



POUVOIR JUDICIAIRE

A/707/2018

ATAS/963/2019

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Ordonnance d'expertise du 23 octobre 2019**

**1<sup>ère</sup> Chambre**

En la cause

Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à GENEVE, comparant avec recourant  
élection de domicile en l'étude de Maître Liza SANT'ANA LIMA

contre

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

**Siégeant : Doris GALEAZZI, Présidente**

---

---

**EN FAIT**

1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant kosovar né en 1970, sans formation professionnelle, est arrivé en Suisse en 1999. En dernier lieu, il a travaillé comme aide-jardinier paysagiste dès le mois de septembre 2009. Le 5 novembre 2010, durant son travail, il est tombé d'une benne de camion, soit d'une hauteur d'environ 2,5 mètres et a percuté le sol avec son côté droit. Il a souffert depuis lors de douleurs de la région lombaire, de la face externe de la hanche, de la fesse et du coude droits.
2. Le 13 juin 2012, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé) en raison d'une hernie discale protrusive extraforaminale gauche L4-L5 avec léger conflit L3 à gauche, ainsi que discopathie protrusive L5-S1 médiane et phénomène inflammatoire, avec impaction post-traumatique au plateau supérieur droit de L4 versus hernie intraspongieuse.
3. Dans le cadre de l'instruction de sa demande de prestations, il a été examiné, le 6 mars 2013, par le docteur B\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie et médecin du service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) et la doctoresse C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et médecin SMR, avec l'assistance d'un traducteur de langue kosovare.

Dans leur rapport du 9 avril 2013, les médecins du SMR ont diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail, des lombocuralgies droites dans le cadre de discrets troubles statiques et de troubles dégénératifs du rachis avec hernie discale L3-L4 gauche, ainsi qu'un status après petite impaction post-traumatique du plateau supérieur de L4, sans répercussion sur la capacité de travail, notamment, des douleurs du coude droit dans le cadre d'un status après contusion du muscle anconé (muscle situé à la face postérieure du coude), des troubles statiques des pieds avec hallux valgus bilatéral débutant et une majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0). Le médecin psychiatre n'a mis en évidence aucune angoisse ni symptôme en faveur d'une dépression majeure, mais a constaté une nette amplification des plaintes somatiques accompagnée d'un sentiment de détresse et d'un léger comportement algique. Le diagnostic de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques ne s'accompagnait pas d'une comorbidité psychiatrique, d'une perte d'intégration sociale, d'un état psychique cristallisé ou d'un échec des traitements, car l'assuré ne bénéficiait d'aucune prise en charge rhumatologique ou psychiatrique. D'un point de vue psychique, la capacité de travail était entière dans toute activité. Globalement, compte tenu des diagnostics et des limitations retenus, ainsi que du phénomène inflammatoire observé sur le plateau supérieur de la vertèbre L4, la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle d'aide-jardinier dès le 5 novembre 2010, mais entière dans une activité adaptée aux limitations dès le 5 mai 2011, six mois après le traumatisme. Parmi les limitations fonctionnelles retenues, l'assuré devait alterner les positions deux fois par heure, ne pas soulever et porter régulièrement de

---

charges supérieures à 5 kg, respectivement 1 kg, ne pas travailler en porte-à-faux prolongé du tronc, ni être exposé aux vibrations. D'éventuelles mesures d'ordre professionnel risquaient d'échouer, vu le caractère démonstratif de l'assuré.

4. Par décision du 12 septembre 2013, l'OAI a considéré que l'activité habituelle d'aide-jardinier n'était plus exigible depuis août 2011, mais que dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de l'assuré, sa capacité de travail était entière depuis mai 2011. Il a rejeté la demande de prestations, au motif que le degré d'invalidité établi selon la méthode de comparaison des revenus était nul.
5. À la suite du recours formé contre ladite décision la chambre de céans a, par arrêt du 25 novembre 2014 (ATAS/1222/2014), rejeté le recours. Elle a retenu que le rapport d'examen rhumatologique et psychiatrique du SMR du 9 avril 2013 avait entière valeur probante et a fait sienne ses conclusions, à savoir que l'assuré présentait une incapacité de travail entière dans sa profession habituelle d'aide-jardinier dès le 5 novembre 2010, mais une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles depuis le 5 mai 2011, soit six mois après l'accident. Elle a confirmé le calcul du degré d'invalidité de l'OAI.
6. Par l'intermédiaire de l'Hospice général, l'assuré a déposé, le 7 novembre 2014, une nouvelle demande tendant à l'octroi de prestations AI, en raison de son accident du 5 novembre 2010, avec blessure sur la face latérale droite du genou et au coude.  
  
