

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3685/2017

ATAS/47/2019

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 21 janvier 2019**

**6<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à THÔNEX

recourant

contre

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

intimé

---

**Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente ; Maria-Esther SPEDALIERO et Christine  
WEBER-FUX, juges assesseurs.**

---

### **EN FAIT**

1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le \_\_\_\_\_ 1968, originaire d'Egypte, titulaire d'une autorisation de séjour B, puis F dès le 16 août 2017 (avec une échéance au 13 juin 2019), divorcé en 2012, père de trois enfants nés en 2006, 2009 et 2010, titulaire d'un diplôme de comptabilité égyptien (évalué par le Secrétariat d'État à la formation comme formation initiale de degré secondaire II – AFP), obtenu en 1991, a travaillé du 10 au 21 septembre 2007 pour B\_\_\_\_\_ SA, du 12 décembre 2006 au 30 mars 2008 pour C\_\_\_\_\_ SA comme polyvalent plongeur et pour D\_\_\_\_\_ comme aide cuisinier.
2. Le 7 octobre 2007, la docteure E\_\_\_\_\_, a constaté chez l'assuré une souffrance très probable du nerf médian au canal carpien à prédominance à droite.
3. Le 15 octobre 2007, le docteur F\_\_\_\_\_ a effectué un examen électroneuromyographe (ENMG) montrant les signes d'un syndrome du tunnel carpien bilatéral.
4. L'assuré a été en incapacité de travail totale du 27 novembre au 20 décembre 2007 attestée par la Dresse E\_\_\_\_\_.
5. Le 23 décembre 2008, l'assuré a déposé une demande de prestations d'invalidité.
6. Le 29 janvier 2009, la docteure G\_\_\_\_\_, FMH médecine interne, diabétologie, endocrinologie, a attesté d'un diabète de type 2 chez l'assuré, moyennement compensé sous traitement.
7. Le 30 janvier 2009, le docteur H\_\_\_\_\_, unité de chirurgie de la main des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), a rempli un rapport médical AI attestant d'un status après cure chirurgicale de tunnel carpien ddc et de doigts à ressaut (les 1<sup>er</sup> avril et 17 septembre 2008) ; la capacité de travail était totale dès le 15 février 2009.
8. Le rapport de la réadaptation professionnelle du 17 février 2009 a proposé une mesure parcours auprès d'OSÉO et un contrat avec l'entreprise.
9. Selon un rapport du 20 février 2009 du département de chirurgie des HUG, l'assuré a été opéré le 1<sup>er</sup> avril 2008 d'un tunnel carpien droit et d'un annulaire à ressaut à droite et le 17 septembre 2008 d'un tunnel carpien gauche et d'un majeur gauche à ressaut ; il présentait des douleurs persistantes de type inflammatoire au niveau du tendon extenseur ulnaire du carpe au poignet droit.
10. Par communication du 6 avril 2009, l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI) a accordé à l'assuré une mesure d'orientation auprès d'OSÉO du 28 mai 2009 au 30 juillet 2009 (séances de coaching).

11. Le 29 mai 2009, le Service Médical Régional AI (ci-après : SMR) a estimé que la capacité de travail était nulle d'avril 2008 à février 2009.
12. Selon une note de clôture IP, l'assuré avait retrouvé du travail à 100% comme plongeur.
13. Par décision du 15 juillet 2009, l'OAI a rejeté la demande de prestations au motif que la capacité de travail de l'assuré était totale dans toute activité.
14. Le 18 août 2009, le service de rhumatologie des HUG a relevé la persistance de douleurs au niveau des fléchisseurs, des mains et des bras, nécessitant des investigations.
15. Un examen ultrasonographique fonctionnel du 26 août 2009 a montré une suspicion d'une érosion chaude au niveau du carpe du poignet gauche. Possible synovite grade I/III du 3<sup>ème</sup> MCP à droite mais vue uniquement sur l'aspect dorsal. Ténosynovite importante du 4<sup>ème</sup> fléchisseur à gauche sans activité inflammatoire actuellement.
16. Le 8 septembre 2009, l'assuré a déposé une demande de moyen auxiliaire (appareil auditif).
17. Par décision du 15 septembre 2009, l'OAI a rejeté cette demande au motif que la capacité de travail de l'assuré était totale dans toute activité.
18. Le 18 septembre 2009, le service de rhumatologie des HUG a proposé une infiltration écho-guidée, vu l'évolution peu favorable de la ténosynovite.
19. Le 16 novembre 2009, le service de rhumatologie des HUG a attesté d'une évolution favorable après infiltration du 4<sup>ème</sup> fléchisseur de la main gauche ; il n'y avait pas d'argument pour un rhumatisme inflammatoire.
20. Le 12 mai 2010, le service de rhumatologie des HUG a posé les diagnostics d'arthralgies, rachialgies, ténosynovites et douleurs des enthèses en cours d'investigation : suspicion de spondylarthropathie. Diabète insulino-dépendant. Une infiltration de ténosynovite avait été effectuée : des investigations étaient proposées.
21. Un examen ultrasonographique du genou (pied gauche) du 17 mai 2010 a conclu à une lame de liquide intra-articulaire au niveau du genou gauche et de synovite au niveau MTP2 et 3 gauche sans enthésopathie.
22. Selon un rapport du service de rhumatologie des HUG du 1<sup>er</sup> juillet 2010, les diverses plaintes de l'assuré étaient à mettre sur le compte de ténosynovites à répétition dans le contexte d'un diabète insulino-requérant.
23. Par communication du 10 août 2010, l'OAI a pris en charge les coûts de remise en prêt d'un appareil acoustique.

24. Un examen ultrasonographique du 29 septembre 2010 du pied gauche et du genou gauche a montré un tendon d'Achille avec une discrète calcification à la zone d'insertion du côté gauche, une épaisseur normale, un fascia plantaire dans les normes et l'absence de bursite inter-métatarsienne. À noter une petite bursite pré-achilléenne visualisée du côté gauche avec un contour du tendon d'Achille discrètement flou. Ainsi qu'une discrète lame d'épanchement supra-physiologique non retrouvée de manière symétrique.
25. Le 6 avril 2010, l'assuré s'est inscrit auprès de l'Office cantonal de l'emploi (ci-après : OCE).
26. Le 8 juin 2010, le service de rhumatologie des HUG a attesté d'une suspicion de spondylarthrite.
27. Le 10 juin 2010, le service de médecine de premier recours des HUG a attesté que l'assuré n'était pas apte pour effectuer des travaux manuels dans une cuisine.
28. Selon un rapport de la doctoresse I\_\_\_\_\_ du service de rhumatologie des HUG du 1<sup>er</sup> juillet 2010, les diverses plaintes de l'assurée étaient à mettre sur le compte de ténosynovites à répétition dans le contexte d'un diabète insulino-requérant.
29. Le 15 juillet 2010, le docteur J\_\_\_\_\_, FMH médecine générale, médecin-conseil de l'OCE, a indiqué que l'assuré ne pouvait exercer une activité manuelle qui demandait des efforts physiques intenses ou très répétitifs et qu'elle devait être à horaire diurne régulier.
30. Selon le rapport d'observation de la mesure Beau-Séjour du 6 octobre 2010 (atelier de réadaptation professionnelle des HUG), suite à un stage du 23 août au 20 septembre 2010, l'assuré ne pouvait plus exercer comme garçon de cuisine et, vu les conditions observées, il n'était plus en mesure de travailler dans le milieu économique mais uniquement en atelier protégé.
31. Le 19 octobre 2010, le service de rhumatologie des HUG a attesté de la persistance de lombalgies avec douleurs au niveau du pied gauche et du genou gauche ; aucun élément n'évoquait une maladie inflammatoire ; un suivi psychothérapeutique était indiqué.
32. Par décision du 5 novembre 2010, l'OCE a prononcé l'inaptitude au placement de l'assuré dès le 7 octobre 2010.
33. Le 9 décembre 2010, le centre de chirurgie des HUG a relevé qu'une prise en charge psychologique paraissait nécessaire, vu l'empêchement psycho-social actuel de l'assuré.
34. Le service de médecine de premier recours des HUG a attesté d'une incapacité de travail totale du 1<sup>er</sup> au 31 mars 2011.

