

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3750/2019

ATAS/1222/2020

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Ordonnance d'expertise du 15 décembre 2020

6^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié _____, à VERNIER

recourant

contre

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

intimé

Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né le _____ 1967, divorcé, père d'un enfant né en 1999, originaire du Portugal, est titulaire d'une autorisation d'établissement C. De 1984 à 1986, il a travaillé comme manœuvre au Portugal. Il est arrivé en Suisse en 1986, a exercé des activités dans la restauration, comme aide jardinier, peintre en bâtiment et maçon, aide cuisinier, employé de cafétéria et aide concierge. Il est suivi par l'Hospice général depuis le 1^{er} avril 2008.
2. Du 4 décembre 2017 au 2 février 2018, l'assuré a effectué, par le biais de l'Hospice, général un stage d'évaluation ARVA. Selon le bilan, les activités physiques étaient fortement limitées pour des raisons de santé ; le port de charges, les activités très physiques ou celles potentiellement dangereuses étaient à exclure ; dans les travaux manuels répétitifs la qualité de travail était irrégulière et le rythme de travail restait lent ; la résistance physique semblait diminuée ; l'absentéisme pour des raisons de santé était très élevé ; les capacités d'apprentissage apparaissaient très réduites ; seule une activité accessible par le biais d'une mise au courant pratique serait envisageable ; il montrait un comportement adéquat lorsqu'il était présent ; toutefois, il se trouvait actuellement éloigné du marché primaire de l'emploi et n'était pas du tout dans une dynamique favorable pour une réinsertion ; des mesures professionnelles n'étaient actuellement pas préconisées (absentéisme trop important), toutefois dès que les démarches de prestations AI auraient été formalisées, une intégration en atelier adapté (marché secondaire de l'emploi) deviendrait possible ; en attendant, il pouvait faire quelques heures de bénévolat dans la commune de Vernier.
3. Le 3 avril 2018, l'assuré a déposé une demande de prestation d'invalidité, en mentionnant un diabète, une lombalgie chronique, une dépression avec anxiété et une épicondylite gauche chronique, présents depuis 2008.
4. Le 24 août 2018, la doctoresse B_____ a rempli un rapport AI, selon lequel l'assuré était totalement incapable de travailler depuis 2011 en raison de fatigabilité et trouble de la concentration. Elle suivait l'assuré depuis le 27 octobre 2015 ; les diagnostics, avec influence sur la capacité de travail, étaient ceux d'état dépressif fluctuant et hypoglycémies répétées et ceux, non incapacitants, de diabète insulino-dépendant et dépendance à l'alcool ; l'assuré était triste, découragé, gérait mal le stress, avait des difficultés à se structurer ; le pronostic n'était pas bon ; une occupation à but thérapeutique était envisagée ; les facteurs qui faisaient obstacle à une réadaptation étaient les suivants : intolérance au stress, fragilité émotionnelle, anxiété, mauvaise estime de soi, difficulté à se concentrer, manque de ressources intellectuelles et de formation, longue désinsertion.
5. A la demande de l'Office de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI), le 5 septembre 2018, la Dresse B_____ a donné des renseignements complémentaires. La consommation d'alcool était très probablement secondaire à la problématique psychiatrique de base. En effet, la dépression et l'anxiété dont souffrait l'assuré

étaient soulagés provisoirement par la prise d'alcool. Cette prise entraînait une aggravation durable de sa problématique psychiatrique. Il s'agissait d'un cercle vicieux. La prise durable d'alcool avait contribué à l'isolement affectif et socio-professionnel de l'assuré, qui était actuellement incapable de s'organiser, de s'engager dans une activité régulière et de gérer des situations de stress. Cela pouvait être attribué à la répétition des prises d'alcool associée aux conséquences des hypoglycémies sur le fonctionnement cérébral. La dépendance aux toxiques avait une conséquence somatique sur le métabolisme des glucides. La bonne régulation de la glycémie était perturbée par la prise d'alcool à travers une toxicité hépatique qui entraînait une tendance à l'hypoglycémie. Le foie ne parvenait pas à compenser la baisse du sucre dans le corps. L'assuré avait fait beaucoup de tentatives de réinsertion professionnelle. A chaque essai, il avait été confronté à la difficulté de gérer le traitement du diabète et les complications immédiates des injections d'insuline (symptômes d'hypoglycémies par exemple). Le faible niveau de scolarité de l'assuré rendait difficile l'éducation thérapeutique et il n'arrivait pas à assimiler les gestes et les adaptations thérapeutiques qui lui permettraient de bénéficier d'un état de santé suffisant pour se consacrer à une activité professionnelle.

6. Le 2 juin 2018, le service des urgences des Hôpitaux Universitaires de Genève (ci-après : les HUG) a attesté d'une admission de l'assuré pour hypoglycémie.
7. A la demande de l'OAI, le CEMEDEX, soit les docteurs C_____ (psychiatre), D_____ (endocrinologue / diabétologue), E_____ (médecin interne générale) et F_____ (rhumatologue), a rendu, le 15 juillet 2019, un rapport d'expertise.

Les experts ont posé les diagnostics suivants : Tendinite du supra-épineux et de l'infra-épineux, dégénérescence de l'articulation acromio-claviculaire. Discopathie avec uncarthrose de C5 à C7 (M51.3). Discopathie L5-S1 avec tassement du plateau supérieur de L5 ancien (M51.9). Coxarthrose droite (M16.9). Diabète insulino-requérant avec crises d'hypoglycémies. Trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique (« F331.11 »). Troubles mentaux et comportementaux, liés à l'utilisation de substances psychoactives multiples, primaire, utilisation continue, dépendance (F19.25).

