alcool de l'assuré était bien plus importante que ce qui apparaissait dans l'expertise, et était responsable du problème de compliance. L'évaluation des limitations de l'assuré était difficile, étant donné l'intrication des problèmes physiques, douloureux et psychiques. Si l'assuré n'avait pas de douleurs, cela influencerait positivement ses symptômes dépressifs au point qu'il n'aurait probablement pas de limitation sur le plan psychique. Néanmoins, ses limitations étaient en lien avec un ralentissement psychomoteur récurrent et une perte d'élan vital, d'envie et de plaisir, ainsi qu'une fatigue liée à d'importants troubles du sommeil. Le recours régulier à l'alcool dans les périodes de découragement et de lassitude ainsi que les problèmes de compliance médicamenteuse qui en découlaient étaient également limitants par rapport à une activité professionnelle. La capacité de travail sur le plan psychiatrique était difficile à isoler, mais le psychiatre traitant maintenait sa conclusion quant à une incapacité

de travail somato-psychique durable et totale. De manière générale, il retenait de l'expertise une construction mettant en doute les symptômes de l'assuré. La problématique de compliance au traitement avait certainement influé sur cet élément. Elle entraînait cependant dans une problématique d'auto-destruction que ne décrivait pas l'expertise. Une personne qui tiendrait absolument à obtenir une prise en charge par l'assurance-invalidité pour des bénéfices secondaires n'aurait pas arrêté son traitement juste avant une expertise. Cela mettait en exergue la difficulté de l'assuré à agir dans son propre intérêt. Le Dr H_____ avait l'impression que l'argumentation médicale n'était parfois pas très objective et servait à appuyer l'impression générale des experts.

42. Par courrier du 28 juin 2019, l'assuré a complété son opposition en reprenant ses arguments et en citant le courrier du Dr H_____ du 18 juin 2019. Il a conclu à ce qu'un rapport soit demandé à son neurochirurgien, le Dr F_____ (*sic*), pour voir si d'autres pathologies, notamment un trouble somatoforme persistant, pourraient être diagnostiquées, à l'octroi de mesures professionnelles, et subsidiairement à l'octroi d'une rente d'invalidité.

Il a produit une attestation du 7 juin 2019 de la Fondation Foyer Handicap, aux termes de laquelle il exerçait son activité à raison de cinq heures par semaine.

43. Dans un avis du 29 juillet 2019, la doctoresse N_____, médecin au SMR, a relevé que le Dr H_____ retenait comme l'expert un diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode moyen. Il n'amenait pas d'éléments objectifs dans le sens d'un épisode sévère. Le SMR considérait au sujet du rapport entre les plaintes et la compliance médicamenteuse que l'expert voulait exprimer le fait que l'état dépressif pourrait être de moindre intensité en raison du traitement antidépresseur, ce qui n'était pas le cas en l'absence de compliance médicamenteuse. L'expert avait tenu compte des douleurs dans son appréciation. S'agissant du caractère incapacitant du trouble dépressif d'intensité moyenne, de la portée de l'activité bénévole et de la diminution du plaisir, l'évaluation du Dr H_____ relevait d'une évaluation différente d'un même état de fait. L'expert n'avait pas retrouvé de ralentissement psychomoteur ni de perte d'élan vital lors du status. Les troubles du sommeil avaient été mis sur le compte d'un syndrome d'apnées du sommeil, non traité. En présence d'une pathologie psychiatrique non incapacitante, une abstinence à l'alcool et une compliance au traitement étaient exigibles. En outre, l'impression du Dr H_____ quant au caractère peu objectif de l'expertise n'était pas corrélée par des éléments objectifs. En conclusion, l'avis du Dr H_____ ne modifiait pas l'appréciation du SMR.
44. Par décision du 20 août 2019, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré, retenant que le rapport du 18 juin 2019 du Dr H_____ ne permettait pas de revenir sur son appréciation.
45. Le 23 septembre 2019, l'assuré a interjeté recours contre la décision de l'OAI. Il a conclu, sous suite de dépens, à son annulation, à ce qu'il soit dit qu'il avait droit

aux prestations de l'assurance-invalidité et à une rente entière d'invalidité, et à l'octroi de mesures professionnelles ; et subsidiairement à ce qu'un rapport soit requis du Dr F_____ pour déterminer si d'autres pathologies, notamment un trouble somatoforme persistant, pourraient être diagnostiquées.