35. Le 19 avril 2011, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations d'invalidité.
36. L'assuré a été en incapacité de travail totale dès le 7 juillet 2009 jusqu'au 2 novembre 2009, attestée par l'unité de chirurgie de la main, puis du 8 janvier 2010 au 28 février 2011 par le service de rhumatologie des HUG puis du 1<sup>er</sup> avril au 30 avril 2011 par le service de médecine de premier recours des HUG.
37. Le 29 août 2011, le SMR a estimé, au vu des plaintes articulaires diffuses, non traitées spécifiquement, que les éléments médicaux n'étaient pas suffisants pour retenir de manière plausible le caractère incapacitant d'une aggravation de l'état de santé.
38. Par décision du 26 octobre 2011, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations du recourant du 19 avril 2011, en se fondant sur l'avis du SMR du 29 août 2011.
39. Le 17 avril 2012, le service de neuropsychologie des HUG a attesté d'un syndrome d'hypopnées du sommeil de degré modéré, associé à des limitations de débit inspiratoire éveillante.
40. Le 16 juillet 2013, l'assuré a été opéré pour une tendinite de De Quervain gauche par le Dr K\_\_\_\_\_, médecin consultant aux HUG.
41. Le 16 juillet 2013, le service de rhumatologie des HUG a attesté de douleurs au niveau de la colonne cervicale, thoracique et lombaire, continues depuis 2008, sans argument pour une spondylarthropathie, d'origine plutôt mécanique.
42. Le 17 février 2014, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations.
43. L'assuré a été en incapacité de travail certifiée par le département de chirurgie des HUG du 12 mars 2013 au 28 février 2014, et par le docteur L\_\_\_\_\_, FMH psychiatrie et psychothérapie, du 1<sup>er</sup> octobre 2013 au 28 février 2014.
44. Le 4 mars 2014, le Dr L\_\_\_\_\_ a rendu un rapport médical attestant d'un suivi depuis le 21 mars 2013, d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques. L'évolution clinique durant les mois passés avait été défavorable, avec aggravation des symptômes dépressifs, en raison de la persistance des facteurs de stress et le sentiment permanent de se retrouver dans une impasse, avec l'impossibilité de se projeter dans l'avenir.
45. Le 5 mars 2014, le Dr K\_\_\_\_\_ a attesté avoir opéré l'assuré le 16 juillet 2013 ; une IRM du 23 janvier 2014 (poignet gauche) montrait la nécessité d'une révision chirurgicale.
46. Le 12 mars 2014, le docteur M\_\_\_\_\_, FMH médecine interne, a attesté de plusieurs problèmes de santé dont souffrait l'assuré : un diabète de type 2, une

obésité, une hypertension artérielle, une hypercholestérolémie, un syndrome du tunnel carpien bilatéral à ressaut, des douleurs diffuses, un SAS et une surdité appareillée à l'oreille gauche.

47. Le 13 mai 2014, le SMR a estimé qu'une instruction médicale était nécessaire.
48. Le 20 mai 2014, le Dr K\_\_\_\_\_ a rempli un rapport médical AI attestant de deux opérations les 16 juillet 2013 et 15 mai 2014 (tendinite de De Quervain à gauche) et d'une incapacité de travail de 100 % dès le 1<sup>er</sup> mars 2014, en principe jusqu'au 1<sup>er</sup> août 2014.
49. Le 12 juin 2014, le Dr L\_\_\_\_\_ a rempli un rapport médical AI attestant d'un trouble mixte de la personnalité (traits paranoïaques émotionnellement labile) F61.0. L'incapacité de travail était totale depuis mars 2013.
50. Le 18 juin 2014, le service de chirurgie des HUG a communiqué à l'OAI les rapports de consultation établis entre le 14 août 2009 et le 15 juillet 2013.
51. Le 7 novembre 2014, le SMR a estimé qu'une expertise pluridisciplinaire était nécessaire.
52. Le 13 janvier 2016, le Dr L\_\_\_\_\_ a attesté d'une incapacité de travail totale de l'assuré du 1<sup>er</sup> au 31 janvier 2016.
53. Le 30 août 2016, la policlinique médicale universitaire (ci-après : PMU) a rendu un rapport d'expertise (Dr N\_\_\_\_\_, FMH médecine interne, Dr O\_\_\_\_\_, FMH psychiatrie et psychothérapie, Dr P\_\_\_\_\_, FMH médecine interne et rhumatologie).

L'assuré se plaignait de polyarthralgies (douleurs articulaires), de cervicalgies, de lombalgies, de dysesthésies (sensation d'anesthésie des deux gros orteils), d'un trouble dépressif (fluctuation du moral en fonction des difficultés familiales), de palpitations et de vertiges.

Ils ont posé les diagnostics du point de vue rhumatologique de cervico-lombosciatalgies gauches chroniques non spécifiques et oligo-arthralgies chroniques non spécifiques, du point de vue psychiatrique de dysthymie F34.1 chez un assuré qui présentait des traits de personnalité caractériels, de probables dérapages paranoïaques Z73.1 et d'une probable majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques F68.0, et conclu du point de vue chirurgical à l'absence de séquelles fonctionnelles des différentes chirurgies de la main.

D'un point de vue rhumatologique, compte tenu des antécédents de chirurgie du tunnel carpien et de ténosynovite, on pouvait admettre une limitation fonctionnelle pour les activités professionnelles nécessitant le port de gants compressifs,

l'exposition à des vibrations corporelles (par exemple utilisation professionnelle d'engins vibrants tels que marteaux-piqueurs, perceuses, pour autant qu'elles doivent être tenues à la main, et non sur un support mécanique), exposition au froid, mouvements exigeant une forte force de préhension des mains et mouvements répétitifs de flexion-extension des doigts de la main, surtout si le cycle de travail était inférieur à 30 secondes pour la flexion et l'extension ou si ces actions répétitives étaient exercées pendant 50% du temps de travail ou plus, et bien évidemment, pour les activités physiquement lourdes avec port de charges répétitif de plus de 15 kg. Pour les activités professionnelles respectant ces limitations fonctionnelles, la capacité de travail médico-théorique d'un point de vue rhumatologique était complète.

Il n'y avait pas de limitation fonctionnelle psychiatrique.

Après discussion collégiale, la capacité de travail de l'assuré était estimée entière en dehors des périodes d'incapacité de travail temporaires prescrites par le chirurgien de la main traitant pour le traitement de la tendinite de De Quervain ; l'activité habituelle était adaptée si elle respectait les limitations fonctionnelles retenues, soit pas de port de charge de 15 kg, pas d'exposition au froid, aux vibrations et pas de mouvement de préhension et de flexion-extension des doigts répétitifs.

54. Le 10 novembre 2016, le docteur Q\_\_\_\_\_, chef de clinique au laboratoire d'audiologie des HUG, a requis de l'OAI un renouvellement de l'appareil, de type contour à gauche.
55. Par communication du 22 novembre 2016, l'OAI a pris en charge un forfait pour un appareil acoustique monaural.
56. Le 29 novembre 2016, la doctoresse R\_\_\_\_\_ du SMR a rendu un « rapport final subséquent » relevant qu'il existait des atteintes avec répercussion sur la capacité de travail, soit des cervico-lombalgies chroniques non spécifiques M54.50, M54.20, oligoarthritis chroniques non spécifiques M13.9, diabète de type 2 insulino-dépendant (2007) E10.9, antécédents chirurgicaux aux deux mains, que l'incapacité de travail était totale dans l'activité habituelle d'employé polyvalent depuis le 30 mars 2008 et qu'une capacité de travail totale était préservée dans une activité adaptée un mois après les interventions chirurgicales ; les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : pas d'exposition aux vibrations corporelles, pas de port de gants compressifs, pas d'exposition au froid, pas de mouvements exigeant une forte force de préhension des mains, pas de mouvements répétitifs de flexion-extension des doigts, pas de port de charges de plus de 15 kg (rhumatologiques cf. pages 14, 24, 25 de l'expertise). Pour le diabète : pas de conduite professionnelle ni de conduite de véhicules à moteurs, pas de travail en hauteur (risques

d'hypoglycémies), horaires et repas réguliers, sans travail de nuit. L'incapacité de travail était totale dans l'activité habituelle depuis le 30 mars 2008 et nulle dans une activité adaptée un mois après les interventions chirurgicales.

