
EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1962, marié et père de deux enfants, nés respectivement le _____ 1989 et le _____ 1994, a déposé une demande de prestations AI auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 16 juin 2016, en raison de problèmes de dos et de problèmes cardiaques.
2. D'après son curriculum vitae, il a été employé en tant qu'aide de laboratoire de 1988 à 1994. Puis, entre 1997 et 1999, il a été gérant d'une agence artistique. Par la suite, il a été coordinateur dans une agence artistique entre 1999 et 2001. De 2000 à 2001, il a travaillé en tant qu'agent d'escalier à B_____. De 2005 à 2006, il a été pompiste au sein de la station C_____. Enfin, il a été huissier au sein de la Haute Ecole D_____ à Genève, de 2006 à 2007.
3. Le 28 juin 2016, le docteur E_____, FMH maladies des poumons, a rempli un rapport médical AI dans lequel il a attesté suivre l'assuré depuis juin 2015. Il a diagnostiqué un syndrome d'apnée du sommeil modéré, traité efficacement par CPAP. La dernière consultation remontait au mois octobre 2015. Il n'y avait pas d'indication d'arrêt de travail pour ce diagnostic.
4. Le même jour, le docteur F_____, neurochirurgien FMH, a rendu un rapport médical AI attestant d'une lombalgie paravertébrale droite avec glutéalgie et irradiation dans le pli de l'aîne, mécanique ; DD syndrome facettaire L5 S1 droite versus un syndrome de la sacro-iliaque ; une radiculalgie L3 gauche sur conflit radiculaire foraminaux (I.R.M du 16 juillet 2015). L'assuré avait décrit des douleurs rachidiennes avec un blocage du membre inférieur gauche en 2009, pour lesquelles il avait eu deux infiltrations et des morphiniques à l'époque, avec une évolution favorable. Depuis 2005, la symptomatologie récidivait avec une irritation à la face interne de la cuisse gauche qui se manifestait particulièrement en montant les escaliers et la nuit, accompagné de borage des orteils et parfois du mollet. La position assise ou debout prolongée exacerbait une douleur axiale, de même que la marche avec un périmètre à environ 200 m. L'assuré ne décrivait pas subjectivement de pertes sensitives ou motrices. Le pronostic était réservé au vu de la chronicité des symptômes. Dans sa profession d'huissier, l'incapacité de travail était de 100% depuis 2009. On ne pouvait pas s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle, respectivement à une amélioration de la capacité de travail. L'assuré était encore capable d'exercer des activités dans différentes positions, de monter des escaliers et de soulever des charges de 5 kg au maximum. Sa résistance ainsi que ses capacités de concentration, de compréhension et d'adaptation n'étaient pas limitées.
5. Le 13 juillet 2016, le docteur G_____, spécialiste FMH médecine interne, a rempli un rapport médical AI ; il a posé le diagnostic de lombalgie paravertébrale droite avec glutéalgie et irradiation dans le pli de l'aîne ainsi qu'avec radiculalgie L3 gauche sur conflit radiculaire foraminaux ; comme diagnostic différentiel : syndrome

facettaire L5-S1 droit versus syndrome de la sacro-iliaque à droite ; des stents cardiaques en 2010 et 2015 ; un syndrome d'apnée du sommeil récemment appareillé par un CPAP. En 2010, il avait découvert un angor à l'effort, qui l'avait amené à pousser des investigations sur le plan cardiologique, ce qui avait débouché sur une coronarographie et la pose d'un premier stent. En février 2014, l'assuré avait présenté des lombalgies. En décembre 2014, les douleurs s'étaient exacerbées avec une évolution plutôt défavorable, entraînant à partir d'avril 2015 une incapacité de travail. L'assuré avait été adressé au Dr F_____ pour un premier avis neurochirurgical. En août 2015, il y avait eu une première infiltration pour un probable syndrome facettaire L5-S1 effectué par le Dr F_____ avec un résultat plutôt médiocre. Une deuxième infiltration avait été effectuée le 26 août et à ce moment-là, le Dr F_____ avait proposé une troisième infiltration et avait adressé l'assuré au Dr H_____ en vue d'une infiltration sous CT des articulations sacro-iliaques et articulations postérieures L5-S1 droite, qui avait eu lieu le 4 mai 2016. Malgré ces différents gestes, l'évolution était peu satisfaisante, avec la persistance de lombalgies d'allure très mécanique. Le pronostic restait réservé. Le rendement était réduit d'au minimum 50 % après stabilisation complète des pathologies en cours. Une activité adaptée au handicap n'était pas possible dans l'immédiat, mais l'on pouvait demander une évaluation dans un proche avenir. Les limitations fonctionnelles de l'assuré étaient les suivantes : une intolérance à l'effort ; pas d'activité uniquement en position assise ou debout ; pas de positions assis/debout prolongées ; pas d'activité exercées principalement en marchant ; ne pas se pencher ; pas de position à genou ou accroupie ; ne pas soulever ou porter de charge ; ne pas monter d'escaliers, sur une échelle ou un échafaudage. La capacité de concentration et de compréhension n'était pas limitée. La capacité d'adaptation et la résistance étaient limitées.