Le même jour, il a sollicité la prise en charge de supports orthopédiques pour chaussures.
7. Par décision du 15 janvier 2015 intitulée « refus de prestations AI », l'OAI a refusé la prise en charge des supports orthopédiques.
8. Le 12 janvier 2016, par l'intermédiaire de l'Hospice général, l'assuré a déposé une troisième demande de prestations de l'assurance-invalidité, alléguant avoir été en incapacité de travail à 100% du 1<sup>er</sup> décembre 2011 au 14 août 2013, et précisant qu'il souffrait d'un flexum du coude droit irréductible apparu après deux opérations en 2014.
9. Par courrier du 14 janvier 2016, l'OAI a informé l'assuré qu'il lui appartenait, dans un délai de trente jours, de lui faire parvenir tous les rapports médicaux permettant de rendre plausible une aggravation probante de son état de santé depuis sa décision du 15 janvier 2015 avec mention des diagnostics, de l'évolution, de la capacité de travail dans une activité habituelle et dans une activité adaptée, ainsi que des limitations fonctionnelles.
10. Dans un rapport du 22 janvier 2016, le docteur D \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, a précisé que l'assuré présentait un flexum irréductible du coude droit à 90°, apparu après une première arthroscopie effectuée le 29 avril 2014 et non amélioré jusqu'ici. Son état de santé s'était notablement aggravé puisqu'il ne pouvait plus [illisible] son membre supérieur droit. Une nouvelle opération était

---

prévue le 17 février. Il a joint divers rapports des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG).

Le 29 septembre 2015, le docteur E\_\_\_\_\_, médecin adjoint à l'unité de la main des HUG, a indiqué suivre l'assuré depuis plusieurs mois dans les suites d'une arthrolyse du coude droit. Initialement, l'assuré avait présenté des douleurs postéro-externes du coude et une exploration par voie arthroscopique n'avait pas permis de mettre en évidence de lésion particulière. Puis, l'assuré s'était enraidie avec persistance de douleurs toujours au même endroit. Une arthrolyse du coude avait alors été pratiquée (le 5 octobre 2014) et l'assuré avait bloqué à nouveau son coude dans un flessum à 90°. Actuellement, le coude était bloqué à 120/90/0°, malgré une infiltration de la zone douloureuse qui n'avait pas permis de diminuer la symptomatologie douloureuse. L'assuré était également suivi sur le plan psychiatrique. Dans son rapport du 22 décembre 2015, le Dr E\_\_\_\_\_ a proposé une nouvelle arthrolyse du coude, associée à une anesthésie locorégionale de longue durée permettant de diminuer les symptômes douloureux post-opératoires et de réaliser une physiothérapie intensive. Celle-ci serait réalisée dans le cadre d'une hospitalisation d'environ cinq à six jours, puis serait continuée aux HUG deux fois par jour pendant au moins les deux semaines qui suivaient l'intervention. Durant l'intervention, une nouvelle révision du versant radial du coude serait effectuée afin de rechercher une cause locale à la douleur. On ne pouvait pas garantir une extension complète, mais en tout cas une mobilité du coude qui serait plus adéquate pour la vie courante de l'assuré.