Au niveau rhumatologique, les limitations étaient : pas d'effort de soulèvement de plus de 10 kg, pas de porte-à-faux du buste, port de charge limité à 15 kg, pas d'effort du bras gauche et pas d'effort en abduction de l'épaule gauche au-delà de 80 degrés. Au niveau psychiatrique, on ne retrouvait pas de suivi. L'assuré n'avait jamais été hospitalisé en milieu psychiatrique, pas de thérapeutique médicamenteuse. Il reconnaissait une consommation de cannabis modérée qui était retrouvée à l'examen biologique. Il consommait régulièrement de l'alcool. Il n'y avait pas de limitation ni handicap. Au niveau de la médecine interne générale et de l'endocrinologie, il n'y avait pas de limitation spécifique, sauf la nécessité d'une structuration personnelle pour faire les injections d'insuline à des horaires précis avec les repas et éviter ainsi les hypoglycémies.

L'assuré présentait des traits de caractère passif, anxieux et dépendant, provenant d'une perte paternelle précoce et des traits de caractère timide et réservé.

L'assuré n'avait pas beaucoup de ressources, ni personnelles, ni familiales. Il n'avait pas de formation professionnelle. Il présentait des problèmes d'addiction tant à l'alcool qu'au cannabis. Il ne travaillait plus depuis 2008 avec déconditionnement total. Il y avait cohérence et plausibilité au niveau des quatre disciplines.

Sa capacité de travail comme maçon était nulle du point de vue rhumatologique et entière dans les autres domaines. Dans une activité adaptée, il présentait une capacité de travail totale depuis toujours.

8. Le 31 juillet 2019, le Dr G_____ du SMR a rendu un avis médical considérant que l'expertise du CEMEDEX avait pleine valeur probante et que l'assuré était incapable d'exercer comme maçon depuis 2008 et capable de travailler dans une activité adaptée depuis toujours.
9. Par projet de décision du 2 août 2019, l'OAI a rejeté la demande de prestations, au motif que l'assuré était capable d'exercer une activité adaptée à son état de santé dès 2008 ; le revenu avec et sans invalidité devait se fonder sur celui issu de l'enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), de sorte que le degré d'invalidité était nul.
10. Le 16 septembre 2019, l'assuré a déclaré faire opposition au projet de décision.
11. Par décision du 26 septembre 2019, l'OAI a rejeté la demande de prestations.
12. Le 8 octobre 2019, l'assuré a recouru auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice à l'encontre de la décision précitée, en communiquant un rapport du 7 octobre 2019 de la Dresse B_____.

Selon celui-ci, l'évaluation effectuée par l'assurance-invalidité n'incluait pas une expertise psychiatrique. Des éléments nouveaux permettaient de conclure à une incapacité pour l'assuré d'exercer une activité professionnelle pour raisons psychiques. Cela s'ajoutait aux problèmes médicaux qu'étaient le diabète (avec risque d'hypoglycémies), la consommation excessive épisodique d'alcool et les handicaps osteo-articulaires signalés par l'assuré. Ainsi, il était indispensable de procéder à une expertise psychiatrique afin de clarifier la problématique psychique qui empêchait l'assuré d'envisager une activité professionnelle, même « adaptée » selon la formule utilisée dans le courrier de décision de l'AI.

13. Le 5 novembre 2019, la Dresse H_____, du SMR, a rendu un avis médical selon lequel le rapport du 7 octobre 2019 de la Dresse B_____ n'amenait pas de nouvel élément médical.
14. Le 5 novembre 2019, l'OAI a conclu au rejet du recours, en retenant que l'expertise du CEMEDEX était probante.

15. Le 3 février 2020, la chambre de céans a requis de la Dresse B_____ des informations complémentaires.
16. Le 14 février 2020, Madame I_____, assistante sociale, a indiqué qu'une procédure de curatelle était en cours et a requis le report de l'audience convoquée pour le 2 mars 2020.
17. Le 8 juin 2020, le curateur d'office de l'assuré a indiqué que le TPAE avait renoncé à instaurer une mesure de protection en faveur de l'assuré.
18. Le 22 juin 2020, la chambre de céans a entendu les parties en audience de comparution personnelle.

Le recourant a déclaré : « J'ai été soumis à une expertise au CEMEDEX, je suis resté la journée entière et j'ai vu chaque médecin environ deux à trois heures.

J'ai arrêté de travailler en 2008 car j'avais des problèmes d'alcool et j'ai un diabète. Je dois me piquer trois à quatre fois par jour. J'ai parfois encore des problèmes d'alcool en raison des problèmes que j'ai dans la tête. En 2008 je suis allé à l'Hospice général et ce n'est qu'il y a deux ans que mon médecin et mon assistante sociale mon dit de déposer une demande d'assurance invalidité. J'ai fait quelques heures de travail dans le cadre de placement par l'Hospice général. J'ai essayé de chercher un emploi mais je n'ai jamais trouvé. Le diabète m'empêche de travailler car il me donne parfois un mal de tête, je tombe et parfois je dois rester couché dans mon lit. Lorsque je prends de l'alcool le traitement du diabète est dérégulé. J'ai aussi mal à l'épaule gauche suite à une fracture de la clavicule et je suis en traitement pour le cholestérol, la tension et le cœur. Je pourrais essayer de travailler quelques heures mais je ne garantis rien du tout car je me fatigue très vite. Je serais d'accord de me soumettre à une mesure de l'OAI pour tenter de retravailler.

Je vois la Dresse B_____ demain, c'est elle qui me suit pour le diabète. Je l'ai vu la dernière fois il y a environ un mois. Je suis également suivi par un psychologue, M. J_____, au CAPPI de la rue de Lyon. Je l'ai eu au téléphone vendredi dernier. Il me suit depuis quatre mois. J'ai débuté le suivi au CAPPI sur conseil de mon assistante sociale et de la Dresse B_____. J'avais discuté avec mon assistante sociale pour me soumettre à une mesure de curatelle car j'ai des problèmes administratifs mais le TPAE a refusé la mesure. Ils m'ont dit que je pouvais toujours redéposer une demande de curatelle. Je suis suivi par mon assistante sociale, Mme I_____, au CASS de Châtelaine.