Il a pour l'essentiel repris les arguments soulevés dans son opposition, complétés par des citations du rapport du Dr H_____ du 18 juin 2019.

Il a allégué que compte tenu de la demande de prestations du 11 mai 2015 et de l'incapacité de travail totale admise jusqu'au 31 octobre 2017, il avait droit à une rente entière d'invalidité de novembre 2016 à novembre 2017.

46. À la demande de la chambre de céans, l'intimé lui a transmis le relevé *Track and trace* de l'envoi de la décision litigieuse, dont il ressort qu'un envoi de l'intimé a été distribué le 21 août 2019 au mandataire du recourant.
47. Invité à se déterminer sur la recevabilité de son recours, le conseil du recourant a affirmé que le relevé postal produit par l'intimé était lié à une correspondance concernant un autre de ses mandants. Il a produit ladite correspondance, dont le numéro correspondait à celui figurant sur le relevé *Track and trace* communiqué par l'intimé. Il a également produit le relevé *Track and trace* relatif à la décision faisant l'objet du présent recours, dont il ressortait qu'elle avait été distribuée le 23 août 2019. Son recours n'était ainsi pas tardif et il persistait dans ses conclusions.
48. Dans sa réponse du 4 novembre 2019, l'intimé a conclu à la recevabilité du recours. Il avait en effet confondu les relevés *Track and trace*, et la décision litigieuse avait bien été notifiée le 23 août 2019.

Sur le fond, il a conclu au rejet du recours. L'abattement de 15 % sur le revenu d'invalidité était justifié au vu des limitations fonctionnelles et tenait suffisamment compte de la situation du recourant, dont les autres arguments n'appelaient pas de commentaires particuliers.

49. Dans sa réplique du 26 novembre 2019, le recourant a persisté dans ses conclusions. S'agissant du début de l'incapacité de travail, fixée à décembre 2016 par le SMR, il a soutenu qu'une mesure professionnelle avait été interrompue le 12 mai 2015 en raison d'une maladie et que le Dr E_____ avait attesté une incapacité de travail à 100 % depuis le 17 octobre 2014. Ainsi, en octobre 2015, le recourant était en incapacité de travail depuis plus d'une année, ce qui devait lui ouvrir le droit à la rente. Néanmoins, sa demande à l'intimé étant datée du 11 mai 2019 (*recte* : 2015), son droit à la rente s'était ouvert six mois plus tard, soit en novembre 2015. Il avait ainsi droit à une rente entière de novembre 2015 à novembre 2017. Il a repris les arguments déjà développés, soulignant notamment que le SMR s'était écarté des conclusions des experts. S'agissant du caractère invalidant à long terme du trouble dépressif, il existait des comorbidités physiques, ce qui aurait dû amener l'expert à retenir que le trouble dépressif moyen avait un caractère invalidant.

Le recourant a notamment produit une pièce relative à la mesure professionnelle interrompue en raison d'une maladie en mai 2015.