6. Le 21 novembre 2016, le Dr G_____ a indiqué à l'OAI que la situation du patient était actuellement stationnaire, avec persistance de lombalgies d'allure très mécanique. Les traitements entrepris n'avaient eu que peu d'effet hormis la régression du syndrome irritatif dans la jambe gauche. L'assuré ne pouvait rester en position assise qu'une trentaine de minutes et devait à nouveau bouger ou rester debout ou marcher, avec une augmentation des douleurs au bout d'une trentaine de minutes également, douleurs décrites en barre avec de très discrètes irritations dans la jambe gauche. À la mobilisation, le patient grimaçait, en particulier lors des changements de position ; du passage de la position assis-debout. Sur le plan cardiovasculaire, le patient s'était stabilisé et, à l'exception d'effort intense, il était capable de travailler sans restriction. Une activité légère, à un taux maximum de 50 %, sans ports de charge, avec la possibilité d'alterner les positions aurait été actuellement la seule alternative envisageable, à condition de faire une évaluation sur le terrain auparavant (un temps d'essai). Les restrictions étaient essentiellement dues à son problème de lombalgies avec une limitation de l'endurance et il nécessitait des changements de position fréquents pouvant, de plus, être un facteur

limitatif lors du déplacement sur un poste de travail. Un stage d'évaluation serait judicieux, afin d'être confronté à la réalité du terrain.

7. Le 27 avril 2017, les docteurs I_____ et J_____, médecins au service du Service médical régional (ci-après : SMR), ont considéré que les atteintes cardiologiques et le syndrome d'apnée du sommeil (appareillé par CPAP) ne présentaient plus de caractère incapacitant. La capacité de travail était définitivement nulle dans l'ancienne activité d'huissier, non adaptée depuis le 16 juillet 2015, et pleine dans toute activité respectant strictement les limitations fonctionnelles d'épargne du dos.
8. Par projet de décision du 23 mai 2017, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré, au motif que le taux d'invalidité était de 10 %. L'assuré n'avait le droit ni à des mesures professionnelles ni à une rente d'invalidité.
9. Par courrier du 30 juin 2017, le Dr F_____ a informé le Dr G_____ que suite à une consultation du 26 juin 2017, l'assuré décrivait subjectivement une aggravation de l'intensité des symptômes, la douleur était permanente avec des réveils nocturnes, la position assise prolongée (plus de 30 minutes) ou la marche l'obligeait à faire des pauses en décubitus. Il proposait une nouvelle infiltration de la sacro-iliaque de la facette lombo-sacrée à droite.
10. Le 3 juillet 2017, l'OAI a rendu une décision confirmant son projet de décision du 23 mai 2017.
11. Le même jour, l'assuré a été auditionné par le SMR.
12. Par courrier du 6 juillet 2017, l'OAI a informé l'assuré que son dossier allait faire l'objet d'un nouvel examen.
13. Le 27 septembre 2017, le SMR a émis un avis médical. Le rapport médical du 30 juin 2017 faisait mention d'une aggravation subjective de l'intensité des symptômes et il n'y avait aucun élément objectif permettant de retenir une aggravation.
14. Par décision du 10 octobre 2017, l'OAI a rejeté la demande de prestations.
15. Par courrier du 31 mai 2018, le docteur K_____, psychiatre et psychothérapeute FMH, a demandé la réouverture du dossier d'invalidité de l'assuré. Il suivait l'assuré depuis le 23 janvier 2015 en raison d'un état dépressif récurrent moyen (F 33.11). Celui-ci bénéficiait d'une prise en charge psychiatrique mensuelle et psychothérapeutique en délégation par quinzaine et d'un traitement par Fluoxétine avec une bonne compliance. D'origine albanaise et vivant en Suisse depuis 1986, il présentait des épisodes dépressifs récurrents avec asthénie, de l'insomnie avec apnée du sommeil, des crises d'angoisses, des crampes ainsi que des sueurs nocturnes, des troubles cognitifs, des céphalées psychogènes, de l'irritabilité et de l'impulsivité. Les limitations fonctionnelles étaient à type d'aboulie, de ralentissement psychomoteur, ainsi que de trouble de la concentration et de la mémoire récente. Sa capacité de travail était limitée à 40 % depuis le mois de juillet 2016.