J'habite avec mon fils de 21 ans. Je suis divorcé. Mon fils est à l'école de Lullier. Il est en troisième année. Je suis content que mon fils vive avec moi car je n'ai que lui. J'ai hérité d'une maison au Portugal qui est en train d'être vendue et l'argent ira à l'Hospice général. Je vois de temps en temps des amis mais la plupart du temps je suis à la maison. Je m'occupe du ménage et des courses et je fais à manger pour mon fils. J'ai rendez-vous le 19 juillet avec M. J_____. ».

19. A la demande de la chambre de céans, la Dresse B_____ a donné le 19 juin 2020 des informations complémentaires. Elle était d'accord avec le diagnostic des experts du CEMEDEX mais pas avec une capacité de travail de l'assuré de 100 % dans une activité adaptée. Elle ajoutait toutefois les diagnostics de dépendance psychologique à l'alcool secondaire à un état anxieux, fragilité personnelle difficile à caractériser en un mot ou une phrase qui était la résultante d'une accumulation d'événements de vie et de maladies qui rendaient une personne incapable d'envisager une reconversion professionnelle ou une activité professionnelle même peu qualifiée. En tant que médecin interniste généraliste, elle observait que les diagnostics psychiatriques et somatiques relevés par les experts avaient un effet cumulatif. Elle pouvait affirmer cela grâce au suivi sur plusieurs années et à l'observation de cet assuré loyal et en difficulté sur le plan psychique et physique. Les experts n'avaient par définition pas accès à ce genre d'observation « longitudinale ».

Ainsi, l'assuré se trouvait freiné dans ses capacités à s'adapter à une situation nouvelle, que ce soit personnelle ou professionnelle. Cela se produisait chez l'assuré en particulier en raison de sa fragilité première. Cette fragilité était la conséquence d'un ensemble de facteurs : enfance difficile et pas assez structurante, personnalité solitaire, le peu de ressources intellectuelles, affectives et familiales qui le caractérisaient, le parcours de vie semé d'échecs, les conséquences d'une consommation prolongée d'alcool et de cannabis, probablement consommés initialement pour la gestion des angoisses, depuis de longues années, l'éloignement du milieu professionnel, la crainte légitime d'hypoglycémies secondaire au traitement à l'insuline avec le risque de malaise etc. L'ensemble de ces facteurs de fragilité associés aux diagnostics psychiatriques et somatiques avaient pour résultat que l'assuré était démuné et incapable d'affronter le défi d'une reconversion professionnelle. Il ne pouvait pas reprendre son travail de maçon surtout en raison d'une blessure de l'épaule gauche. Il serait peut-être capable de participer à temps partiel (30-50 %) à une activité dans un atelier protégé. Cela pourrait l'aider à améliorer son estime de lui-même, de créer des liens sociaux et de structurer sa journée. Il était illusoire de prévoir une activité professionnelle rémunérée.

Les limitations consistaient en une incapacité à s'engager dans une nouvelle activité professionnelle, une intolérance au stress, une difficulté à apprendre de nouvelles tâches professionnelles, une fatigabilité, des troubles de la concentration. Ces limitations existaient depuis plus de cinq ans.

L'assuré était incapable de travailler.

Elle n'était pas non plus d'accord avec le rôle de l'alcool dans la biographie de l'assuré, mentionné par les experts du CEMEDEX. En effet, le psychiatre relevait les diagnostics qu'elle avait elle-même évoqués (trouble dépressif récurrent et problèmes d'addiction). Il se permettait de dire que la consommation d'alcool était primaire dans un premier temps. Cependant, aucun élément objectif ne permettait de l'affirmer et l'expert se contredisait lui-même en disant que « le développement

des traits de caractère passif, anxieux et dépendant, provient d'une perte précoce paternelle et paraît tout à fait plausible. Le sujet s'est alors tourné vers des produits toxiques car ces produits permettent de limiter une angoisse, d'entraîner une désinhibition chez un sujet qui présente des traits de caractère timide et réservé ». Ainsi, elle retenait comme l'expert que l'alcool avait probablement été utilisé par l'assuré comme une sorte d'automédication pour gérer son anxiété, son humeur triste et sa timidité. Il était à noter que cela était assez fréquent parmi les patients qui présentaient par la suite une dépendance à l'alcool.

Cette observation était très importante dans la biographie de l'assuré dont tous les experts relevaient entre autres le peu de ressources personnelles, le faible niveau d'éducation, la pauvreté des capacités cognitives et son incompetence dans la gestion d'une maladie exigeante comme le diabète, avec des hypoglycémies présentant un danger certain. En effet, l'assuré n'avait jamais demandé une aide psychiatrique qu'elle avait tenté à maintes reprises d'organiser : elle pensait qu'il se soignait lui-même avec l'alcool et le cannabis. Au vu des hospitalisations rares en milieu psychiatrique, il était permis d'affirmer que l'assuré parvenait à limiter les excès d'alcool avec un certain succès. Comme cela était relevé par l'expert-psychiatre, l'alcool et le cannabis aggravaient les problèmes psychiatriques (dépression et anxiété). Ainsi, l'assuré était piégé par sa vulnérabilité primaire, sa situation sociale précaire, la pauvreté de ses relations sociales et les conséquences de son diabète qui provoquaient des hypoglycémies potentiellement dangereuses et demandant un soin dont il était souvent incapable.

C'était pour cela, qu'il n'était pas possible d'affirmer que l'assuré était 100 % apte à travailler dans une activité adaptée. Il présentait très peu de capacité d'adaptation qui lui permettrait de s'inscrire dans une démarche professionnelle. Sa situation de fragilité globale et son faible niveau intellectuel avaient même amené son entourage social et médical à faire une demande de curatelle administrative.