50. Par duplique du 9 décembre 2019, l'intimé a persisté dans ses conclusions.
51. Par décision du 10 décembre 2019, le Vice-président du Tribunal civil a accordé l'assistance juridique au recourant.
52. Dans son écriture du 7 janvier 2020, le recourant a persisté dans ses conclusions. Il a derechef contesté la valeur probante de l'expertise réalisée. S'agissant de l'absence de trouble somatoforme douloureux retenue par cette expertise, il a souligné qu'il se plaignait de douleurs constantes selon le Dr H_____. Rappelant les constats des experts au sujet de ses douleurs et l'absence de corrélat clinique, il a soutenu qu'il était surprenant que l'intimé ait fait appel à un spécialiste en orthopédie plutôt qu'en rhumatologie, ce domaine traitant des maladies et troubles douloureux de l'appareil locomoteur. En se prononçant sur le caractère invalidant du trouble dépressif, les experts s'étaient livrés à une appréciation juridique, ce qui remettait en cause la valeur probante de leur expertise.
53. La chambre de céans a transmis copie de cette écriture à l'intimé le 9 janvier 2020.
54. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

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

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

2. Interjeté dans les formes et délai prescrits par la loi, le présent recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA).
3. L'objet du litige porte sur le droit du recourant à des mesures d'ordre professionnel et à une rente.

Les conclusions, malgré leur libellé, seront interprétées comme tendant à l'octroi de prestations. Elles sont ainsi condamnatoires, et partant recevables (cf. ATF 129 V 289 consid. 2.1).

4. Aux termes de l'art. 8 al. 1^{er} LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée,

l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. En vertu de 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 un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI).

5. Selon l'art. 8 al. 1^{er} LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). Le droit aux mesures de réadaptation n'est pas lié à l'exercice d'une activité lucrative préalable. Lors de la fixation de ces mesures, il est tenu compte de la durée probable de la vie professionnelle restante. L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent notamment des mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle et les mesures d'ordre professionnel, lesquelles englobent l'orientation professionnelle, la formation professionnelle initiale, le reclassement, le placement et l'aide en capital.

L'art. 14a LAI précise que l'assuré qui présente depuis six mois au moins une incapacité de travail (art. 6 LPGA) de 50 % au moins a droit à des mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle (mesures de réinsertion), pour autant que celles-ci servent à créer les conditions permettant la mise en œuvre de mesures d'ordre professionnel (al. 1). Sont considérées comme mesures de réinsertion les mesures ciblées ci-après qui visent la réadaptation professionnelle : les mesures socioprofessionnelles (let. a) et les mesures d'occupation (let. b) (al. 2). L'art. 15 LAI dispose que l'assuré auquel son invalidité rend difficile le choix d'une profession ou l'exercice de son activité antérieure a droit à l'orientation professionnelle.

Pour déterminer si une mesure est de nature à maintenir ou à améliorer la capacité de gain d'un assuré, il convient d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2 et les références). Celles-ci ne seront pas allouées si elles sont vouées à l'échec, selon toute vraisemblance (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 388/06 du 25 avril 2007 consid. 7.2). Le droit à une mesure de réadaptation suppose en outre qu'elle soit appropriée au but de la réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité, tant objectivement en ce qui concerne la mesure que sur le plan subjectif en ce qui concerne la personne de l'assuré (VSI 2002 p. 111 consid. 2 et les références).

De plus, il faut que l'invalidité soit d'une certaine gravité pour que le droit à des mesures de réadaptation soit ouvert. La jurisprudence a ainsi fixé le seuil d'invalidité à partir duquel des mesures de réadaptation doivent être octroyées à 20 % (ATF 130 V 488 consid. 4.2 ; ATF 124 V 108 consid. 3a).

6. En vertu de l'art. 28 al. 1^{er} LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c). L'art. 28 al. 2 LAI dispose que l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à 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. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou d'autres spécialistes doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 ; ATF 115 V 133 consid. 2).

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 convient 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 125 V 351 consid. 3 ; ATF 122 V 157 consid. 1c).

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

S'agissant de la valeur probante des 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un 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 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_405/2008 du 29 septembre 2008 consid. 3.2).