11. Le 29 août 2016, sur demande de l'OAI, le Dr D \_\_\_\_\_ a indiqué que l'arthrolyse du coude et la dénervation avaient été pratiquées le 17 février 2016. L'intervention n'avait amené aucune amélioration, le coude était resté en flexum irréductible à 90° malgré tous les traitements post-opératoires.
12. Sur demande de l'OAI, le Dr E\_\_\_\_\_ a précisé, le 22 décembre 2016, que « la capacité de travail » à l'heure actuelle était de 100% et que les limitations fonctionnelles avaient trait à l'absence de fonction du membre supérieur droit qui était bloqué en flexion avec des douleurs persistantes à la face postérieure du bras. Une activité uniquement monomanuelle de la main gauche pourrait être envisagée. L'assuré était suivi en psychiatrie par l'hôpital de jour de la Jonction en raison du fort impact émotionnel lié au traumatisme et des séquelles qu'il présentait.
13. Dans un rapport du 27 février 2017, le SMR a considéré que les nouveaux éléments médicaux avaient durablement modifié les limitations fonctionnelles et que la capacité de travail dans l'activité habituelle était toujours nulle. Sur la base du dernier rapport du Dr E\_\_\_\_\_ confirmant que l'assuré pouvait exercer uniquement une activité monomanuelle gauche, il a fixé la capacité de travail à 100% dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles déjà connues et récentes. Les atteintes à la santé déterminantes au sens de l'assurance-invalidité étaient l'ankylose non réductible à 90° du coude droit et les lombocentralgies droites. Le début de la longue maladie était fixé au 1<sup>er</sup> janvier 2016. Les limitations

fonctionnelles nécessitaient d'alterner les positions assise et debout deux fois par heure, de ne pas soulever régulièrement de charges supérieures à 5 kg du côté gauche, de ne pas travailler en porte-à-faux statique prolongé du tronc, de ne pas être exposé aux vibrations et d'accomplir un travail mono manuel exclusivement à gauche. Même si l'assuré bénéficiait d'un suivi psychiatrique, lors de la première demande, le SMR n'avait pas retenu d'atteinte incapacitante psychiatrique sur la base des conclusions de l'expertise psychiatrique du 9 avril 2013 du SMR.

14. Par projet de décision du 6 mars 2017, l'OAI a rejeté la demande de prestations. L'exigibilité médicale était entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de l'assuré. Le délai de carence d'une année ouvrant le droit à des prestations avait pris fin en janvier 2017. Il existait sur le marché du travail un certain nombre d'activités qui ne nécessitaient pas de qualification particulière et qui étaient adaptées à son état de santé. Pour calculer le degré d'invalidité, respectivement les revenus avec et sans invalidité, il y avait lieu de se baser sur le tableau TAI de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS). Au vu de cette situation, selon la jurisprudence, le degré d'invalidité se confondait avec le taux de l'incapacité de travail. En raison des limitations fonctionnelles, il convenait de procéder à un abattement de 10%, de sorte que le taux d'invalidité était de 10% et ne donnait droit ni à des mesures professionnelles, ni à une rente d'invalidité.
15. Le 28 mars 2017, l'assuré a contesté le projet de décision. Il était toujours dans l'incapacité d'utiliser son bras droit malgré les interventions chirurgicales. Son coude restait bloqué à 90° et il vivait au quotidien avec beaucoup de douleurs physiques. Cette situation l'épuisait moralement et affectait son état psychologique de manière importante. Il a joint un rapport de la doctoresse F\_\_\_\_\_, psychiatre FMH, cheffe de clinique aux HUG, daté du 28 mars 2017.

Selon ce médecin, l'assuré était suivi à la consultation ambulatoire de psychiatrie et psychothérapie intégrées (CAPPI) des HUG depuis octobre 2013 et avait été pris en charge au programme de jour du 4 février 2014 au 6 août 2015, puis depuis le 21 août 2015 pour un trouble dépressif récurrent avec un épisode dépressif sévère accompagné de symptômes psychotiques (F33.3) et autres modifications durables (F62.8). Il présentait des troubles attentionnels et de la concentration avec limitations de compréhension, ainsi qu'un cours et contenu de la pensée rétrécis. L'assuré était sous traitement psychotrope. D'un point de vue psychiatrique, la capacité de travail était nulle.

16. Par communication du 2 juin 2017, l'OAI a estimé qu'une expertise psychiatrique était nécessaire pour clarifier le droit aux prestations, et a mandaté le docteur G\_\_\_\_\_.
17. Le 30 août 2017, l'assuré a eu un entretien avec le Dr G\_\_\_\_\_ en présence d'un interprète et a subi des tests psychométriques.