20. Le 23 juillet 2020, la Dresse H_____, du SMR, a rendu un avis selon lequel la Dresse B_____ n'amenait pas de nouvel élément médical objectif nouveau, tant sur le plan anamnestique, diagnostique, que d'examen complémentaire. Elle était totalement en accord avec les diagnostics, hormis sur le diagnostic de dépendance à l'alcool primaire qu'elle estimait secondaire. Cependant, l'évaluation de la capacité de travail en cas de toxicodépendance devait être évaluée selon les indicateurs standards, et non plus en fonction de l'origine primaire ou secondaire de la dépendance. Par ailleurs, il n'était pas possible d'accumuler les diagnostics entre eux pour évaluer une capacité de travail. Celle-ci devait s'apprécier en analysant les indicateurs standards selon la jurisprudence, ce que les experts avaient fait, en tenant compte de toutes les atteintes somatique et psychiatriques, ainsi que de la dépendance. Par ailleurs, il était habituel que l'appréciation de la capacité de travail par des experts variait de celle effectuée par le médecin traitant, ce dernier, de par sa position, se basant sur un postulat de sincérité avec son patient, alors que les experts se basaient sur des éléments objectifs.

21. Le 29 juillet 2020, l'OAI s'est rallié à l'avis médical du SMR précité.
22. A la demande de la chambre de céans, le CAPPI Servette (Drs K_____, médecin chef de clinique, et L_____, médecin interne) a rendu le 8 septembre 2020 un rapport médical.

Le suivi avait débuté au CAPPI le 25 septembre 2019 ; l'assuré présentait les diagnostics de trouble dépressif récurrent sans précision, syndrome de dépendance à l'alcool, utilisation continue, syndrome de dépendance au cannabis, utilisation continue. Il prenait un psychotrope à titre sédatif-anxiolytique mais n'était pas d'accord avec un traitement antidépresseur. Il souffrait d'une symptomatologie dépressive qui évoluait d'une manière chronique avec des péjorations épisodiques depuis son tout premier épisode dépressif de 2004, survenu dans le contexte de séparation d'avec son épouse. Ensuite, en 2007, il avait manifesté un deuxième épisode dépressif suite au divorce ainsi que le décès de sa mère, personnage clé dans son psychisme, n'ayant jamais connu son père. L'assuré présentait de longue date une consommation d'alcool qui était devenue problématique plus ou moins dans cette même période arrivant jusqu'à la dépendance. Par la suite, ces symptômes ainsi que les consommations s'étaient poursuivis probablement pendant des années de même que sa descente sociale l'ayant amené jusqu'à perdre son appartement et à devenir SDF pendant presque deux ans, avant qu'il soit admis à la maison de l'Ancre. Cette période d'abstinence par rapport à l'alcool et l'amélioration sur le plan thymique avait permis aussi une récupération d'une partie de son fonctionnement, ayant été capable de vivre à nouveau dans un appartement autonome avec son fils. Cependant il n'avait jamais pu reprendre une activité professionnelle.

Depuis 2017 - 2018, la situation s'était à nouveau péjorée sur le plan thymique et addictologique, avec de nombreux passages (11 avaient été retrouvés entre 2017 et 2020) aux urgences psychiatriques et somatique des HUG, pour hypothermie, hypoglycémie, retrouvé inconscient sur la voie publique, trouble du comportement en état d'alcoolisation aigue. Les limitations fonctionnelles suivantes étaient retenues : tristesse, perte d'élan vital, fatigabilité, anxiété de fond ainsi qu'une faible capacité d'adaptation et une faible tolérance au stress. Par ailleurs il consommait de l'alcool dès le matin, dans un but d'atténuer des symptômes de sevrage. Sur cela se surajoutaient des alcoolisations massives survenues plusieurs fois par semaine.

L'assuré était totalement incapable de travailler, en tout cas depuis le début du suivi au CAPPI Servette.

23. Le 5 octobre 2020, la Dresse H_____, du SMR, a rendu un avis selon lequel le rapport du CAPPI Servette ne permettait pas d'évaluer si l'intensité du trouble dépressif s'était aggravée, en l'absence de status clinique et de description de la sévérité du trouble dépressif récurrent ; l'assuré ne prenait pas de traitement antidépresseur, et n'était suivi que mensuellement, ce qui allait contre un trouble dépressif sévère.

24. Le 5 octobre 2020, l'OAI s'est rallié à l'avis du SMR précité.
25. Le 16 novembre 2020, la chambre de céans a informé les parties de son intention de confier une expertise judiciaire psychiatrique à la docteure M_____, FMH psychiatrie et psychothérapie, et leur a imparti un délai pour se prononcer sur une éventuelle récusation de l'experte ainsi que sur les questions libellées dans la mission d'expertise.
26. Le 25 novembre 2020, l'OAI a souligné qu'une expertise psychiatrique probante figurait déjà au dossier, de sorte qu'il s'opposait à une expertise judiciaire mais n'avait pas de motif de récusation à l'encontre de l'experte. Il se ralliait à l'avis du SMR du 23 novembre 2020, lequel requérait deux questions complémentaires à poser à l'experte.
27. Le recourant n'a pas formulé d'observation.

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 1^{er} 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. Interjeté dans les formes et délais prescrits par la loi, le présent recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA ; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985, LPA - E 5 10).
4. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité.
5. Conformément aux art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, 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).

Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

6. Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins. En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPG) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPG) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPG.
7. 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 LPG. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c; ATF 102 V 165 consid. 3.1; VSI 2001 p. 223 consid. 2b; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

Dans sa jurisprudence récente (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7), le Tribunal fédéral a modifié sa pratique lors de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques. La jurisprudence développée pour les troubles somatoformes douloureux, selon laquelle il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (ATF 141 V 281), s'applique dorénavant à toutes les maladies psychiques. En effet, celles-ci ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée. La question des effets fonctionnels d'un trouble doit dès lors être au centre. La preuve d'une invalidité ouvrant le droit à une rente ne peut en principe être considérée comme rapportée que lorsqu'il existe une cohérence au niveau des limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation de la capacité de travail invalidante n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée.

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

8. a. S'agissant du caractère invalidant d'un trouble somatoforme douloureux, 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).

Dans ce cadre, il convient d'évaluer globalement, sur une base individuelle, les capacités fonctionnelles effectives de la personne concernée en tenant compte, d'une part, des facteurs contraignants extérieurs limitant les capacités fonctionnelles et, d'autre part, les potentiels de compensation (ressources). Les indicateurs pertinents sont notamment l'expression des constatations et des symptômes, le recours aux thérapies, leur déroulement et leurs effets, les efforts de réadaptation professionnelle, les comorbidités, le développement et la structure de la personnalité, le contexte social de la personne concernée ainsi que la survenance des restrictions alléguées dans les différents domaines de la vie (travail et loisirs).