8. Dans un arrêt concernant les troubles somatoformes douloureux (ATF 141 V 281), le Tribunal fédéral est revenu sur les critères d'évaluation du caractère invalidant de tels troubles et a retenu que la capacité de travail réellement exigible doit désormais être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant de mettre en regard les facteurs extérieurs incapacitants d'une part et les ressources de compensation de la personne d'autre part. Il y a désormais lieu de se fonder sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (consid. 3.6). Ces indicateurs concernent deux catégories, à savoir celle du degré de gravité fonctionnelle et celle de la cohérence.

I. Catégorie « degré de gravité fonctionnelle »

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

A. Axe « atteinte à la santé »

1. Expression des éléments pertinents pour le diagnostic et des symptômes

Les constatations relatives aux manifestations concrètes de l'atteinte à la santé diagnostiquée permettent de distinguer les limitations fonctionnelles causées par cette atteinte de celles dues à des facteurs non assurés. Le point de départ est le degré de gravité minimal inhérent au diagnostic. Il doit être rendu vraisemblable compte tenu de l'étiologie et de la pathogenèse de la pathologie déterminante pour le diagnostic. Par exemple, sur le plan étiologique, la caractéristique du syndrome somatoforme douloureux persistant est, selon la CIM-10 (F 45.5), qu'il survient dans un contexte de conflits émotionnels ou de problèmes psycho-sociaux. En

revanche, la notion de bénéfice primaire de la maladie ne doit plus être utilisée (consid. 4.3.1.1).

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

Ce critère est un indicateur important pour apprécier le degré de gravité. L'échec définitif d'un traitement indiqué, réalisé *lege artis* sur un assuré qui coopère de manière optimale, permet de conclure à un pronostic négatif. Si le traitement ne correspond pas ou plus aux connaissances médicales actuelles ou paraît inapproprié dans le cas d'espèce, on ne peut rien en déduire s'agissant du degré de gravité de la pathologie. Les troubles psychiques sont invalidants lorsqu'ils sont graves et ne peuvent pas ou plus être traités médicalement. Des déductions sur le degré de gravité d'une atteinte à la santé peuvent être tirées non seulement du traitement médical mais aussi de la réadaptation. Si des mesures de réadaptation entrent en considération après une évaluation médicale, l'attitude de l'assuré est déterminante pour juger du caractère invalidant ou non de l'atteinte à la santé. Le refus de l'assuré d'y participer est un indice sérieux d'une atteinte non invalidante. À l'inverse, une réadaptation qui se conclut par un échec en dépit d'une coopération optimale de la personne assurée peut être significative dans le cadre d'un examen global tenant compte des circonstances du cas particulier (consid. 4.3.1.2).

3. Comorbidités

La comorbidité psychique ne joue plus un rôle prépondérant de manière générale, mais ne doit être prise en considération qu'en fonction de son importance concrète dans le cas d'espèce, par exemple pour juger si elle prive l'assuré de ressources. Il est nécessaire de procéder à une approche globale de l'influence du trouble somatoforme douloureux avec l'ensemble des pathologies concomitantes (consid. 4.3.1.3). Un trouble qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidant en tant que tel (arrêt du Tribunal fédéral 9C_98/2010 du 28 avril 2010 consid. 2.2.2) n'est pas une comorbidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1040/2010 du 6 juin 2011 consid. 3.4.2.1) mais doit à la rigueur être pris en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité. Ainsi, un trouble dépressif réactionnel au trouble somatoforme ne perd pas toute signification en tant que facteur d'affaiblissement potentiel des ressources, mais doit être pris en considération dans l'approche globale (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.3).

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

Il s'agit d'accorder une importance accrue au complexe de personnalité de l'assuré (développement et structure de la personnalité, fonctions psychiques fondamentales). Le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du Moi » (conscience de soi et de l'autre, appréhension de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation) entre aussi en considération. Comme les diagnostics relevant des troubles de la personnalité sont, plus que d'autres indicateurs, dépendants du médecin examinateur, les exigences de motivation sont particulièrement élevées (consid. 4.3.2).