57. Le 7 décembre 2016, l'OAI a retenu un statut d'actif pour l'assuré.
58. Le 28 février 2017, la réadaptation de l'OAI a estimé que, sans atteinte à la santé, l'assuré aurait pu avoir un emploi simple, répertorié dans les tables de l'enquête suisse sur la structure des salaires (ESS). Le degré d'invalidité se confondait avec celui de l'incapacité de travail dès lors que les revenus avec et sans invalidité étaient basés sur la même table statistique.
59. Par projet de décision du 8 mars 2017, l'OAI a refusé à l'assuré une rente d'invalidité et des mesures d'ordre professionnel, au motif que le degré d'invalidité était de 10% (un abattement de 10% étant opéré sur le revenu d'invalidité et le revenu sans invalidité étant basé sur les mêmes tables statistiques). La capacité de travail était nulle depuis le 30 mars 2008 et de 100 % dans une activité adaptée depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2012.
60. Le 4 avril 2017, l'assuré a écrit à l'OAI qu'il recourrait à l'encontre de la décision de refus de rente d'invalidité, l'expertise psychiatrique ayant sous-évalué les conséquences de son état psychique sur sa capacité de travail, tout comme l'expertise de chirurgie de la main et rhumatologique.
61. Le 13 avril 2017, le Dr L\_\_\_\_\_ a écrit à l'OAI que l'expertise psychiatrique de l'AI n'avait pas rendu compte de la véritable psychopathologie de l'assuré et a sollicité un délai pour rendre un rapport détaillé.
62. Le 28 avril 2017, le Dr L\_\_\_\_\_ a communiqué à l'OAI un rapport médical complémentaire selon lequel il existait un important décalage entre, d'une part, ses propres constatations et les conclusions de l'expertise familiale psychiatrique du Centre Universitaire Romand de Médecine Légale (CURML) de septembre 2015 (faite à la demande du Tribunal de protection de l'adulte et de l'enfant - TPAE) et, d'autre part, l'expertise de l'OAI.

L'expertise familiale retenait les diagnostics d'épisode dépressif, trouble mixte de la personnalité, avec troubles de la personnalité paranoïaque et émotionnellement labile ; l'assuré avait des difficultés pour gérer ses émotions et sa colère avec des comportements impulsifs. Ce fonctionnement avait pour conséquence des perturbations thymiques fréquentes rendant aléatoire sa capacité à assumer une charge professionnelle avec une très faible résistance au stress, et des fréquentes décompensations thymiques dont la durée pouvait varier de quelques jours à quelques mois, mais dont la récurrence fréquente interférait avec la motivation de l'assuré et sa capacité à s'engager dans un poste de travail au long cours. Il était

clair que plus les exigences du poste de travail étaient élevées, plus l'assuré aurait de la peine à les assumer.

L'assuré présentait un trouble dépressif, épisode actuel d'intensité moyenne, avec des exacerbations épisodiques de l'état anxieux et thymique en lien avec les facteurs de stress de la vie quotidienne, qui étaient souvent vécus de manière amplifiée par le patient, notamment les situations de conflits interpersonnels, provoqués essentiellement par la perception d'une attitude menaçante de la part d'autrui et le sentiment d'abandon.

L'assuré présentait depuis probablement le début de l'âge adulte, ce trouble dépressif qui se caractérisait par la survenue d'épisodes dépressifs majeurs répétitifs, séparés par des périodes de rémission complète ou partielle des symptômes dépressifs. Le risque de récurrence ou de persistance des symptômes dépressifs étaient augmentés en raison de l'existence d'un trouble de la personnalité.

Le trouble de la personnalité mixte (traits émotionnellement labile et paranoïaque) présenté par l'assuré était assimilable à un développement mental incomplet. Celui-ci s'installait progressivement durant l'enfance et l'adolescence pour se manifester le plus souvent dès le début de l'âge adulte, avec des degrés de gravité variables, d'une personne à une autre et d'une période de la vie à une autre.

Ce trouble était consécutif à un dysfonctionnement du système de régulation des émotions dû à des facteurs génétiques et/ou des expériences traumatisantes de la petite enfance et en lien avec un environnement le plus souvent invalidant (le patient avait refusé à ce jour de parler de manière plus ouverte et détaillée de ses expériences de la vie avant l'arrivée en Suisse).

Le fonctionnement de l'assuré se caractérisait par un besoin intense d'être estimé, une estime de soi qui était fragile et instable et des efforts effrénés pour éviter les abandons réels ou imaginés. Il présentait également une instabilité marquée et persistante de l'image ou de la notion de soi qui oscillait entre l'inflation de soi et la dévalorisation, voire par moment un comportement mégalomane. Ceci pouvait générer une compréhension erronée de la présentation de l'assuré lors d'un entretien psychiatrique.

Ce trouble se manifestait également par une impulsivité qui concernait les comportements et les affects dans des domaines potentiellement dommageables pour l'assuré. Il se caractérisait aussi par des colères intenses et inappropriées (fréquentes manifestations de mauvaise humeur, colère constante, bagarres).

L'assuré avait des difficultés pour accepter la réalité externe et il luttait de manière très forte contre ce qu'il considérait être une injustice portée contre ses intérêts.

L'incapacité de travail était totale, avec une évolution favorable probable si un traitement optimal était prescrit et que l'assuré retrouvait une vie sociale et relationnelle stable ; une mesure de réinsertion professionnelle était nécessaire à 50% pour une durée de six mois minimum.

63. Le 7 juillet 2017, les Drs R\_\_\_\_\_ et S\_\_\_\_\_, du SMR, ont rendu un rapport médical subséquent selon lequel en 2016, pour poser le diagnostic de dysthymie, l'expert avait effectué des tests psychométriques et s'était appuyé sur des constatations objectives telles que le status psychiatrique. Le score des tests était proche de la dépression légère, mais au vu des incohérences cliniques marquées parlant en faveur d'une majoration des symptômes, seule une dysthymie avait été retenue. Ils ne pouvaient pas faire de comparaison avec l'expertise de 2013, ni en tirer des conclusions, car un diagnostic seul ne pouvait déterminer en soi une capacité de travail ; l'expertise familiale n'avait pas été effectuée dans ce but-là, mais dans un contexte de divorce. Ainsi, le diagnostic de dysthymie retenu en 2016 par l'expert n'avait pas lieu d'être remis en question.

Concernant la personnalité de l'assuré, l'expert de 2013 parlait en faveur d'un trouble de la personnalité, alors qu'en 2016, l'expert retenait uniquement des traits de personnalité non incapacitants professionnellement, mais lui reconnaissant des difficultés interpersonnelles certaines en raison de la personnalité caractérielle. Un trouble de la personnalité entraînait des difficultés à s'adapter à la vie socioprofessionnelle, et devait être décompensé pour motiver une capacité de travail durable au sens de l'OAI. L'assuré avait effectué une scolarité normale en Egypte, avait terminé un diplôme de comptable en 1991, activité qu'il avait pratiquée durant environ un an, puis il avait travaillé jusqu'en 2005 dans la location de véhicules. Il était arrivé en Suisse en octobre 2005, et en l'absence d'équivalence professionnelle et en raison de la méconnaissance du français, il avait travaillé comme employé polyvalent dans la cuisine jusqu'en mars 2010, hormis lors des incapacités de travail liées principalement à des problèmes somatiques. Ainsi, l'assuré avait pu montrer une capacité de se former, et de pratiquer diverses professions, allant à l'encontre d'un trouble de la personnalité. Les traits de personnalité étaient nettement surmontables par un effort de volonté.