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 (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 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).

b. La reconnaissance de l'existence desdits troubles suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant légitimement sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3).

Ce diagnostic 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. Il 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).

L'examen des indicateurs standards reste toutefois superflu lorsque l'incapacité de travail est niée sur la base de rapports probants établis par des médecins spécialistes et que d'éventuelles appréciations contraires n'ont pas de valeur probante du fait qu'elles proviennent de médecins n'ayant pas une qualification spécialisée ou pour d'autres raisons (voir ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 125 V 351 consid. 3a).

9. Selon la jurisprudence rendue jusque-là à propos des dépressions légères à moyennes, les maladies en question n'étaient considérées comme invalidantes que lorsqu'on pouvait apporter la preuve qu'elles étaient « résistantes à la thérapie » (ATF 140 V 193 consid 3.3 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C 841/2016 du 8 février 2017 consid. 3.1 et 9C 13/2016 du 14 avril 2016 consid. 4.2). Selon la nouvelle jurisprudence, il importe plutôt de savoir, si la personne concernée peut objectivement apporter la preuve d'une incapacité de travail et de gain invalidante. Le fait qu'une dépression légère à moyenne est en principe traitable au moyen d'une thérapie, doit continuer à être pris en compte dans l'appréciation globale des preuves, dès lors qu'une thérapie adéquate et suivie de manière conséquente est considérée comme raisonnablement exigible.

En particulier, dans les cas où, au vu du dossier, il est vraisemblable qu'il n'y a qu'un léger trouble dépressif, qui ne peut déjà être considéré comme chronifié et qui n'est pas non plus associé à des comorbidités, aucune procédure de preuve structurée n'est généralement requise (arrêt du Tribunal fédéral 9C 14/2018 du 12 mars 2018 consid 2.1).

10. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1). La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. 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; ATF 114 V 310 consid. 3c; arrêt du Tribunal fédéral 8C 442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2).

b. 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).

c. 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).

d. Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

e. 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).

f. Un rapport du SMR (art. 49 al. 3 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 LPG) 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). Il ne pose pas de nouvelles conclusions médicales mais porte une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, il ne doit pas remplir les mêmes exigences au niveau de son contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche lui dénier toute valeur probante. Il a 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 (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C 581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et 9C 341/2007 du 16 novembre 2007 consid. 4.1).

g. 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. cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C 973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien

plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, *in* SVR 2008 IV n° 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C 369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

11. En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a *in fine*).
12. a. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

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

c. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent 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). Selon la jurisprudence qui prévalait jusqu'à récemment, le juge cantonal qui estimait que les faits n'étaient pas suffisamment élucidés avait en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 58/01 du 21 novembre 2001 consid. 5a). Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a cependant modifié sa jurisprudence en ce sens que les instances cantonales de recours 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 lorsqu'une telle mesure est nécessaire en raison du fait que l'administration n'a pas du tout instruit un point médical ou 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. 4.4.1.4).

13. a. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI).

La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1; ATF 104 V 135 consid. 2a et 2b).

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être

déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et ATF 128 V 174).

b. Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (RAMA 2000 n°U 400 p. 381 consid. 2a). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant des ESS édité par l'Office fédéral de la statistique. Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles. On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 168/05 du 24 avril 2006 consid. 3.3 et B 80/01 du 17 octobre 2003 consid. 5.2.2).

c. Quant au revenu d'invalidité, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé (ATF 135 V 297 consid. 5.2). Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalidité peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). Dans ce cas, il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1, à la ligne «total secteur privé» (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). La valeur statistique - médiane - s'applique alors, en principe, à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées (branche d'activités), n'impliquant pas de formation particulière, et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu

contraignantes (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C 603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1 et 9C 242/2012 du 13 août 2012 consid. 3).

Toutefois, lorsque cela apparaît indiqué dans un cas concret pour permettre à l'assuré de mettre pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail, il y a lieu parfois de se référer aux salaires mensuels de secteurs particuliers (secteur 2 [production] ou 3 [services]), voire à des branches particulières. Tel est notamment le cas lorsqu'avant l'atteinte à la santé, l'assuré a travaillé dans un domaine pendant de nombreuses années et qu'une activité dans un autre domaine n'entre pas en ligne de compte. En outre, lorsque les circonstances du cas concret le justifient, on peut s'écarter de la table TA1 (secteur privé) pour se référer à la table TA7 (secteur privé et secteur public [Confédération] ensemble), si cela permet de fixer plus précisément le revenu d'invalidé et que le secteur en question est adapté et exigible (ATF 133 V 545, et les références citées).

La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3). Cette évaluation ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6; ATF 123 V 150 consid. 2 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 8C 337/2009 du 18 février 2010 consid. 7.5).

Lorsqu'il apparaît que l'assuré touchait un salaire nettement inférieur aux salaires habituels de la branche pour des raisons étrangères à l'invalidité et que les circonstances ne permettent pas de supposer qu'il s'est contenté d'un salaire plus modeste que celui qu'il aurait pu prétendre, il y a lieu d'en tenir compte dans la comparaison des revenus en opérant un parallélisme des revenus à comparer (ATF 134 V 322 consid. 4.1 et les arrêts cités). Le revenu effectivement réalisé doit être considéré comme nettement inférieur aux salaires habituels de la branche lorsqu'il est inférieur d'au moins 5% au salaire statistique usuel dans la branche (ATF 135 V 297 consid. 6.1.2; arrêt du Tribunal fédéral 9C 692/2010 du 31 janvier

2011 consid. 3.2). En pratique, le parallélisme des revenus à comparer peut être effectué soit au regard du revenu sans invalidité en augmentant de manière appropriée le revenu effectivement réalisé ou en se référant aux données statistiques, soit au regard du revenu d'invalide en réduisant de manière appropriée la valeur statistique (ATF 134 V 322 consid. 4.1; arrêt du Tribunal fédéral 9C 692/2010, op. cit., consid. 3.4).