C. Axe « contexte social »

Si des difficultés sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles continuent à ne pas être prises en considération. En revanche, le contexte de vie de l'assuré peut lui procurer des ressources mobilisables, par exemple par le biais de son réseau social. Il faut toujours s'assurer qu'une incapacité de travail pour des raisons de santé ne se confond pas avec le chômage non assuré ou avec d'autres difficultés de vie (consid. 4.3.3).

II. Catégorie « cohérence »

Cette seconde catégorie comprend les indicateurs liés au comportement de l'assuré. (consid. 4.4).

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

Il s'agit ici de se demander si l'atteinte à la santé limite l'assuré de manière semblable dans son activité professionnelle ou dans l'exécution de ses travaux habituels et dans les autres activités (par exemple ses loisirs). Le critère du retrait social utilisé jusqu'ici doit désormais être interprété de telle sorte qu'il se réfère non seulement aux limitations mais également aux ressources de l'assuré et à sa capacité à les mobiliser. Dans la mesure du possible, il convient de comparer le niveau d'activité sociale de l'assuré avant et après la survenance de l'atteinte à la santé (consid. 4.4.1).

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

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

Le juge vérifie librement si l'expert médical a exclusivement tenu compte des déficits fonctionnels résultant de l'atteinte à la santé et si son évaluation de l'exigibilité repose sur une base objective (ATF 137 V 64 consid. 1.2 *in fine*).

9. Dans un arrêt de 2017, le Tribunal fédéral a étendu la jurisprudence précitée à toutes les maladies psychiques (ATF 143 V 409 consid. 4.5).

Il convient encore de préciser que 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 elle 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).

10. La jurisprudence a déduit du droit d'être entendu (art. 29 al. 2 de la Constitution [Cst – RS 101]) en particulier le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 132 V 368 consid. 3.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_136/2017 du 21 août 2017 consid. 5.2).

La violation du droit d'être entendu, de caractère formel, doit entraîner l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond (ATF 127 V 431 consid. 3d/aa ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_120/2009 du 3 février 2010 consid. 2.2.1). Pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière, cette violation est réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen. Au demeurant, la réparation d'un vice éventuel ne doit avoir lieu qu'exceptionnellement (arrêt du Tribunal fédéral 9C_181/2013 du 20 août 2013 consid. 3.3).

Dans un récent arrêt de principe rendu en matière d'assurance-invalidité, le Tribunal fédéral a établi des exigences accrues en matière de participation des assurés lorsqu'une assurance sociale diligente une expertise, eu égard à leur droit d'être entendus. Ces exigences comprennent le droit de se prononcer sur le choix de l'expert, de connaître les questions qui lui seront posées, et d'en formuler d'autres (ATF 137 V 210 consid. 3.2.4.6 et 3.2.4.9).

On soulignera du reste que ces exigences ressortent également des art. 57 ss de la loi sur la procédure civile fédérale (PCF – RS 273), applicables par analogie à la procédure administrative (Marco WEISS, *Die Mitwirkungsrechte der Bundeszivilprozessordnung im Sozialversicherungsrecht : aktuelle Entwicklungen in der bundesgerichtlichen Rechtsprechung* in AJP 2016 p. 1214).

Le fait pour une assurance de ne pas permettre à un assuré d'exercer les prérogatives résultant de son droit d'être entendu, soit en particulier celui de se prononcer sur la nomination de l'expert, sur les questions à poser, ainsi que sur le résultat de l'expertise, relève d'une grave violation de ce droit (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 22/03 du 10 juillet 2003 consid. 4). Ce vice ne peut être réparé lorsque l'expertise constitue l'élément central et prépondérant de l'instruction (RAMA 2000 n° U 369 p. 104 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 265/04 du 23 septembre 2005 consid. 2.3).

11. En l'espèce, il convient en premier lieu de se prononcer sur la valeur probante de l'expertise des Drs M_____ et L_____.