16. Le 2 juillet 2018, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations d'invalidité.
17. Le 3 août 2018, le Dr G_____ a rempli un rapport médical AI attestant d'une incapacité de travail de 60% depuis le 1^{er} février 2017 jusqu'à ce jour. Il a posé les diagnostics de lombalgies paravertébrales droites avec glutéalgies, d'une radiculalgie L3 gauche sur conflit radiculaire foraminaux et d'un syndrome d'apnées du sommeil appareillé. L'évolution actuelle était stationnaire avec des lombalgies persistantes, malgré les différentes tentatives de traitements entrepris (infiltrations à plusieurs reprises sans grand succès). L'assuré exerçait actuellement une activité de traducteur à 40 % sur demande. Il devait changer de position fréquemment dans son activité professionnelle qui était réduite. L'assuré disposait en partie des ressources qui auraient pu lui être utiles pour sa réinsertion, sous réserve des éléments psychiatriques à confronter avec un spécialiste. L'activité actuelle lui paraissait réaliste et semblait lui convenir. L'on pouvait raisonnablement attendre de lui une activité à mi-temps au maximum, sous réserve d'éléments psychiatriques.
18. Le 23 août 2018, le Dr K_____ a indiqué à l'OAI que l'assuré souffrait d'un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F 32.11). Le status psychiatrique de l'assuré se composait d'asthénie, d'anxiété, d'irritabilité, d'impulsivité, de crises d'angoisses, des réveils fréquents avec cauchemars, de troubles de la concentration et de la mémoire récente, d'apnées du sommeil, de céphalées psychogènes, d'une perte de motivation. L'assuré ne pouvait pas passer l'aspirateur plus de 15 minutes (intolérant au bruit). Il faisait la vaisselle mais ne faisait ni la lessive ni le repassage. Il faisait les courses une fois par semaine. Il marchait durant 30 minutes. Il avait quelques amis mais n'avait pas de patience. L'assuré disposait du soutien de son épouse, elle-même à l'AI pour raisons psychiatriques, et de son beau-fils pour le quotidien. Sa capacité de travail maximale était de 40 % depuis le mois de juillet 2016. Les limitations fonctionnelles de l'assuré, incapacitantes, étaient de l'asthénie, des céphalées fréquentes, des troubles de la concentration (maximum 30 minutes), des troubles de l'attention et de la mémoire récente ainsi qu'une perte de motivation. Il y avait peu d'évolution positive à ce jour et une bonne compliance au traitement et au suivi psychiatrique régulier.
19. Selon les indications fournies par l'employeur le 28 août 2018, l'assuré travaillait sur appel en tant qu'interprète depuis le 1^{er} juillet 2016, pour un salaire horaire de CHF 36.92.-. Son salaire mensuel était variable mais s'élevait environ à CHF 1'500.- par mois.
20. Dans un avis médical du 19 février 2019, le Dr I_____ a retenu qu'il existait des incohérences dans les affirmations du Dr K_____. En effet, ce dernier indiquait que l'assuré était traité depuis janvier 2015 pour un épisode dépressif moyen avec un suivi mensuel et un traitement par Fluoxétine sans amélioration ; et pourtant le psychiatre ne mentionnait aucun essai d'intensification du suivi psychiatrique, ni aucun changement de traitement médicamenteux. Par ailleurs, lors de la première

demande de l'assuré en 2016, ce dernier était déjà suivi par le Dr K_____. De plus, dans un rapport médical du 13 juillet 2016, le Dr G_____ avait indiqué que la capacité de concentration était non-limitée. Le SMR proposait la réalisation d'une expertise psychiatrique.

21. Le 13 juillet 2019, le Pr L_____, FMH psychiatrie et psychothérapie, a rendu à la demande de l'OAI un rapport d'expertise. L'assuré se plaignait d'angoisses, de fatigue tenace, de réveils nocturnes avec des cauchemars sans contenu fixe jusqu'à ce jour, de maux de tête, de crampes à la poitrine et de vertiges en régression. Il rapportait nécessiter plus de temps que les autres personnes pour mener à bien les activités quotidiennes.