Dans son rapport d'expertise du 23 novembre 2017, l'expert a relevé que l'assuré était très peu, voire à peine, collaborant en tant qu'il répondait de manière très floue

à quasiment toutes les questions, notamment sur sa famille. Lorsqu'il était mis sous pression avec un peu de fermeté, il arrivait tout d'un coup à se rappeler de certaines choses. Il ne comprenait pas véritablement le sens de son suivi psychiatrique aux HUG. Il disait se sentir mal, mais globalement restait très centré sur ses douleurs au coude droit. Il évoquait aussi des douleurs diverses au dos. L'examen clinique était très difficile chez un sujet assez plaintif qui peinait à pouvoir définir son problème psychique. Il n'y avait pas de suicidalité marquée, ni d'irritabilité importante. Il n'y avait pas d'argument pour un trouble de l'anxiété généralisé ou un trouble panique. L'assuré ne souffrait pas de phobie, ni d'un état de stress post-traumatique. Il n'existait pas de signes florides de la lignée psychotique, en particulier délire, hallucinations, troubles de la pensée. Rien n'indiquait que l'assuré présentait un trouble majeur de la personnalité assimilable à une atteinte à la santé mentale. Bien qu'il déclarait ne pas pouvoir bouger son bras droit, l'expert n'a pas constaté d'atrophie musculaire. Dans son appréciation diagnostique, il a relevé que son examen ne lui permettait pas de porter une conclusion convaincante sur le plan psychiatrique. Il a considéré qu'on se trouvait face à un tableau d'amplification grossier et caricatural des plaintes. L'assuré présentait un tableau neuropsychologique variable qui contrastait totalement avec le rapport des HUG du 28 mars 2017. Le Dr G\_\_\_\_\_ a retenu un éventuel épisode dépressif majeur atypique, d'intensité impossible à préciser lors de l'entretien. L'importante amplification des plaintes laissait entrevoir des bénéfices secondaires importants, à savoir, semblait-il, une menace pendante de renvoi. S'agissant de l'analyse de la cohérence, il existait une mauvaise cohérence avec le rapport des HUG qui tenait au manque de collaboration de l'assuré et d'une amplification importante des plaintes. La discordance d'appréciation pourrait aussi être due à la différence de mandat entre le médecin traitant et l'expert. S'agissant de l'appréciation de la capacité de travail, il retenait un diagnostic d'épisode dépressif majeur (atypique), marqué surtout par une amplification des symptômes, sans autre comorbidité psychiatrique, avec une mauvaise observance au traitement. Après vingt ans de pratique médicale, un tel comportement de dramatisation, de « contrefaçon », relevait ici de l'exception. Des motifs sortant du champ médical jouaient certainement un rôle essentiel dans la revendication d'un statut de malade, tels que la durée de l'éloignement du monde du travail, l'absence de compétences ou de formation professionnelle, les restrictions linguistiques malgré la durée de son séjour en Suisse, des facteurs socio-culturels et éventuellement un risque de renvoi pendant. L'investigation psychiatrique, en tant que telle, ne lui permettait pas de se prononcer clairement sur la capacité de travail. La question des ressources personnelles dont disposait l'assuré était impossible à déterminer sur la base de ce seul entretien, en l'absence d'information claire et fiable. Vu le comportement général de l'assuré, une réadaptation n'était probablement pas indiquée.

18. Par décision du 23 janvier 2018, l'OAI a maintenu sa position. Suite à une nouvelle étude des pièces médicales et à la mise en œuvre d'une expertise, il n'existait pas d'élément permettant de remettre en question l'avis du SMR du 27 février 2017.