Il n'y avait pas lieu de se positionner par rapport à la décision du chômage du 5 novembre 2010 d'inaptitude totale au placement de l'assuré. Même si une observation socioprofessionnelle à l'atelier de réadaptation de Beau-Séjour avait conclu à l'impossibilité de l'assuré de travailler en dehors d'un atelier protégé. Ces organismes se prononçaient sur une employabilité, alors que les médecins de l'expertise de 2016 et du SMR se prononçaient sur une capacité de travail médico-théorique.

Par ailleurs, les éléments anamnestiques manquants lors de l'expertise de 2016, et relatés par le Dr L\_\_\_\_\_, n'amenaient pas d'éléments permettant de faire modifier les conclusions de l'expert psychiatre de l'expertise de 2016.

64. Par décision du 31 juillet 2017, l'OAI a refusé à l'assuré une rente d'invalidité et des mesures professionnelles.
65. Le 4 septembre 2017, l'assuré a recouru auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice à l'encontre de la décision de l'OAI du 31 juillet 2017 en faisant valoir que le rapport psychiatrique du Dr L\_\_\_\_\_ du 28 avril 2017 contestait les conclusions de l'OAI ; il demandait une nouvelle expertise psychiatrique, les conclusions des experts en chirurgie de la main et en rhumatologie étaient aussi erronées ; enfin le Secrétariat d'État aux migrations (ci-après : SEM) avait accepté sa demande d'admission provisoire en Suisse pour des raisons de santé.

Il a communiqué :

- une décision du SEM du 14 juin 2017 admettant l'assuré provisoirement en Suisse au motif que bien que celui-ci soit suivi depuis plusieurs années en Suisse pour des affections d'ordre physique et psychique – lesquelles sont antérieures aux arrêts du TAF et du TF et auraient donc pu être invoquées en procédure ordinaire déjà – il sied de constater, sur la base des rapports médicaux produits, que son état de santé présente actuellement des aggravations ponctuelles et nécessite une prise en charge multidisciplinaire lourde et régulière. Par ailleurs, il convient de mentionner que l'Égypte connaît actuellement d'importantes difficultés d'approvisionnement en médicaments entraînant des pénuries ponctuelles de certains d'entre eux dont l'insuline, substance nécessaire au traitement médical de l'intéressé. Au vu de ce qui précède, il faut admettre que les circonstances de fait ont subi, depuis l'entrée en force de la décision du SEM, une modification notable justifiant qu'il soit entré en matière sur la demande de réexamen ;
- un rapport médical du Dr L\_\_\_\_\_ du 26 août 2016 effectué à la demande de l'Office fédéral des migrations, selon lequel l'assuré présentait un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen à sévère, sans symptômes psychotiques. Traits de personnalité émotionnellement labile et paranoïaque et était en incapacité de travail totale ;
- un rapport des docteurs T\_\_\_\_\_ et U\_\_\_\_\_ (service de médecine de premier recours des HUG) du 13 septembre 2016 attestant des diagnostics de polyarthrose et fibromyalgie, lombalgie, diabète de type 2 insulino-requérant, hypertension artérielle, syndrome d'hypopnées obstructives du sommeil appareillé, trouble dépressif ;

- un rapport d'examen électro-physiologique du 26 novembre 2012 ;
  - un rapport du service d'endocrinologie, diabétologie, hypertension et nutrition des HUG, non daté, attestant d'un suivi pour un diabète de type 2 et une attestation du 30 novembre 2015 mentionnant la nécessité d'un traitement ;
  - une attestation du service de premier recours des HUG du 27 octobre 2015 attestant d'un diabète de type 2 insulino-requérant, avec rétinopathie et polyneuropathie périphérique ainsi qu'une hypertension artérielle, une dyslipidémie et un syndrome d'apnées du sommeil ;
  - un rapport du département de chirurgie des HUG du 22 octobre 2015 suite à une consultation de l'assuré pour cervico-brachialgies d'origine indéterminée, constatant l'absence de pathologie dans le cadre de la chirurgie de la main ;
  - un certificat du Dr L\_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> décembre 2015 selon lequel l'assuré était incapable de travailler et nécessitait un traitement pour des affections physiques et psychiques, dont il ne pourrait probablement pas bénéficier dans son pays d'origine ;
  - une expertise du 16 septembre 2015 de la docteure V\_\_\_\_\_, FMH en psychiatrie et psychothérapie, effectué à la demande du TPAE. Elle posait les diagnostics d'épisode dépressif (F.32) ; trouble mixte de la personnalité (F61), avec traits de la personnalité paranoïaque et émotionnellement labile ; obésité, sans précision (E66.90) ; difficultés liées à l'emploi et au chômage (Z56) et difficultés liées à l'environnement social (Z60). Les capacités parentales du recourant lui permettaient d'offrir à ses enfants une relation chaleureuse et valorisante, sur laquelle ils pouvaient s'appuyer pour leur construction identitaire. Elles étaient cependant limitées par ses difficultés psychologiques, qui se répercutaient négativement sur la continuité relationnelle qu'il pouvait donner à ses enfants, sur son comportement à leur égard et sa capacité à leur poser des limites éducatives et à collaborer avec les professionnels intervenant auprès d'eux. Ces limitations avaient pour conséquence que l'assuré avait besoin d'une assistance et d'un encadrement pour s'occuper de ses enfants.
66. Le 3 octobre 2017, le Dr S\_\_\_\_\_ du SMR a attesté que les nouveaux documents médicaux fournis par l'assuré confirmaient l'absence de gravité des atteintes somatiques et l'absence d'aggravation majeure de l'état psychique.
67. Le 9 octobre 2017, l'OAI s'est rallié à l'appréciation du SMR du 3 octobre 2017 et a conclu au rejet du recours, étant relevé qu'une instruction médicale complémentaire n'était pas justifiée.
68. Le 9 novembre 2017, l'assuré a répliqué en relevant que le SMR avait dû corriger l'expertise somatique puisqu'il avait exclu l'exigibilité de l'activité antérieure, ce

qui permettait de douter de la valeur probante de l'expertise ; il avait travaillé jusqu'en mai 2010 de sorte qu'il était erroné de dire qu'il était en incapacité de travail dès mars 2008 ; l'OAI ne s'était à tort pas prononcé sur l'avis du Dr L\_\_\_\_\_ du 22 avril 2017 et l'expertise du TPAE de juillet 2015 ; l'expertise psychiatrique n'était pas probante.

69. Le 19 mars 2018, l'assuré a requis des informations sur l'état de la procédure, sa situation sociale et médicale ne cessant de se dégrader.
70. Le 24 mai 2018, la chambre de céans a informé les parties qu'elle entendait confier une expertise au professeur W\_\_\_\_\_ ainsi qu'à la docteure X\_\_\_\_\_ et leur a imparti un délai pour se prononcer sur une éventuelle cause de récusation des experts ainsi que sur les questions libellées dans la mission d'expertise.
71. Le 30 mai 2018, l'OAI s'est opposé au principe d'une expertise, sans motif de récusation à l'égard des experts.
72. Le recourant n'a pas fait d'observations.
73. Par ordonnance du 26 juin 2018 (ATAS/582/2018), la chambre de céans a confié une expertise psychiatrique aux Drs W\_\_\_\_\_ et X\_\_\_\_\_, en relevant que les rapports du Dr L\_\_\_\_\_ des 1<sup>er</sup> décembre 2015, 28 août 2016 et 28 avril 2017 attestaient de diagnostics et de conséquences de ceux-ci sur la capacité de travail du recourant qui divergeaient des conclusions du volet psychiatrique de l'expertise de la PMU, lequel ne retenait aucune limitation fonctionnelle psychiatrique, seul un diagnostic de dysthymie ayant été constaté, et soulignait des incohérences cliniques marquées. Or, le Dr L\_\_\_\_\_ constatait une incapacité de travail totale du recourant. Par ailleurs, l'expertise du 16 septembre 2015 de la Dre V\_\_\_\_\_ attestait de diagnostics psychiatriques, en contradiction également avec l'évaluation de l'expertise de la PMU.