Le bilan neuropsychologique de l'assuré avait mis en évidence la présence de déficits cognitifs. Son profil était dominé par des difficultés attentionnelles, un ralentissement de la vitesse de traitement (constaté aussi cliniquement), des troubles exécutifs (planification et capacités d'autoactivation) ainsi que d'importantes difficultés en mémoire épisodique, uniquement en modalité audio-verbale. Les symptômes anxiodépressifs, objectivés par ailleurs par le HAD, pouvaient majorer ses difficultés cognitives. Ses capacités de mémoires épisodiques étaient bonnes en modalité visuo-spatiale. De plus, certaines fonctions exécutives étaient préservées (contrôle inhibiteur et flexibilité mentale).

L'expert a retenu le diagnostic de neurasthénie (F 48) dès 2015, ainsi que des traits de personnalité narcissique (vulnérable, sensitive) dès 2001 (Z 73.1). Un diagnostic de dépression moyenne ne pouvait pas être retenu (selon la thérapeute, les symptômes étaient en voie d'amélioration et leur observation ne corroborait pas l'hypothèse d'une dépression majeure). En effet, la tristesse n'était pas au premier plan et de nombreux symptômes de la lignée dépressive étaient absents. Seule la neurasthénie était présente avec une répercussion claire sur le plan neuropsychologique. La chronicisation des symptômes de neurasthénie était à mettre en lien avec les traits de personnalité narcissique de cet homme qui vivait son parcours des dernières années comme décevant dans un détachement froid comblé par les craintes par rapport à sa santé physique. Sur le plan asséculo-logique, la neurasthénie impliquait une diminution claire du rendement de l'assuré sans affecter son taux de présence. La fatigue persistante, les multiples symptômes somatiques précités, mais aussi et surtout la baisse de l'efficacité cognitive (qui n'était pas seulement subjective, mais aussi documentée) impliquait des limitations fonctionnelles par rapport à la vitesse de traitement de l'information, sa capacité à résister au stress et sa productivité lors des demandes de performance accrue. En revanche, les traits de personnalité narcissique n'avaient pas d'impact sur la capacité de travail *per se*. Son effet se faisait sentir via la chronicisation des symptômes de neurasthénie de l'assuré.

La thérapie des symptômes dépressifs avait été correcte et avait contribué à leur régression. Le traitement antidépresseur était également correct.

La capacité de travail de l'assuré dans son activité actuelle était de 70 %. Cette dernière était adaptée à ses limitations fonctionnelles. La capacité de travail ne pouvait pas être encore améliorée de façon sensible par des mesures médicales.

22. Le 24 juillet 2019, le Dr I_____ s'est déterminé sur l'expertise et a retenu le diagnostic incapacitant de neurasthénie. Il a validé une exigibilité de 100 % avec une baisse de rendement de 30 % dans l'activité habituelle d'interprète qui était une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Le début de l'incapacité de travail était le 11 octobre 2017, soit postérieurement à la décision de l'OAI du 10 octobre 2017.
23. Le 14 août 2019, l'OAI a adressé un projet de décision niant le droit aux prestations de l'assuré. Il a retenu un taux d'invalidité de 30 % n'ouvrant pas le droit à une rente.
24. Le 12 septembre 2019, l'assuré, par son mandataire, a contesté le projet de décision.
25. Par décision du 25 septembre 2019, l'OAI a confirmé les termes de son projet du 14 août 2019.
26. Le 28 octobre 2019, l'assuré, par son mandataire, a interjeté recours auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice contre la décision de l'intimé. Il a sollicité préalablement une expertise judiciaire somatique bidisciplinaire ou pluridisciplinaire et subsidiairement, une expertise psychiatrique. Il estimait que le diagnostic de dépression moyenne aurait dû être retenu en lieu et place de celui de neurasthénie. L'expert avait indiqué que la prétendue amélioration de ses symptômes et son observation ne corroboraient pas l'hypothèse d'une dépression majeure, mais il n'avait pas expliqué pour quelle raison le diagnostic de dépression moyenne, établi par son médecin traitant, ne pouvait être retenu. Il sollicitait également l'audition de ses médecins traitants car d'après leurs explications, le ralentissement psychomoteur objectivé dans l'expertise justifiait une diminution de la capacité de travail supérieure à celle que retenait l'expertise. Il fallait considérer que le degré d'invalidité s'élevait à 60 % au minimum et qu'il avait le droit à trois quarts de rente d'invalidité au moins.
27. Dans sa réponse du 26 novembre 2019, l'intimé a conclu au rejet du recours. Les atteintes physiques incapacitantes que le recourant invoquait avaient fait l'objet de la décision du 3 juillet 2017, entrée en force. Celle-ci avait retenu une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle d'huissier, de même qu'une capacité pleine dans une activité adaptée épargnant le dos. Le recourant exerçant alors une telle activité, à savoir interprète, les problèmes de santé physique, sans évolution, n'étaient plus pertinents dans le cadre de cette demande. Le rapport d'expertise, établi par le Pr L_____ le 13 juillet 2019, était plus détaillé que toutes les autres pièces du dossier. Il prenait en compte la situation médicale de l'assuré dans son ensemble – aussi bien objectivement que subjectivement – et reposait sur des examens complets. Les points litigieux avaient fait l'objet d'une étude