On notera en préambule que le rapport de ces experts contient d'innombrables redites, mais qu'il n'est guère étoffé en ce qui concerne les problématiques médicales actuelles du recourant.

S'agissant du volet orthopédique, l'expert a accordé, dans son appréciation, une grande importance aux circonstances et aux suites de la première intervention chirurgicale dorsale jusqu'en 2014, alors même que le droit aux prestations n'est pas ouvert pour cette période au vu de la date de dépôt de la demande. S'il est essentiel qu'un expert prenne connaissance de l'historique médical et qu'il peut s'agir là d'un élément important pour déterminer l'évolution de la capacité de gain d'un assuré, on ne peut que s'étonner dans le cas d'espèce de l'emphase mise sur cette période, alors que l'état de santé du recourant depuis 2014 est abordé de manière très succincte, l'expert ayant pour ainsi dire fait l'impasse sur les circonstances ayant conduit à la spondylodèse en décembre 2016, se contentant d'indiquer qu'elle était « beaucoup plus appropriée » que la première intervention en 2007, avant d'évoquer une situation stabilisée en 2017. Le Dr M_____ a en outre conclu à une pleine capacité de travail, répétant à plusieurs reprises que les plaintes du recourant n'étaient pas objectivées par un substrat organique. Or, cette conclusion apparaît en contradiction avec le fait de reconnaître le caractère approprié de l'intervention neurochirurgicale pratiquée en décembre 2016, qui suppose une indication clinique, soit un élément organique. L'absence de corrélation clinique avancée par cet expert apparaît également en contradiction avec le fait qu'il semble s'étonner du fait que les plaintes douloureuses n'aient pas perduré après la première intervention, peu appropriée selon lui. Cela semble indiquer que ces douleurs avaient bien un substrat.

Le Dr M_____ a en outre exclu, sans autre précision ou motivation, toute incapacité de travail passée, sans se prononcer sur les répercussions – fussent-elles temporaires – de l'intervention de 2016, et n'a guère discuté les incapacités attestées par les médecins traitants du recourant. Son rapport est insuffisamment motivé sur ce point également.

Enfin, on relèvera la contradiction entre l'observation consensuelle des experts, selon laquelle le recourant n'a pas manifesté de comportement algique durant l'entretien, et le fait que le Dr L_____ relève que la mobilité du recourant était entravée par des mesures d'épargne algique.

En ce qui concerne le volet psychique, le Dr L_____ s'est borné à indiquer sous forme de liste les symptômes présents ou absents lors de son examen, sans guère détailler les constatations cliniques à l'appui de ces conclusions. Sur ce point, sa motivation est insuffisante. En ce qui concerne l'examen des différents critères, on doit relever, s'agissant des ressources, que ce médecin a à de très nombreuses reprises répété que le recourant voyait des amis à Cossonay et poursuivait une

activité bénévole. Or, on ne peut sérieusement inférer d'une visite tous les deux mois à un couple d'amis que le recourant conserve une vie sociale importante. Le descriptif de ses journées démontre au contraire un isolement important, au demeurant souligné également par l'expert orthopédiste. En outre, le souci que le recourant éprouve en raison du conflit avec son fils ne justifie pas qu'on exclue toute « perte d'intérêt ». La seule pratique d'une activité bénévole ne suffit pas non plus à conclure à des ressources intactes. En outre, l'expert psychiatre, qui a mentionné une surcharge médicamenteuse volontaire avec deux litres de vin et son traitement habituel en octobre 2018, n'a même pas commenté cette tentative de suicide de l'assuré, et il s'est contenté d'indiquer, sans motivation, que les idées suicidaires étaient « non scénarisées », alors que, dans son rapport du 9 janvier 2017, le psychiatre traitant avait fait état d'idées suicidaires quotidiennes avec projet par arme à feu.