Au vu de ces avis divergents, une expertise psychiatrique judiciaire apparaissait nécessaire.

74. Le 24 novembre 2018, les Drs W\_\_\_\_\_ et X\_\_\_\_\_ ont rendu leur rapport d'expertise, fondé notamment sur trois entretiens avec l'assuré les 2 août, 9 août et 27 septembre 2018 et un entretien téléphonique avec le Dr L\_\_\_\_\_ et une ancienne collègue de travail de l'assuré.

Celui-ci se plaignait de problèmes somatiques et d'affects dépressifs en lien avec le conflit avec son épouse et la difficulté à interagir sereinement avec des collègues de travail.

Les experts ont posé les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de trouble de la personnalité paranoïaque (type sensitive) dès 2010 et, sans répercussion sur la capacité de travail, d'état dépressif léger dès 2010.

La psychopathologie franche s'était manifestée après la péjoration du rapport du couple en 2010 et une désinsertion sociale du recourant. La personnalité paranoïaque était retenue sur la base des critères de sensibilité excessive aux échecs et aux rebuffades, un refus de pardonner les insultes ou les préjudices et une tendance rancunière tenace, un caractère soupçonneux ainsi qu'une tendance envahissante à déformer les événements en interprétant les actions d'autrui comme hostiles ou méprisantes, un sens tenace et combatif de ses propres droits légitimes hors de proportion avec la situation réelle (cet aspect quérulent était peu marqué chez l'assuré), des doutes répétés et injustifiés sur la fidélité du conjoint ou du partenaire, une préoccupation par des explications sans fondement, à type de conspiration, concernant les événements qui se déroulaient autour de soi ou dans le monde en général (les trois derniers critères étaient peu marqués chez le recourant).

Il n'y avait pas de majoration de symptômes, l'assuré était authentique dans l'expression de sa colère et de sa méfiance mais aussi de son sentiment d'humiliation. Le trouble de la personnalité paranoïaque avait un impact évident sur tous les aspects de la vie de l'assuré, que ce soit au niveau social, affectif ou professionnel. L'assuré se considérait comme victime d'un entourage hostile qui ne cessait de le rabaisser et de lui manquer de respect. Les relations intimes étaient évitées, il n'avait aucune relation sociale significative et quand l'assuré travaillait, les rapports avec les collègues et notamment avec la hiérarchie étaient conflictuels. Ce trouble limitait sa capacité à collaborer avec autrui dans le cadre d'une activité professionnelle. Toutefois, il n'avait pas d'impact per se au niveau des activités de la vie quotidienne.

L'assuré était très isolé socialement et ses ressources étaient limitées. Son comportement était cohérent par rapport à son trouble de la personnalité. Les limitations étaient uniformes dans tous les domaines et c'était principalement la composante relationnelle perturbée en raison du trouble de la personnalité qui causait l'atteinte au niveau social et professionnel.

Le trouble de la personnalité paranoïaque limitait l'assuré dans sa capacité à travailler parmi un groupe de personnes et d'accepter les éventuelles remarques sur la qualité de son travail. L'état dépressif léger que présentait l'assuré actuellement n'occasionnait pas per se de limitation fonctionnelle dans l'activité habituelle. Cependant, il avait un effet synergique avec le trouble de la personnalité aggravant l'impossibilité d'investir une activité usuelle (irritabilité, anhédonie, vision morose de l'avenir). Dans une activité où il pourrait travailler seul et serait le moins possible exposé à d'éventuelles critiques, l'assuré était susceptible d'être beaucoup moins limité fonctionnellement. La capacité de travail dans un tel champ était de 50 % à l'heure actuelle.

L'incapacité de travail était de 100 % dès 2013, compte tenu de l'effet combiné d'un état dépressif majeur sévère et du trouble de la personnalité paranoïaque. Cette incapacité de travail était de 50 % en milieu adapté après amendement des symptômes dépressifs (2015). Il était peu probable que le taux d'incapacité de travail en lien avec le trouble de la personnalité ait évolué durant ces dernières années. L'activité adaptée à 50 % était exigible dès 2015.

75. Le 11 décembre 2018, le Dr Y\_\_\_\_\_, du SMR, a rendu un avis médical selon lequel l'anamnèse de l'expertise était moins complète que celle du Dr O\_\_\_\_\_ de la PMU (la tentative de suicide de l'assuré n'était pas mentionnée) ; une journée type n'était pas décrite, le dosage des traitements prescrits n'avait pas été effectué ; étant donné que le status clinique était identique, on ne comprenait pas la divergence diagnostic ni l'argumentation qui permettaient aux experts de s'écarter des conclusions du Dr O\_\_\_\_\_ qui relevait des incohérences marquées ; de plus, dans la mesure où l'état dépressif était léger, on avait de la peine à comprendre qu'il puisse décompenser le trouble de la personnalité ; par ailleurs, même les experts relevaient que la plupart des aspects du trouble de la personnalité paranoïaque étaient peu marqués chez l'assuré ; de ce fait, on ne pouvait au vu de ce qui précédait, retenir ce trouble ; dans la mesure où comme l'indiquait le Dr O\_\_\_\_\_, l'assuré n'avait pas été empêché de se former ni de travailler, c'étaient plutôt les facteurs extra-médicaux qui jouaient un rôle principal dans cette situation. Par ailleurs, les Drs W\_\_\_\_\_ et X\_\_\_\_\_ travaillant dans le cadre de la même institution que la Dre V\_\_\_\_\_, (affilié au final aux HUG), ils ne pouvaient faire une appréciation objective de la situation médicale de l'assuré sous peine de contredire leur consœur. Les conclusions du rapport du SMR du 29 novembre 2016 restaient valables.
76. Le 3 janvier 2019, l'OAI s'est rallié à l'avis du SMR du 11 décembre 2018 et a persisté dans ses conclusions en rejet du recours.
77. L'assuré n'a pas formulé d'observations.
78. Sur quoi 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) en vigueur dès le 1er janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

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

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

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).
4. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité, singulièrement sur l'évaluation de sa capacité de travail.
5. Aux termes de l'art. 8 al. 1<sup>er</sup> LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008). 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).
6. 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 102 V 165; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. A cet effet, il faut

examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294 consid. 4c, ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen), l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 237/04 du 30 novembre 2004 consid. 4.2).

7. La reconnaissance de l'existence de troubles somatoformes douloureux persistants suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3).

Le diagnostic d'un trouble douloureux somatoforme doit être justifié médicalement de telle manière que les personnes chargées d'appliquer le droit puissent vérifier que les critères de classification ont été effectivement respectés. En particulier, l'exigence d'une douleur persistante, intense et s'accompagnant d'un sentiment de détresse doit être remplie. Un tel diagnostic suppose l'existence de limitations fonctionnelles dans tous les domaines de la vie (tant professionnelle que privée). Les médecins doivent en outre prendre en considération les critères d'exclusion de ce diagnostic retenus par la jurisprudence (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1. et 2.2). Ainsi, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (ATF 131 V 49 consid. 1.2).

Une expertise psychiatrique est, en principe, nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que les troubles somatoformes douloureux sont susceptibles d'entraîner (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2 et 5.3.2). Une telle appréciation psychiatrique n'est toutefois pas indispensable lorsque le dossier médical comprend suffisamment de renseignements pour exclure l'existence d'une

composante psychique aux douleurs qui revêtirait une importance déterminante au regard de la limitation de la capacité de travail.