circonstanciée et le rapport prenait en considération les plaintes exprimées par le recourant. L'expertise s'appuyait sur deux entretiens avec l'assuré. La description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale étaient claires et les conclusions de l'expert dûment motivées. Finalement, l'instruction du dossier permettait de statuer en pleine connaissance de cause sur l'état de santé et la capacité de travail du recourant.

28. Par réplique du 2 mars 2020, le recourant a persisté dans ses conclusions et considéré que l'instruction aurait également dû porter sur le plan somatique. L'expertise ne pouvait se voir reconnaître une pleine valeur probante car les conclusions de l'expert n'étaient pas suffisamment motivées et l'expertise ne contenait pas suffisamment d'éléments relatifs à sa personnalité et au contexte social.
29. Le 6 juillet 2020, la chambre de céans a entendu le recourant en audience de comparution personnelle.

Le recourant a déclaré : « Je travaille pour l'entreprise Connexion en tant qu'interprète. Cette entreprise s'occupe d'interprétariat sur place ainsi que par téléphone et aux HUG. J'ai exclusivement travaillé aux HUG. J'exerce cette activité depuis environ 2016 – 2017. Je travaille à la demande, le taux d'activité maximum est de 30 – 35 %. Je continue actuellement de travailler dans les mêmes conditions. Auparavant, j'exerçais comme huissier à la Haute école d'art et de design. Avant cela, j'étais agent de voyage.

Mon état de santé s'est péjoré depuis fin 2017 avec des angoisses, des réveils nocturnes et des insomnies. Avec le temps et l'âge, mes problèmes au dos se péjorent également. Je fais toujours de la physiothérapie. Je prends des médicaments tous les jours pour le dos mais mon état s'est aggravé. J'ai des douleurs au dos et je n'arrive pas à rester longtemps assis. J'ai eu quatre infiltrations par le Dr F_____, lesquelles n'ont que très peu amélioré la situation et de façon passagère. Le Dr M_____ m'avait également fait des piqûres. Le Dr F_____ m'a dit qu'il n'y avait pas d'indication opératoire. Je suis donc actuellement suivi que par le Dr G_____, mon médecin traitant.

S'agissant de l'expertise psychiatrique j'ai d'abord été reçu par un psychologue environ deux heures puis une petite heure par le Pr L_____. J'ai eu l'impression que le Pr L_____ ne me suivait pas lors de notre entretien. Il reposait souvent les mêmes questions. À plus de cinq reprises, alors qu'il tenait une feuille devant lui, il baissait soudainement la tête en fermant les yeux et la relevait ensuite quelques instants après pour me poser la même question. Lorsque j'attirais son attention sur le fait que nous avions déjà parlé de ce sujet, il me répondait " Ah oui ". L'entretien avec la psychologue, qui était accompagnée d'une autre personne, s'est bien passé. J'étais seul pendant l'entretien avec le Pr L_____.

J'estime ne pas pouvoir travailler plus que ce que je fais maintenant, c'est-à-dire un taux de 30 – 35 % car j'ai beaucoup d'oublis, des pertes de concentration, des