19. Par décision du 15 février 2018, le vice-président du Tribunal civil a accordé l'assistance juridique à l'assuré aux fins de recours auprès de la chambre de céans.
20. Par acte du 23 février 2018, l'assuré, représenté par Me Liza SANT'ANA LIMA, a recouru contre la décision du 23 janvier 2018. Il a conclu, principalement, et sous suite de frais et dépens, à l'octroi de mesures professionnelles et d'une rente entière d'invalidité, eu égard à son incapacité de travail de 100%, tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée, et subsidiairement, à l'évaluation de sa capacité résiduelle de travail et à la prise en compte d'un abattement d'au moins 20% du salaire statistique. Les conclusions de l'avis du SMR du 27 février 2017 relatives à sa capacité de travail dans une activité adaptée étaient basées sur le rapport du Dr E\_\_\_\_\_ du 22 décembre 2016 qui contenait une erreur de frappe. En effet, selon le certificat de ce médecin du 16 février 2018, dans une activité adaptée, il présentait à 100% une incapacité de travail et non pas une capacité de travail. Par conséquent, la décision querellée, qui reprenait les conclusions du SMR, était erronée. De plus, malgré les limitations fonctionnelles retenues, ladite décision omettait d'indiquer les activités qu'il pourrait exercer exclusivement avec la main gauche. Le rapport d'expertise du Dr G\_\_\_\_\_ ne contenait pas d'appréciation suffisante de sa situation psychique actuelle car il n'était basé que sur un seul et unique entretien. Lors de celui-ci, la communication avait été précaire et aucune conclusion médicalement valable n'avait pu être prise quant à sa capacité de travail. En effet, le rapport d'expertise précisait que l'investigation psychiatrique en tant que telle ne permettait pas de se prononcer clairement sur la capacité de travail. Par conséquent, il ne contenait pas suffisamment d'éléments pour exclure une limitation fonctionnelle en raison de son état psychique, d'autant plus que tous les autres rapports psychiatriques donnaient des indices contraires. Il avait également souffert d'un nouvel épisode dépressif majeur qui avait nécessité son hospitalisation en milieu psychiatrique du 25 janvier 2018 au 6 février 2018. Si par impossible, la chambre de céans retenait une capacité de travail résiduelle, il y avait lieu d'appliquer un abattement d'au moins 20% sur le salaire statistique, au motif qu'il était âgé de quarante-huit ans, qu'il était originaire du Kosovo, n'avait aucune formation professionnelle, présentait des problèmes de concentration et souffrait tant d'un syndrome anxio-dépressif que d'un bras droit bloqué à 90°.

Il a produit dans la procédure divers rapports médicaux, notamment le certificat du Dr E\_\_\_\_\_ du 16 février 2018. Dans une attestation du 9 février 2018, la Dresse F\_\_\_\_\_ a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent (F33) et autres modifications durables de la personnalité (F62.8), et indiqué qu'il avait été hospitalisé en milieu psychiatrique du 25 janvier 2018 au 6 février 2018. Le status clinique psychiatrique restait inchangé.

21. Dans sa réponse du 29 mars 2018, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il a rappelé qu'une atteinte psychique devait être distinguée des facteurs psychosociaux ou socioculturels et que lorsque l'expert ne relevait pour l'essentiel que des éléments qui trouvaient leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou

---

psychosocial, il n'y avait pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant. Or, le Dr G\_\_\_\_\_ avait clairement mis en exergue l'importance des facteurs extra-médicaux et/ou psychosociaux dans le tableau clinique. L'intimé n'a pas retenu d'incapacité de travail en l'absence d'atteinte reconnue par les classifications internationales. Le nombre d'entretiens et leur durée ne suffisaient pas, à eux seuls, à remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale. Un marché équilibré du travail offrait une palette suffisamment large d'activités non qualifiées et adaptées aux limitations du recourant sans qu'il ne fût nécessaire de déterminer précisément quelles activités il serait capable d'exercer. S'agissant de l'abattement, les problèmes de concentration et le syndrome anxio-dépressif ne faisaient pas partie des limitations fonctionnelles retenues. Hormis celles-ci, qui étaient relativement nombreuses mais n'empêchaient pas la mise en valeur de la capacité de travail du recourant, il n'y avait pas d'autre élément déterminant qui aurait justifié une réduction supérieure au taux de 10%. Selon la jurisprudence, un étranger ayant exercé une activité salariée en Suisse ne pouvait en général pas prétendre à une déduction en raison de son statut d'étranger. L'absence de maîtrise du français ne justifiait pas davantage un abattement, pas plus que le manque de formation professionnelle. Âgé de quarante-huit ans, le recourant était encore éloigné du seuil à partir duquel la jurisprudence parlait d'un âge avancé. Celle-ci avait confirmé à plusieurs reprises l'application du salaire statistique pour déterminer le revenu exigible dans des activités mono-manuelles légères. S'agissant des mesures d'ordre professionnel, la condition subjective de l'octroi de telles mesures n'était pas réalisée au vu de l'expertise du Dr G\_\_\_\_\_ et des conclusions du recourant tendant à l'octroi d'une rente entière.