8. La jurisprudence développée au sujet des troubles somatoformes douloureux s'applique dorénavant à toutes les maladies psychiques (ATF 143 V 409 ; 143 V 418).
9. L'évaluation des syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique ne fait pas l'objet d'un consensus médical (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_619/2012 du 9 juillet 2013 consid. 4.1). Pour ces motifs, la jurisprudence a dégagé un certain nombre de principes et de critères normatifs pour permettre d'apprécier - sur les plans médical et juridique - le caractère invalidant de ce genre de syndromes. Selon la jurisprudence ayant cours jusqu'à récemment, ceux-ci n'entraînaient pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3). Il existait une présomption que de tels syndromes ou leurs effets pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 49 consid. 1.2). Le Tribunal fédéral a toutefois reconnu qu'il existait des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendaient la personne incapable de fournir cet effort de volonté, et a établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de ces syndromes (cf. ATF 130 V 352 consid. 2.2. et ATF 131 V 49 consid. 1.2). Au premier plan figurait la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères pouvaient être déterminants, tels que des affections corporelles chroniques, un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 132 V 65 consid. 4.2). En présence de tels syndromes, la mission d'expertise consistait surtout à porter une appréciation sur la vraisemblance de l'état douloureux et, le cas échéant, à déterminer si la personne expertisée disposait des ressources psychiques lui permettant de surmonter cet état. Eu égard à la mission confiée, les experts failliraient à celle-ci s'ils ne tenaient pas compte des différents critères mis en évidence par le Tribunal fédéral dans le cadre de leur appréciation médicale (ATF 132 V 65 consid. 4.2 et 4.3).
10. Dans un arrêt récent (ATF 141 V 281), le Tribunal fédéral a abandonné la présomption qui prévalait jusqu'à ce jour, selon laquelle les syndromes du type

troubles somatoformes douloureux et affections psychosomatiques assimilées peuvent être surmontés en règle générale par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 132 V 65; ATF 131 V 49; ATF 130 V 352). Désormais, 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 de mettre en regard les facteurs extérieurs incapacitants d'une part et les ressources de compensation de la personne d'autre part (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). Il n'y a plus lieu de se fonder sur les critères de l'ATF 130 V 352, mais sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4). Ces indicateurs concernent deux catégories, à savoir celle du degré de gravité fonctionnelle et celle de la cohérence.

Ces indicateurs sont classés comme suit :

#### I. Catégorie « degré de gravité fonctionnelle »

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

##### A. Axe « atteinte à la santé »

#### 1. 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 F45.5, 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. A 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. Un trouble qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidant en tant que tel (cf. consid. 4.3.1.2; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_98/2010 du 28 avril 2010, consid. 2.2.2, in : RSAS 2011 IV n° 17, p. 44) n'est pas une comorbidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_1040/2010 du 6 juin 2011, consid. 3.4.2.1, in : RSAS 2012 IV n° 1, p. 1) mais doit à la rigueur être pris en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité (ATF 141 V 281 consid. 4.3.2). Ainsi, un trouble dépressif réactionnel au trouble somatoforme ne perd pas toute signification en tant que facteur d'affaiblissement potentiel des ressources, mais doit être pris en considération dans l'approche globale (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.3).

#### 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, les loisirs). Le critère du retrait social utilisé jusqu'ici doit désormais être interprété de telle sorte qu'il se réfère non seulement aux limitations mais également aux ressources de l'assuré et à sa capacité à les mobiliser. Dans la mesure du possible, il convient de comparer le niveau d'activité sociale de l'assuré avant et après la survenance de l'atteinte à la santé (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 assécurologique en cours. Il ne faut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsque le refus ou la mauvaise acceptation du traitement recommandé est la conséquence d'une incapacité (inévitable) de l'assuré à reconnaître sa maladie (anosognosie). Les mêmes principes s'appliquent pour les mesures de réadaptation. Un comportement incohérent de l'assuré est là aussi un indice que la limitation fonctionnelle est due à d'autres raisons 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 (consid. 5.2.2; ATF 137 V 64 consid. 1.2 in fine).

11. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical (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, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

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

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

Dès lors qu'en l'absence de résultats sur le plan somatique, le seul diagnostic de troubles somatoformes douloureux ne suffit pas pour justifier un droit à des prestations d'assurances sociales, il incombe à l'expert psychiatre, dans le cadre large de son examen, d'indiquer à l'administration (et au juge) si et dans quelle mesure un assuré dispose de ressources psychiques qui - eu égard également aux critères pertinents - lui permettent de surmonter ses douleurs. Les prises de position médicales sur la santé psychique et sur les ressources dont dispose l'assuré constituent une base indispensable pour trancher la question (juridique) de savoir si et dans quelle mesure on peut exiger de celui-ci qu'il mette en œuvre toute sa volonté pour surmonter ses douleurs et réintégrer le monde du travail. Dans le cadre

de la libre appréciation dont ils disposent, l'administration et le juge ne sauraient ni ignorer les constatations de fait des médecins, ni faire leurs les estimations et conclusions médicales relatives à la capacité (résiduelle) de travail, sans procéder à un examen préalable de leur pertinence du point de vue du droit des assurances sociales. Cela s'impose en particulier lorsque l'expert atteste une limitation de la capacité de travail fondée uniquement sur le diagnostic de troubles somatoformes douloureux. Dans un tel cas, il appartient aux autorités administratives et judiciaires d'examiner avec tout le soin nécessaire si l'estimation médicale de l'incapacité de travail prend en considération également des éléments étrangers à l'invalidité (en particulier des facteurs psychosociaux et socio-culturels) qui ne sont pas pertinents du point de vue des assurances sociales, ou si la limitation (partielle ou totale) de la capacité de travail est justifiée par les critères juridiques déterminants (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.648/03 du 18 septembre 2004 consid. 5.1.3 et 5.1.4).

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur

l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3).

Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier 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; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées).

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; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.244/05 du 3 mai 2006 consid. 2.1). 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).

Les constatations médicales peuvent être complétées par des renseignements d'ordre professionnel, par exemple au terme d'un stage dans un centre d'observation professionnel de l'assurance-invalidité, en vue d'établir concrètement dans quelle

mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Il appartient alors au médecin de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé (influence de ces atteintes sur sa capacité à travailler en position debout et à se déplacer; nécessité d'aménager des pauses ou de réduire le temps de travail en raison d'une moindre résistance à la fatigue, par exemple), en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. En revanche, il revient au conseiller en réadaptation, non au médecin, d'indiquer quelles sont les activités professionnelles concrètes entrant en considération sur la base des renseignements médicaux et compte tenu des aptitudes résiduelles de l'assuré. Dans ce contexte, l'expert médical et le conseiller en matière professionnelle sont tenus d'exercer leurs tâches de manière complémentaire, en collaboration étroite et réciproque (ATF 107 V 17 consid. 2b; SVR 2006 IV n° 10 p. 39).

En cas d'appréciation divergente entre les organes d'observation professionnelle et les données médicales, l'avis dûment motivé d'un médecin prime pour déterminer la capacité de travail raisonnablement exigible de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 531/04 du 11 juillet 2005, consid. 4.2). En effet, les données médicales permettent généralement une appréciation plus objective du cas et l'emportent, en principe, sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_462/2009 du 2 décembre 2009 consid. 2.4). Au regard de la collaboration, étroite, réciproque et complémentaire selon la jurisprudence, entre les médecins et les organes d'observation professionnelle (cf. ATF 107 V 17 consid. 2b), on ne saurait toutefois dénier toute valeur aux renseignements d'ordre professionnel recueillis à l'occasion d'un stage pratique pour apprécier la capacité résiduelle de travail de l'assuré en cause. Au contraire, dans les cas où l'appréciation d'observation professionnelle diverge sensiblement de l'appréciation médicale, il incombe à l'administration, respectivement au juge - conformément au principe de la libre appréciation des preuves - de confronter les deux évaluations et, au besoin de requérir un complément d'instruction (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_1035/2009 du 22 juin 2010 consid. 4.1, in SVR 2011 IV n° 6 p. 17; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_833/2007 du 4 juillet 2008, in Plädoyer 2009/1 p. 70; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 35/03 du 24 octobre 2003 consid. 4.3 et les références, in Plädoyer 2004/3 p. 64; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_512/2013 du 16 janvier 2014 consid. 5.2.1).

12. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des

investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a modifié sa jurisprudence en ce sens que lorsque les instances cantonales de recours constatent qu'une instruction est nécessaire parce que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise, elles sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'OAI ne se révèlent pas probantes (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3). Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise reste possible, même sous l'empire de la nouvelle jurisprudence, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

Les expertises mises en œuvre selon l'ancien standard de procédure ne perdent pas en soi valeur de preuve. Lors de l'application par analogie des exigences désormais modifiées en matière de droit matériel des preuves, il faut examiner dans chaque cas si l'expertise administrative et/ou juridique demandée – le cas échéant dans le contexte d'autres rapports médicaux réalisés par des spécialistes – permet ou non une évaluation concluante à la lumière des indicateurs déterminants. Suivant le degré et l'ampleur de clarification nécessaire, un complément ponctuel peut dans certaines circonstances suffire (ATF 141 V 281 consid. 8).

Lorsqu'une expertise ne permet pas une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants développés par la nouvelle jurisprudence en lien avec les troubles somatoformes douloureux et d'autres syndromes somatiques dont l'étiologie est incertaine, un renvoi à l'administration pour instruction complémentaire et nouvelle décision est possible (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_219/2015 du 12 octobre 2015 consid. 5.4).

13. a. En l'occurrence, dans son ordonnance du 26 juin 2018, la chambre de céans a considéré que le recourant contestait principalement le volet psychiatrique de l'expertise du 30 août 2016 réalisée par la PMU, même s'il relevait que les experts en chirurgie de la main et en rhumatologie avaient sous-estimé l'atteinte à sa santé psychique.

b. Du point de vue somatique, les experts avaient retenu les diagnostics de cervico-lombosciatalgies gauches chroniques non spécifiques et oligo-arthralgies chroniques non spécifiques et une absence de séquelles fonctionnelles des différentes chirurgies de la main ; des limitations fonctionnelles avaient été retenues (pas d'utilisation de gants compressifs, d'exposition à des vibrations corporelles et au froid, pas de mouvements avec forte préhension des mains et mouvements répétitifs de flexion-extension des doigts de la main, pas d'activité physiquement lourde avec port de charge répétitif de plus de 15 kg). La capacité de travail avait été considérée comme entière dans une activité adaptée. Le volet somatique de l'expertise de la PMU, fondé sur une anamnèse complète, comprenant les plaintes du recourant, des diagnostics et les limitations fonctionnelles claires ainsi qu'une appréciation motivée de la capacité de travail du recourant, avait pleine valeur probante. L'appréciation des Drs T\_\_\_\_\_ et U\_\_\_\_\_ du 13 juin 2016 attestant de diagnostics de polyarthrose et fibromyalgie, lombalgie, diabète de type 2 insulino-requérant, hypertension artérielle, syndrome d'hypopnées obstructives du sommeil appareillé, trouble dépressif, ne remettait pas en cause les conclusions du rapport de la PMU. Il en était de même des rapports des HUG des 22 octobre, 27 octobre et 30 novembre 2015, lesquels attestaient d'un suivi pour un diagnostic de diabète type 2, polyneuropathie périphérique, hypertension artérielle, dyslipidémie, syndrome d'apnées du sommeil et cervico-brachialgies. En particulier, aucun avis médical au dossier ne mettait en doute l'évaluation somatique de la capacité de travail du recourant effectuée par la PMU. Dans ces conditions, les conclusions du volet somatique du rapport d'expertise de la PMU ne pouvaient qu'être suivies, une expertise judiciaire ne se justifiant pas.

Ces considérations peuvent être confirmées.

c. S'agissant de l'expertise judiciaire psychiatrique, dans la mesure où elle est fondée sur trois entretiens avec le recourant, complétés par un entretien téléphonique avec le psychiatre traitant de celui-ci et l'entier du dossier, qu'elle comprend une anamnèse, les plaintes du recourant, des diagnostics clairs et motivés, une appréciation du cas cohérente et des explications quant aux divergences de diagnostic et d'appréciation de la capacité de travail du recourant par rapport aux autres avis médicaux au dossier, elle répond aux réquisits jurisprudentiels précités pour qu'il lui soit reconnu une pleine valeur probante.

Les critiques émises par le SMR, et reprises par l'intimé, ne sont pas à même de mettre en doute la valeur probante de l'expertise judiciaire.

c/aa Tout d'abord, le SMR estime que l'anamnèse effectuée par le Dr O\_\_\_\_\_ est plus complète que celle de l'expertise judiciaire. A cet égard, le SMR ne prétend pas que celle de l'expertise judiciaire serait insuffisante dans une mesure telle qu'elle ôterait toute valeur probante à ses conclusions. Cela à juste titre, étant donné

que l'expertise judiciaire comprend une anamnèse personnelle, familiale, professionnelle et même judiciaire (laquelle est absente de l'expertise de la PMU du 30 août 2016). Par ailleurs, le Dr O\_\_\_\_\_ s'est contenté d'un complément d'anamnèse personnelle, en réalité plus bref que l'anamnèse de l'expertise judiciaire (expertise PMU p. 15) et n'a pas non plus décrit de journée type, le descriptif de la vie quotidienne ayant été effectué sous l'angle somatique (expertise PMU p. 9).

c/bb Ensuite, le reproche d'absence de dosage des traitements prescrits n'est pas relevant, les experts ayant, en toute hypothèse, indiqué que même une modification du traitement médicamenteux telle que proposée (expertise judiciaire p. 18), n'aurait pas un impact déterminant sur la capacité de travail du recourant, laquelle était diminuée par le trouble de la personnalité paranoïaque. Or, le traitement médicamenteux, instauré depuis 2013, avait permis une rémission partielle des symptômes dépressifs mais pas du trouble de la personnalité paranoïaque (expertise judiciaire p. 16). Par ailleurs, les experts ont estimé, après avoir pris contact avec le psychiatre traitant, que le traitement psychotrope et le suivi psychiatrique étaient correctement investis par le recourant (expertise judiciaire p. 16). Enfin, le dosage d'antidépresseurs et d'antipsychotiques effectué par les experts de la PMU le 10 mai 2016 n'a pas pu être interprété (expertise PMU p. 12) et n'a d'ailleurs pas fait l'objet de commentaire de la part du Dr O\_\_\_\_\_ (expertise PMU p. 23).

c/cc Le SMR estime encore que la divergence diagnostique entre les expertises n'est pas expliquée par les experts judiciaires. Or, ceux-ci se sont prononcés sur les conclusions de l'expertise de la PMU du 30 août 2016 et ont indiqué que, contrairement à l'évaluation du Dr O\_\_\_\_\_, ils estimaient que les critères pour un état dépressif léger (et non pas seulement une dysthymie) étaient présents et que le fonctionnement du recourant dans les relations interpersonnelles ainsi que sa conception du monde qui l'entourait avait un impact majeur sur sa vie sociale, affective et professionnelle. Dans ce sens, ils ont retenu un trouble de la personnalité paranoïaque plutôt que de simples traits. Le trouble était invalidant et l'on ne pouvait pas soutenir un retour au plein emploi. Par ailleurs, les experts judiciaires ont clairement exclu la présence d'une majoration des symptômes psychiques chez le recourant. Ils ont relevé que, mis à part l'authenticité de ses plaintes, l'hétéro-anamnèse montrait que la perturbation de l'organisation de sa personnalité existait bien avant la décompensation bruyante. L'objectif de ses demandes AI était celui d'une réparation morale et financière par rapport aux torts qu'il supposait avoir subi. Dans ce sens, l'objectif recherché pouvait sembler similaire à celui manifesté lors d'une majoration des symptômes psychiques. Toutefois et contrairement à ce dernier cas de figure, la revendication de réparation était diffuse, concernait la plupart des aspects de sa vie et constituait une manière

diachronique d'interagir avec un environnement perçu comme hostile (expertise judiciaire p. 14). Le recourant était authentique dans l'expression de sa colère, de sa méfiance et de son sentiment d'humiliation (expertise judiciaire p. 13). Ils ont ainsi considéré que c'était le trouble de la personnalité paranoïaque qui avait des répercussions fonctionnelles majeures dans un milieu économique usuel (expertise judiciaire p. 14).