angoisses permanentes. J'ai des crampes la nuit dans le dos et des douleurs en permanence. J'ai même eu une période où je ne pouvais plus marcher car j'étais bloqué. Dans mon travail je peux bouger, changer de position. Je travaille dans les chambres d'hôpital et je fais la traduction entre les médecins et les patients. J'ai récemment été opéré des hémorroïdes, on verra comment cela va évoluer. J'estime ne pas pouvoir augmenter mon taux d'activité principalement en raison de mes problèmes psychiques mais également en raison de mes problèmes de dos. Je suis toujours suivi par les Drs K_____, N_____ et Mme O_____ qui est psychologue. Je vois celle-ci tous les quinze jours et un des deux psychiatres chaque mois. Je suis un traitement médicamenteux pour les troubles cognitifs, le Fluxotine. J'ai déposé la nouvelle demande de prestations AI à l'initiative de mes psychiatres lesquels avaient préalablement demandé mon dossier AI. Je me réveille vers 7h, et je suis fatigué malgré l'utilisation de l'appareil pour l'apnée du sommeil et avec beaucoup d'angoisses. Je me demande alors si je pourrais exercer mon travail. J'ai beaucoup d'angoisses. J'ai un agenda électronique partagé avec les médecins des HUG, lesquels y inscrivent mes rendez-vous. Dans 90 % des cas je sais quelques jours avant, voire quelques semaines avant, quand je devrais effectuer des traductions. Souvent, voire même tout le temps, je me dis que ça ne vaut pas la peine de vivre dans l'état dans lequel je suis. Le traitement médicamenteux m'aide mais ce n'est pas suffisant. Sans les médicaments je n'aurais peut-être pas tenu. Je dois être apte à exercer ma profession. Je fais souvent répéter aux patients ou aux médecins ce qu'ils viennent de dire. De sorte que je m'estime incapable d'augmenter mon taux d'activité. J'avais beaucoup d'amis mais je préfère rester chez moi que de sortir avec des gens. J'ai beaucoup de peine à suivre une conversation. Je vis avec ma famille. Je ne mange pas beaucoup, je n'ai pas beaucoup d'appétit. J'ai été fier de moi, pour tout ce que j'ai accompli avant, mais plus aujourd'hui. J'ai quatre stents et je dois prendre des médicaments pour le cœur dont des injections tous les quinze jours. Je pense que mes problèmes physiques ont un impact au quotidien sur mon humeur. Mes problèmes de sommeil sont beaucoup dus à l'angoisse car quand je me lève la nuit pour uriner j'ai beaucoup de peine à me rendormir. »

L'avocat du recourant a déclaré : « Nous sollicitons une expertise pluridisciplinaire, soit somatique et psychique, car ces deux domaines interfèrent. »

30. Le 7 juillet 2020, la chambre de céans a transmis au Pr L_____ une copie du procès-verbal de 6 juillet 2020 et lui a demandé de se déterminer sur le déroulement de l'expertise psychiatrique du 29 mai 2019.
31. Le 10 juillet 2020, le Pr L_____ a répondu qu'il avait été surpris par le contenu de la missive de la chambre de céans du 7 juillet 2020. Il était évident qu'il ne confirmait pas la version des faits du recourant. Compte tenu de ses responsabilités dans le domaine de la santé mentale à Genève, il n'avait ni l'habitude ni le temps de poser plusieurs fois les mêmes questions ou de somnoler devant les expertisés ou les patients qui le consultaient. Par ailleurs, et si tel avait été le cas, il aurait été

difficile de comprendre la présence dans le status mental de l'expertise d'une description précise de ses plaintes qui était identique au procès-verbal d'audition ou encore l'existence d'une analyse détaillée de la personnalité et des interactions relationnelles de l'expertisé. Il fallait alors imaginer que la description était uniquement le produit de l'imagination de l'expert. Il était exact que l'expertisé avait été vu par une psychologue pour le recueil anamnestique et pendant une heure par lui-même pour l'évaluation psychopathologique. L'expertise avait été complétée par un bilan neuropsychologique de plus de 3 heures ainsi que par un contact avec la psychologue et le psychiatre traitant. Il s'agissait d'une procédure classique. Au niveau du contenu, l'expertisé s'était montré réservé, distant sans être hostile, en souffrance par rapport à l'échec de ses projets, se centrant sur les troubles somatiques et sur son vécu anxieux diffus. Dans l'analyse, un diagnostic de neurasthénie avec diminution du rendement de l'ordre de 30 % avait été retenu sur fond d'une personnalité aux traits narcissiques. Il était à signaler que même la psychologue traitante envisageait un pourcentage de travail allant jusqu'à 50 %, supérieur à celui mentionné par l'expertisé dans son procès-verbal d'audition.

32. Le 14 septembre 2020, la chambre de céans a informé les parties qu'elle entendait confier une expertise au docteur P_____, FMH psychiatrie et psychothérapie, et leur a envoyé une copie de la mission d'expertise.
33. Le 5 octobre 2020, l'OAI a indiqué que le mandat d'expertise ne soulevait aucune observation de sa part.
34. Le 3 novembre 2020, le recourant a souhaité qu'il soit mentionné que l'expert pouvait également contacter le Dr N_____.

EN DROIT

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

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

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

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

En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI).

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

La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 et 141 V 281 consid. 2.2 et 3.2; arrêt du Tribunal fédéral 8C_841/2016 du 30 novembre 2017 consid. 4.5.2).