Les considérations de l'expert orthopédique quant au cercle vicieux d'exclusion sociale et l'absence de ressources du recourant pour se réadapter sont du reste en contradiction avec les conclusions de l'expert psychiatre, alors même que les experts mentionnent à plusieurs reprises avoir procédé à un consilium. Leurs diagnostics paraissent quelque peu contradictoires, à défaut d'explications complémentaires. En effet, le Dr M_____ ne retient pas un substrat organique expliquant les plaintes du recourant, alors même que le Dr L_____ exclut un syndrome douloureux somatoforme au motif qu'il n'y aurait pas de plainte douloureuse intense et persistante au premier plan.

S'agissant de la capacité de travail retenue, l'expertise est également contradictoire puisque les experts affirment qu'elle est complète, sans diminution de rendement, tout en signalant une asthénie réduisant la performance. À ce sujet, il est du reste singulier que l'asthénie soit imputée non aux difficultés d'ordre psychique mais à un syndrome d'apnées du sommeil, dans la mesure où aucun des médecins traitants n'a rapporté un tel trouble.

Ces éléments suscitent des doutes importants sur l'expertise, qui ne saurait se voir reconnaître valeur probante.

Les rapports des médecins traitants, faute de contenir tous les éléments formels nécessaires pour se voir reconnaître valeur probante selon la jurisprudence, ne suffisent pas non plus à trancher la capacité de travail et de gain du recourant.

12. Compte tenu des éléments qui précèdent, la chambre de céans ne dispose pas des éléments nécessaires pour trancher le litige.

Lorsque le juge constate qu'une expertise est nécessaire, il doit en principe la mettre en œuvre lui-même. Un renvoi à l'administration reste cependant possible lorsqu'il est justifié par l'examen d'un point qui n'a pas du tout été investigué (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4).

En l'espèce, l'intimé a certes bien procédé à l'instruction des éléments pertinents. Il a cependant mis en œuvre l'expertise sans respecter les garanties minimales en lien

avec le droit d'être entendu du recourant, dès lors qu'il ne lui a pas donné l'occasion de se prononcer sur les experts à désigner – le droit d'être entendu dans ce cadre ne se limitant pas à la prise en compte de motifs de récusation uniquement – ou sur le contenu de leur mandat. Comme on l'a vu, cette seule violation du droit d'être entendu doit conduire à l'admission du recours.

Dans ces circonstances, la cause sera renvoyée à l'intimé, à charge pour ce dernier de mettre en œuvre une nouvelle expertise, qui sera confiée à des médecins désignés d'entente avec le recourant. Ce dernier devra également être invité à se prononcer sur les questions soumises aux experts. S'agissant des domaines de spécialité des experts, la nécessité de mandater un psychiatre n'est pas discutable. Pour le volet somatique, il apparaît en revanche qu'un rhumatologue serait mieux à même de se prononcer de manière globale sur les troubles du rachis du recourant qu'un spécialiste en orthopédie, étant du reste précisé que ce n'est pas un chirurgien orthopédiste mais un neurochirurgien qui a opéré le recourant. C'est donc un spécialiste en rhumatologie qui devra apprécier les troubles somatiques du recourant.

Dans ce contexte, il faut souligner que si le syndrome d'apnées du sommeil évoqué par le Dr L_____ est avéré, il sera également nécessaire d'analyser ses répercussions sur la capacité de gain du recourant.

13. Le recours est partiellement admis.

Le recourant a droit à des dépens, qui seront fixés à CHF 1'500.- (art. 61 let. g LPGA).

La procédure en matière d'octroi de prestations d'invalidité n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1^{bis} LAI), l'intimé supporte l'émolument de CHF 500.-.

* * * * *

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision de l'intimé du 20 août 2019.
4. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants.
5. Condamne l'intimé à verser au recourant une indemnité de dépens de CHF 1'500.-.
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

Le président

Marie NIERMARÉCHAL

Blaise PAGAN

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