14. En cas d'absence de désignation des activités compatibles avec les limitations du recourant, le Tribunal fédéral a jugé qu'il eût été certainement judicieux que l'office AI donnât au recourant, à titre d'information, des exemples d'activités adaptées qu'il peut encore exercer, mais qu'il convient néanmoins d'admettre que le marché du travail offre un éventail suffisamment large d'activités légères, dont on doit convenir qu'un nombre significatif sont adaptées aux limitations du recourant et accessibles sans aucune formation particulière (arrêt du Tribunal fédéral 9C 279/2008 du 16 décembre 2008 consid. 4).

Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPG), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'oeuvre (VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Il est certes possible de s'écarter de la notion de marché équilibré du travail lorsque, notamment l'activité exigible au sens de l'art. 16 LPG, ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe quasiment pas sur le marché général du travail ou que son exercice impliquerait de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (cf. RCC 1991 p. 329; RCC 1989 p. 328; arrêts du Tribunal fédéral 9C 286/2015 du 12 janvier 2016 consid. 4.2 et 9C 659/2014 du 13 mars 2015 consid. 5.3.2). Cependant, là encore, le caractère irréaliste des possibilités de travail doit découler de l'atteinte à la santé - puisqu'une telle atteinte est indispensable à la reconnaissance d'une invalidité (cf. art. 7 et 8 LPG) - et non de facteurs psychosociaux ou socioculturels totalement étrangers à l'invalidité (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C 286/2015, op. cit., consid. 4.2 et 9C 602/2015, op. cit., consid. 6.1).

D'après ces critères, il y a lieu de déterminer dans chaque cas et de manière individuelle si l'assuré est encore en mesure d'exploiter une capacité de travail résiduelle sur le plan économique et de réaliser un salaire suffisant pour exclure une rente. Ni sous l'angle de l'obligation de diminuer le dommage, ni sous celui des possibilités qu'offre un marché du travail équilibré aux assurés pour mettre en

valeur leur capacité de travail résiduelle, on ne saurait exiger d'eux qu'ils prennent des mesures incompatibles avec l'ensemble des circonstances objectives et subjectives (arrêt du Tribunal fédéral 9C 1066/2009 du 22 septembre 2010 consid. 4.1 et la référence).

15. Dans l'hypothèse où un assuré présente une entière capacité de travail dans toute activité lucrative ou lorsque les revenus avec et sans invalidité sont basés sur la même table statistique, les revenus avant et après invalidité sont calculés sur la même base. Il est dès lors superflu de les chiffrer avec exactitude, le degré d'invalidité se confondant avec celui de l'incapacité de travail, sous réserve d'une éventuelle réduction du salaire statistique (ATF 119 V 475 consid. 2b; arrêt du Tribunal fédéral 8C 312/2016 du 13 mars 2017 consid. 5.4; arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 43/05 du 30 juin 2006 consid. 5.2). Même s'il n'est pas indispensable de déterminer avec précision les salaires de références, il n'en demeure pas moins que, dans cette situation, l'évaluation de l'invalidité repose sur des données statistiques. Par conséquent, une réduction supplémentaire du revenu d'invalidité (abattement) est possible en fonction des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (cf. ATF 126 V 75 consid. 7b).

En cas de baisse de rendement, l'abattement doit être appliqué à la part du salaire statistique que l'assuré est toujours susceptible de réaliser malgré sa baisse de rendement et ne saurait en aucun cas être additionné au taux de la diminution de rendement, puis il convient de déduire le résultat obtenu de ladite part salariale. La différence obtenue correspond à la perte de gain effective et donne le taux d'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C 692/2017 du 12 mars 2018 consid. 5).

16. Selon la jurisprudence, le résultat exact du calcul du degré d'invalidité doit être arrondi au chiffre en pour cent supérieur ou inférieur selon les règles applicables en mathématiques. En cas de résultat jusqu'à x,49%, il faut arrondir à x % et pour des valeurs à partir de x,50%, il faut arrondir à x+1 % (ATF 130 V 121 consid. 3.2).
17. Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues. Lorsqu'on procède à une évaluation, celle-ci ne doit pas nécessairement consister à chiffrer des valeurs approximatives; une comparaison de valeurs exprimées simplement en pour-cent peut aussi suffire. Le revenu hypothétique réalisable sans invalidité équivaut alors à 100 %, tandis que le revenu d'invalidité est estimé à un pourcentage plus bas, la différence en pour-cent entre les deux valeurs exprimant le taux d'invalidité (comparaison en pour-cent; ATF 119 V 475 consid. 2b; ATF 114 V 313 consid. 3a; arrêt du Tribunal fédéral 8C 312/2016 du 13 mars 2017 consid. 5.4.1).

Si l'on ne peut déterminer ou évaluer sûrement les deux revenus en cause, il faut, en s'inspirant de la méthode spécifique pour personnes sans activité lucrative (art. 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 27 RAI [RS 831.201] et 8 al. 3 LPGA), procéder à une comparaison des activités et évaluer le degré d'invalidité d'après

l'incidence de la capacité de rendement amoindrie sur la situation économique concrète (procédure extraordinaire d'évaluation de l'invalidité). La différence fondamentale entre la procédure extraordinaire d'évaluation et la méthode spécifique réside dans le fait que l'invalidité n'est pas évaluée directement sur la base d'une comparaison des activités; on commence par déterminer, au moyen de cette comparaison, quel est l'empêchement provoqué par la maladie ou l'infirmité, après quoi l'on apprécie séparément les effets de cet empêchement sur la capacité de gain. Une certaine diminution de la capacité de rendement fonctionnelle peut certes, dans le cas d'une personne active, entraîner une perte de gain de la même importance, mais n'a pas nécessairement cette conséquence. Si l'on voulait, dans le cas des personnes actives, se fonder exclusivement sur le résultat de la comparaison des activités, on violerait le principe légal selon lequel l'invalidité, pour cette catégorie d'assurés, doit être déterminée d'après l'incapacité de gain (ATF 128 V 29 consid. 1 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 8C_312/2016, op. cit., consid. 5.4.2).