Les principes jurisprudentiels développés en matière de troubles somatoformes douloureux sont également applicables à la fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.1), au syndrome de fatigue chronique ou de neurasthénie (ATF 139 V 346; arrêt du Tribunal fédéral 9C_662/2009 du 17 août 2010 consid. 2.3 in SVR

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

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, y compris troubles dépressifs de degré léger ou moyen (ATF 143 V 409 consid. 4.5.1). En effet, celles-ci ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée.

b. 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 standard qui doivent être pris en considération en règle générale peuvent être classés selon leurs caractéristiques communes :

- Catégorie « Degré de gravité fonctionnel » (ATF 141 V 281 consid. 4.3),
 - A. Complexe « Atteinte à la santé » (consid. 4.3.1)
 - Expression des éléments pertinents pour le diagnostic (consid. 4.3.1.1), succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à cet égard (consid. 4.3.1.2), comorbidités (consid. 4.3.1.3).
 - B. Complexe « Personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles; consid. 4.3.2)
 - C. Complexe « Contexte social » (consid. 4.3.3)

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

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

Le « complexe personnalité » englobe à côté des formes classiques du diagnostic de la personnalité qui vise à saisir la structure et les troubles de la personnalité, le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du moi » qui désignent des capacités inhérentes à la personnalité, permettant des déductions sur la gravité de l'atteinte à la santé et de la capacité de travail (par exemple : autoperception et perception d'autrui, contrôle de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation; cf. ATF 141 V 281 consid. 4.3.2).

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).

c. Pour des motifs de proportionnalité, on peut renoncer à une telle évaluation si elle n'est pas nécessaire ou si elle est inappropriée. Il en va notamment ainsi lorsqu'il n'existe aucun indice en faveur d'une incapacité de travail durable, ou si l'existence d'une incapacité de travail est niée de manière convaincante par un avis médical spécialisé ayant pleine valeur probante et que les éventuels avis contraires peuvent être écartés faute de pouvoir se voir conférer une telle valeur (arrêt du Tribunal fédéral 9C_724/2018 du 11 juillet 2019 consid. 7).

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. À l'inverse, une réadaptation qui se conclut par un échec en dépit d'une coopération optimale de la personne assurée peut être significative dans le cadre d'un examen global tenant compte des circonstances du cas particulier (consid. 4.3.1.2).

3. Comorbidités

La comorbidité psychique ne 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 asséculoologique en cours. Il ne faut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsque le refus ou la mauvaise acceptation du traitement recommandé est la conséquence d'une incapacité (inévitable) de l'assuré à reconnaître sa maladie (anosognosie). Les mêmes principes s'appliquent pour les mesures de réadaptation. Un comportement incohérent de l'assuré est là aussi un indice que la limitation fonctionnelle est due à d'autres raisons que l'atteinte à la santé assurée (consid. 4.4.2).

Le juge vérifie librement si l'expert médical a exclusivement tenu compte des déficits fonctionnels résultant de l'atteinte à la santé et si son évaluation de

l'exigibilité repose sur une base objective (consid. 5.2.2; ATF 137 V 64 consid. 1.2 in fine).

d. Le diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) 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'organe chargé de l'application du droit doit avant de procéder à l'examen des indicateurs mentionnés analyser si les troubles psychiques dûment diagnostiqués conduisent à la constatation d'une atteinte à la santé importante et pertinente en droit de l'assurance-invalidité, c'est-à-dire qui résiste aux motifs dits d'exclusion tels qu'une exagération ou d'autres manifestations d'un profit secondaire tiré de la maladie (cf. ATF 141 V 281 consid. 2.2).

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).

7. 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).

8. 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).

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.

c. 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. Étant 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).

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).

f. Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; ATF 142 V 58 consid. 5.1; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il

convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

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. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

h. 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 Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

9. 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).

10. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).
11. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).
12. En l'espèce, du point de vue psychiatrique, l'intimée a requis une expertise auprès du Pr L_____, lequel a posé le diagnostic de neurasthénie (F 48) et a écarté celui de dépression moyenne, la tristesse n'étant pas au premier plan et de nombreux symptômes de la lignée dépressive étant absents. Par ailleurs, il a retenu des

limitations fonctionnelles par rapport à la vitesse de traitement de l'information, la capacité du recourant à résister au stress et sa productivité lors des demandes de performance accrue. S'agissant de la capacité de travail, le Pr L_____ a l'évaluée à 70 %, dans l'activité actuelle du recourant qui était adaptée à ses limitations fonctionnelles.