La chambre de céans constate que l'appréciation des experts judiciaires s'écarte de façon motivée de celle du Dr O\_\_\_\_\_, celui-ci ayant prioritairement considéré qu'il existait des incohérences cliniques marquées chez le recourant et une majoration des symptômes, ce que les experts judiciaires ont exclu. On constate encore que le Dr O\_\_\_\_\_ a relevé, d'une part, la présence de dérapages vers une appréhension persécutante du monde environnant (expertise PMU p. 17 et 18), des traits de personnalité caractériels et paranoïaque (expertise PMU p. 18), soit des symptômes repris par les experts judiciaires dans le cadre du trouble de la personnalité paranoïaque, d'autre part, que l'échelle de dépression MADRS (test effectué par le Dr O\_\_\_\_\_) a conclu à un score compatible avec une dysthymie ou un épisode dépressif léger (tel que diagnostiqué par les experts judiciaires). Le Dr O\_\_\_\_\_ écarte cependant ce dernier diagnostic en raison de la présence de ce qu'il estime être des facteurs de majoration (expertise PMU p. 17-18). Les constatations faites par le Dr O\_\_\_\_\_ rejoignent ainsi celles des experts judiciaires mais ont été interprétées en partant du principe que le recourant majorait ses plaintes, ce que les experts judiciaires ont clairement écartés. La divergence de diagnostics et d'impact de ceux-ci sur la capacité de travail du recourant existant entre les deux expertises est ainsi motivée de façon convaincante par les experts judiciaires.

c/dd Le SMR relève encore qu'un état dépressif léger ne peut décompenser le trouble de la personnalité. A cet égard, les experts judiciaires ont relevé que l'état dépressif, présent depuis 2010, s'était aggravé jusqu'en 2013, de sorte que, dès cette date, l'état dépressif majeur était sévère et, avec le trouble de la personnalité paranoïaque, qui s'était aussi manifesté après 2010, il influençait négativement la capacité de travail, celle-ci étant nulle, dans toute activité, jusqu'à fin 2014. Dès 2015, seul le trouble de la personnalité paranoïaque diminuait la capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée (soit un travail avec peu de collaboration avec d'autres employés), en raison de la nécessité d'éviter une exposition relationnelle trop importante (sensibilité aux interactions humaines et tendance à conflictualiser les liens) et une faible tolérance au stress (expertise judiciaire p. 12). L'état dépressif léger n'a ainsi, selon les experts judiciaires, pas d'influence sur la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée. Le trouble de la personnalité, contrairement à l'avis du SMR, n'est, selon les experts judiciaires, pas décompensé par un état dépressif léger mais présent après l'année 2010, durant laquelle le

recourant a été confronté à la perte de son épouse et à sa désinsertion sociale (expertise judiciaire p. 13). L'influence de l'épisode dépressif léger (soit les symptômes d'une anhédonie, d'irritabilité et d'attitude morose) n'est évoquée qu'en relation avec une activité en milieu usuel mais pas dans le cadre d'une activité adaptée (expertise judiciaire p. 12).

c/ee Toujours selon le SMR, les experts ont relevé que la plupart des aspects du trouble de la personnalité paranoïaque était peu marquée chez le recourant, de sorte que ce trouble ne pouvait être retenu et que des facteurs extra-médicaux jouaient un rôle principal. A cet égard, les experts judiciaires ont expliqué que l'aspect quérulent de la personnalité paranoïaque était peu prononcé, mais que le recourant présentait davantage un aspect sensitif se manifestant par un vécu de victimisation, avec des affects dépressifs et une hyperesthésie affective, un sentiment d'être laissé pour compte, humilié et non considéré ; sa psychopathologie était proche d'une personnalité sensitive (expertise judiciaire p. 12). Les experts ont ainsi motivé de façon convaincante la présence du trouble de la personnalité paranoïaque. De surcroît, ils ont relaté des répercussions fonctionnelles majeures de ce trouble, tant dans une activité professionnelle que dans toute activité sociale (expertise judiciaire p. 14 et 16). Les facteurs extra-médicaux mis en avant par le Dr O\_\_\_\_\_ (difficultés conjugales, statut instable) n'ont pas été considéré comme des facteurs déterminants par les experts judiciaires, ceux-ci ayant écarté toute majoration des symptômes pour retenir un diagnostic psychiatrique incapacitant, contrairement au Dr O\_\_\_\_\_.

c/ff Enfin, les liens avancés par le SMR entre les experts judiciaires et la Dre V\_\_\_\_\_ ne sont pas un élément suffisant pour estimer que ceux-ci n'ont pas été à même d'opérer une appréciation objective de la situation médicale du recourant. Cela est d'autant plus vrai que l'expertise judiciaire s'écarte des diagnostics de trouble de la personnalité mixte avec des traits émotionnellement labiles et des traits de la personnalité paranoïaque posés par la Dre V\_\_\_\_\_ (expertise judiciaire p. 20). Par ailleurs, si l'intimé souhaitait demander la récusation des experts judiciaires, il lui incombait de le faire dans le délai fixé à cet égard au 8 juin 2018 aux parties par la chambre de céans, le grief soulevé par l'intimé lui étant déjà connu à cette date (art. 39 LPA ; ATF 134 I 20).

14. Au vu de ce qui précède, les conclusions de l'expertise judiciaire peuvent être suivies, de sorte que le recourant a présenté, du point de vue psychiatrique, une capacité de travail nulle dans toute activité du 1<sup>er</sup> janvier 2013 au 31 décembre 2014 et de 50 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles dès le 1<sup>er</sup> janvier 2015. L'activité adaptée doit également respecter les limitations fonctionnelles somatiques déjà admises par l'intimé (pas d'exposition aux vibrations corporelles, pas de port de gants compressifs, pas d'exposition au froid,

pas de mouvement exigeant une forte force de préhension des mains, pas de mouvements répétitifs de flexion extension des doigts, pas de port de charges de plus de 15 kg ; pas de conduite professionnelle ni de conduite de véhicules à moteurs, pas de travail en hauteur, horaires et repas régulier, sans travail de nuit).

Finalement la capacité de travail du recourant, compte tenu des limitations fonctionnelles psychiques et somatiques est nulle dans toute activité du 30 mars 2008 au 31 octobre 2012 et du 1<sup>er</sup> janvier 2013 au 31 décembre 2014, puis de 50 % dans une activité adaptée dès le 1<sup>er</sup> janvier 2015.

15. S'agissant du calcul du degré d'invalidité du recourant, il convient de reprendre les critères appliqués par l'intimé et non contestés par le recourant (selon la décision de l'intimé du 31 juillet 2017), soit un statut d'actif, un revenu sans invalidité et avec invalidité issus tous deux de la même table des salaires statistiques ESS, un abattement de 10 % appliqué sur le revenu d'invalidité et une demande de prestations déposée le 17 février 2014.

Compte tenu de ces éléments, le degré d'invalidité du recourant est de 100 % du 1<sup>er</sup> mars 2009 au 30 mars 2014 et de 55 % dès le 1<sup>er</sup> avril 2014 (revenu avec invalidité correspondant à 50 % du revenu sans invalidité, avec une déduction supplémentaire de 10 %).

La demande de prestations ayant été déposée le 17 février 2014, le droit à des prestations n'est ouvert que dès le 1<sup>er</sup> août 2014 (art. 29 al. 1 LAI). En conséquence, le recourant a droit, dès le 1<sup>er</sup> août 2014, à une demi-rente d'invalidité (art. 28 al. 2 LAI).

16. Le recourant n'étant pas représenté, il n'a pas droit à des dépens. Etant donné que, depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un 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 31 juillet 2017.
4. Dit que le recourant a droit à une demi-rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> août 2014.
5. Met un émolument de CHF 500.- à la charge de l'intimé.
6. 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

Julia BARRY

Valérie MONTANI

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