18. Ni le déconditionnement issu d'un mode de vie sédentaire et inactif, ni celui lié à une longue interruption de l'activité professionnelle ne suffisent en tant que tels pour admettre une diminution durable de la capacité de travail dans toute activité (cf. arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 524/04 du 28 juin 2005 consid. 5 et I 597/03 du 22 mars 2004 consid. 4.1). En revanche, lorsque le déconditionnement se révèle être la conséquence directe et inévitable d'une atteinte à la santé, son incidence sur la capacité de travail ne saurait d'emblée être niée. A cet égard, les éléments empêchant la réadaptation et la réintégration professionnelles qui ne sont pas dus à l'atteinte à la santé n'ont pas à être pris en considération. Si la mise en valeur de la capacité résiduelle de travail dépend cependant d'une mesure préalable liée à l'état de santé, et réservée du point de vue médical, il y a lieu d'en tenir compte pour évaluer ladite capacité de travail. Ainsi, lorsque le corps médical fixe une capacité résiduelle de travail, tout en réservant que celle-ci ne pourra être atteinte que moyennant l'exécution préalable de mesures de réadaptation, il n'y a pas lieu de procéder à une évaluation du taux d'invalidité sur la base de la capacité résiduelle de travail médico-théorique avant que lesdites mesures n'aient été exécutées (arrêts du Tribunal fédéral 9C 141/2009 du 5 octobre 2009 consid. 2.3.1, SVR 2010 IV n° 9 p. 27 et 9C 163/2009 du 10 septembre 2010 consid. 4.1, SVR 2011 IV n° 30 p. 86; arrêt du Tribunal fédéral 9C 809/2017 du 27 mars 2018 consid. 5.2).
19. Les frais qui découlent de la mise en œuvre d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire confiée à un Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (COMAI) peuvent le cas échéant être mis à la charge de l'assurance-invalidité (cf. ATF 139 V 496 consid. 4.3). En effet, lorsque l'autorité judiciaire de première instance décide de confier la réalisation d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire à un COMAI parce qu'elle estime que l'instruction menée par l'autorité administrative est insuffisante (au sens du consid. 4.4.1.4 de l'ATF 137 V

210), elle intervient dans les faits en lieu et place de l'autorité administrative qui aurait dû, en principe, mettre en œuvre cette mesure d'instruction dans le cadre de la procédure administrative. Dans ces conditions, les frais de l'expertise ne constituent pas des frais de justice au sens de l'art. 69 al. 1 bis LAI, mais des frais relatifs à la procédure administrative au sens de l'art. 45 LPGA qui doivent être pris en charge par l'assurance-invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 8C 312/2016 du 13 mars 2017 consid. 6.2).

Cette règle, qu'il convient également d'appliquer dans son principe aux expertises judiciaires mono- et bidisciplinaires (cf. ATF 139 V 349 consid. 5.4), ne saurait entraîner la mise systématique des frais d'une expertise judiciaire à la charge de l'autorité administrative. Encore faut-il que l'autorité administrative ait procédé à une instruction présentant des lacunes ou des insuffisances caractérisées et que l'expertise judiciaire serve à pallier les manquements commis dans la phase d'instruction administrative. En d'autres mots, il doit exister un lien entre les défauts de l'instruction administrative et la nécessité de mettre en œuvre une expertise judiciaire (ATF 137 V 210 consid. 4.4.2). Tel est notamment le cas lorsque l'autorité administrative a laissé subsister, sans la lever par des explications objectivement fondées, une contradiction manifeste entre les différents points de vue médicaux rapportés au dossier, lorsqu'elle a laissé ouverte une ou plusieurs questions nécessaires à l'appréciation de la situation médicale ou lorsqu'elle a pris en considération une expertise qui ne remplissait manifestement pas les exigences jurisprudentielles relatives à la valeur probante de ce genre de documents (voir par exemple arrêt du Tribunal fédéral 8C 71/2013 du 27 juin 2013 consid. 2). En revanche, lorsque l'autorité administrative a respecté le principe inquisitoire et fondé son opinion sur des éléments objectifs convergents ou sur les conclusions d'une expertise qui répondait aux réquisits jurisprudentiels, la mise à sa charge des frais d'une expertise judiciaire ordonnée par l'autorité judiciaire de première instance, pour quelque motif que ce soit (à la suite par exemple de la production de nouveaux rapports médicaux ou d'une expertise privée), ne saurait se justifier (ATF 139 V 496 précité consid. 4.4; arrêt du Tribunal fédéral 8C 312/2016 du 13 mars 2017 consid. 6.3).

20. En l'occurrence, l'intimé se fonde sur le rapport d'expertise du CEMEDEX du 15 juillet 2019 pour retenir une capacité de travail du recourant nulle dans l'activité de maçon depuis 2008 et totale dans une activité adaptée depuis toujours.

Le recourant a contesté le volet psychiatrique de l'expertise du CEMEDEX. A cet égard, les rapports de la Dresse B_____ des 7 octobre 2019 et 19 juin 2020 et celui des Drs L_____ et K_____ du 8 septembre 2020, étayés, mettent en doute les conclusions du rapport psychiatrique du CEMEDEX.

En effet, les diagnostics posés, les limitations fonctionnelles retenues ainsi que la description des multiples hospitalisations du recourant entre 2017 et 2020 ne permettent pas de confirmer, au degré de la vraisemblance prépondérante, une capacité de travail totale du recourant, dans une activité adaptée à ses limitations

somatiques. Le SMR admet d'ailleurs que le rapport du CAPPI Servette parle pour une possible aggravation de l'addiction du recourant (avis du SMR du 5 octobre 2020).