Quant au Dr K_____, dans ses avis médicaux des 31 mai et 23 août 2018, il a retenu le diagnostic de dépression moyenne (F 33. 11). Il a constaté que le recourant présentait des épisodes dépressifs récurrents, des insomnies avec apnée du sommeil, des crampes ainsi que des sueurs nocturnes, des crises d'angoisses, des troubles cognitifs, des céphalées psychogènes, de l'irritabilité et de l'impulsivité. Les limitations fonctionnelles incapacitantes du recourant étaient : un ralentissement psychomoteur, des céphalées fréquentes, de l'asthénie, des troubles de la concentration (maximum 30 minutes), des troubles de l'attention ainsi que de la mémoire récente et une perte de motivation. À cet égard, il sied de relever que les difficultés attentionnelles, le ralentissement de la vitesse de traitement et les importantes difficultés en mémoire épisodique - uniquement en modalité audio-verbale - ont été également constatés cliniquement lors l'expertise du 13 juillet 2019 du Pr L_____. En ce qui concerne la capacité de travail du recourant, le Dr K_____ l'a évaluée à 40 %.

La baisse objectivée d'efficience cognitive du recourant et les rapports du Dr K_____ attestant une capacité de travail de 40 % mettent sérieusement en doute les conclusions du Dr L_____ quant à une capacité de travail du recourant à hauteur de 70 %. Partant, une instruction médicale complémentaire se justifie afin de clarifier le diagnostic médical et ses conséquences sur la capacité de travail du recourant, par le biais d'une expertise judiciaire psychiatrique.

En l'état, l'analyse de l'aspect somatique est réservée.

Cette expertise sera confiée au docteur P_____.

Le point II B de la mission d'expertise sera complété dans le sens voulu par le recourant.

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

Statuant

Préparatoirement :

- I. Ordonne une expertise psychiatrique de l'assuré comportant les volets de rhumatologie et de psychiatrie.
- II. Commet à ces fins le docteur P_____, FMH psychiatrie et psychothérapie, à Aigle. 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 des Drs K_____ et N_____.
 - C. Examiner et entendre la personne expertisée et si nécessaire, ordonner d'autres examens.
 - D. Charge l'experte 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
 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 ? En d'autres termes, les limitations du niveau d'activité sont-elles uniformes dans tous les domaines (professionnel, personnel) ?
- 6.4 Quel est le niveau d'activité sociale et comment a-t-il évolué depuis la survenance de l'atteinte à la santé ?
- 6.5 Dans l'ensemble, le comportement de la personne expertisée vous semble-t-il cohérent et pourquoi ?
- 6.6 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 ?
- 6.7 En cas de refus ou mauvaise acceptation d'une thérapie, cette attitude doit-elle être attribuée à une incapacité de la personne expertisée à reconnaître sa maladie ?

7. Personnalité

- 7.1 Est-ce que la personne expertisée présente un trouble de personnalité selon les critères diagnostiques des ouvrages de référence et si oui, lequel, quel code ?
- 7.2 Est-ce que la personne expertisée présente des traits de personnalité pathologiques et, si oui, lesquels ? 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 son ancienne activité lucrative ?
- 9.1.2 Si non, ou seulement partiellement, pourquoi ? Quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ?
- 9.1.3 Depuis quelle date sa capacité de travail est-elle réduite/ nulle ?
- 9.2 La personne expertisée est-elle capable d'exercer une activité lucrative adaptée à ses limitations fonctionnelles ?
- 9.2.1 Si non ou dans une mesure restreinte, pour quels motifs ? Quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ?
- 9.2.2 Si oui, quelle activité lucrative ? A quel taux ? Depuis quelle date ?
- 9.3 Des mesures médicales sont-elles nécessaires préalablement à la reprise d'une activité lucrative ? Si oui, lesquelles ?
- 9.4 Comment la capacité de travail de la personne expertisée a-t-elle évolué depuis le 3 février 2016 ?
- 9.5 Quel est votre pronostic quant à l'exigibilité de la reprise d'une activité lucrative ?

10. Traitement

- 10.1 Examen du traitement suivi par la personne expertisée et analyse de son adéquation.
- 10.2 Propositions thérapeutiques et analyse de leurs effets sur la capacité de travail de la personne expertisée

11. Appréciation d'avis médicaux du dossier

- 11.1 Êtes-vous d'accord avec le rapport d'expertise du Pr L_____ du 23 août 2018 ? En particulier avec le diagnostic de neurasthénie et l'estimation d'une capacité de travail de 70 % dans une activité adaptée ? Si non, pourquoi ?
- 11.2 Êtes-vous d'accord avec les avis du Dr K_____ du 31 mai 2018 et du 23 août 2018 ? En particulier avec le diagnostic de dépression moyenne et l'estimation d'une capacité de travail de 40 % dans une activité adaptée ? 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.
- III. Réserve le sort des frais jusqu'à droit jugé au fond.

La greffière

La présidente

Julia BARRY

Valérie MONTANI

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