21. Dans ces conditions, une instruction psychiatrique complémentaire se justifie, par le biais d'une expertise judiciaire, laquelle sera confiée à la Dresse M_____, FMH psychiatrie et psychothérapie, centre Phénix Grand-Pré, rue du Grand-Pré 72, 1202 Genève.

Les deux questions complémentaires proposées par l'intimé seront ajoutées à la mission d'expertise (D.10.3 et D.10.4).

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

Statuant

Préparatoirement :

I. Ordonne une expertise médicale psychiatrique et rhumatologique. La confie à la Dresse M_____.

Dit que la mission d'expertise sera la suivante :

- A. Prendre connaissance du dossier de la cause.
- B. Si nécessaire, prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité la personne expertisée, en particulier les Drs B_____, L_____ et K_____.
- C. Examiner et entendre la personne expertisée et si nécessaire, ordonner d'autres examens.
- D. Charge l'expert d'établir un rapport détaillé comprenant les éléments suivants :

1. Anamnèse détaillée.

2. Plaintes de la personne expertisée.

3. Status clinique et constatations objectives.

4. Diagnostics (selon un système de classification reconnu)

4.1 Avec répercussion sur la capacité de travail

4.1.1 Dates d'apparition

4.2 Sans répercussion sur la capacité de travail

4.2.2 Dates d'apparition

4.3 En particulier, l'état de santé de la personne expertisée s'est-il amélioré/détérioré depuis le 10 mai 2019 (date de l'examen du Dr C_____ du CEMEDEX ?

5. Limitations fonctionnelles

5.1. Indiquer les limitations fonctionnelles en relation avec chaque diagnostic

5.1.2 Date d'apparition

5.2 Les plaintes sont-elles objectivées ?

6. Cohérence

- 6.1 Est-ce que le tableau clinique est cohérent, compte tenu du ou des diagnostic(s) retenu(s) ou y a-t-il des atypies ?
- 6.2 Est-ce que ce qui est connu de l'évolution correspond à ce qui est attendu pour le ou les diagnostic(s) retenu(s) ?
- 6.3 Est-ce qu'il y a des discordances entre les plaintes et le comportement de la personne expertisée, entre les limitations alléguées et ce qui est connu des activités et de la vie quotidienne de la personne expertisée ?
- 6.4 Est-ce que la personne expertisée s'est engagée ou s'engage dans les traitements qui sont raisonnablement exigibles et possiblement efficaces dans son cas ou n'a-t-elle que peu ou pas de demande de soins ?

7. Personnalité

- 7.1 Est-ce que la personne expertisée présente un trouble de la personnalité et si oui, lequel, selon les critères diagnostiques des ouvrages de référence ?
- 7.2 Est-ce que la personne expertisée présente des traits de personnalité pathologiques et, si oui, lesquels ?
- 7.3 Le cas échéant, quelle est l'influence de ce trouble de personnalité ou de ces traits de personnalité pathologiques sur les limitations éventuelles et sur l'évolution des troubles de la personne expertisée ?
- 7.4 La personne expertisée se montre-t-elle authentique ou y a-t-il des signes d'exagération des symptômes ou de simulation ?

8. Ressources

- 8.1 Quelles sont les ressources résiduelles de la personne expertisée sur le plan somatique ?
- 8.2 Quelles sont les ressources résiduelles de la personne expertisée sur les plans :
 - a) psychique
 - b) mental
 - c) social
 - d) familial

9. Capacité de travail

- 9.1 La personne expertisée est-elle capable d'exercer une activité lucrative adaptée à ses limitations fonctionnelles rhumatologique ?
 - 9.1.1 Si non ou dans une mesure restreinte, pour quels motifs ? Quelles sont les limitations fonctionnelles psychiatriques qui entrent en ligne de compte ?

- 9.1.2 Si oui, quelle activité lucrative ? A quel taux ? Depuis quelle date ?
- 9.2 Des mesures médicales sont-elles nécessaires préalablement à la reprise d'une activité lucrative ? Si oui, lesquelles ?
- 9.3 Comment la capacité de travail de la personne expertisée a-t-elle évolué depuis 2008 ?
- 9.4 Quel est votre pronostic quant à l'exigibilité de la reprise d'une activité lucrative ?

10. Traitement

- 10.1 Examen du traitement suivi par la personne expertisée et analyse de son adéquation.
- 10.2 Propositions thérapeutiques et analyse de leurs effets sur la capacité de travail de la personne expertisée.
- 10.3 Un traitement est-il raisonnablement exigible, en spécifiant quel type de traitements, et quels sont les bénéfices attendus desdits traitements sur la capacité de travail dans l'économie libre et dans quel délai ?
- 10.4 Une abstinence des substances psychoactives utilisées est-elle exigible, et peut-on ainsi s'attendre à un bénéfice sur la capacité de travail dans l'économie libre ?

11. Appréciation des avis médicaux au dossier

- 11.1 Etes-vous d'accord avec l'avis du Dr C_____ du CEMEDEX (rapport du 15 juillet 2019) ? En particulier avec les diagnostics posés, les limitations fonctionnelles constatées et l'estimation d'une capacité de travail de la personne expertisée de 100 % dans toute activité adaptée ? Si non, pourquoi ?
- 11.2 Etes-vous d'accord avec les avis de la Dresse B_____ des 7 octobre 2019 et 19 juin 2020 ? En particulier avec les diagnostics posés, les limitations fonctionnelles constatées et l'estimation d'une capacité de travail nulle de la personne expertisée ? Si non, pourquoi ?
- 11.3 Etes-vous d'accord avec l'avis des Drs L_____ et K_____ du 8 septembre 2020 ? En particulier avec les diagnostics posés, les limitations fonctionnelles constatées et l'estimation d'une capacité de travail nulle de la personne expertisée ? Si non, pourquoi ?
- 12. Quel est le **pronostic** ?
- 13. Des **mesures de réadaptation professionnelle** sont-elles envisageables ?
- 14. Faire toutes autres **observations ou suggestions** utiles.

II. Réserve le sort des frais jusqu'à droit jugé au fond.

La greffière

Julia BARRY

La présidente

Valérie MONTANI

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties par le greffe le