22. Dans sa réplique du 11 avril 2018, le recourant a allégué que ses plaintes étaient tout à fait justifiées eu égard à l'aggravation en crescendo de son état de santé. S'agissant de la façon dont l'expertise s'était déroulée, il a reproché au Dr G\_\_\_\_\_ de s'être montré très vite agacé lorsqu'il n'arrivait pas à répondre à ses questions et de ne pas avoir écouté ses explications, notamment concernant sa mauvaise tolérance au traitement médicamenteux, explications qu'il n'avait du reste pas retenues dans son rapport d'expertise. Le Dr G\_\_\_\_\_ était incohérent par rapport à l'ensemble du dossier médical, ce qui donnait à penser que l'expertise avait été réalisée dans le seul but de justifier un diagnostic préétabli. Il était également incohérent de conclure qu'un reclassement professionnel serait illusoire compte tenu de son comportement général, alors que l'expert n'était pas en mesure de se prononcer sur sa capacité de travail. Il souhaitait vivement retrouver une activité professionnelle, raison pour laquelle il concluait à l'octroi de mesures professionnelles. Il a persisté dans ses conclusions précédentes.
23. Dans sa duplique du 24 avril 2018, l'intimé a considéré que les arguments du recourant pour nier la valeur probante de l'expertise étaient insuffisants et infondés. Il a maintenu ses conclusions précédentes.

24. Par courrier du 19 juin 2018, la chambre de céans a interrogé la Dresse F\_\_\_\_\_. Celle-ci a répondu le 25 juillet 2018. Elle a retenu le diagnostic de trouble dépressif récurrent, ainsi que celui d'autres modifications durables de personnalité en raison d'un changement significatif et durable de sa personnalité et de son comportement suite à la perte de fonction de son membre supérieur droit avec une altération significative du fonctionnement social. Cette modification est confirmée par l'auto-hétéroanamnèse recueillie. L'assuré présente un retrait social important avec un sentiment de perte d'espoir, une réduction des intérêts, une attitude méfiante envers le monde avec égocentrisme, sensibilité accrue à la frustration et à l'adaptation. Il présente une rigidité de la pensée, une grande difficulté de faire le deuil de son handicap, ainsi qu'un comportement stéréotypique.

La Dresse F\_\_\_\_\_ a également constaté une baisse de la thymie récurrente avec une attitude pessimiste pour l'avenir et des idées de mort passives récurrentes. Le patient évoque une fatigabilité et une irritabilité et exprime son besoin de s'isoler. Ses capacités neurocognitives sont impactées par la dépression et il présente une baisse de l'attention et de la concentration avec perturbation du contenu et du cours de la pensée. Il évoque un sentiment de ruine et des idées de références (se sentant observé et critiqué par les gens dans la rue en raison de la flexion de son bras droit).

La Dresse F\_\_\_\_\_ relève que dans ce contexte et suite à la non-reconnaissance de son handicap, il présente une suicidalité active nécessitant une hospitalisation en milieu psychiatrique pour une mise à l'abri d'un risque auto-agressif imminent du 25 janvier au 6 février 2018. Le diagnostic d'un épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques est maintenu durant ledit séjour. L'évolution clinique est actuellement peu favorable et le pronostic est réservé. La capacité résiduelle de travail est nulle, même dans une activité adaptée en raison de l'altération significative de son fonctionnement (rigidité de la pensée, isolement social, difficulté à l'adaptation, difficulté à la frustration, fatigabilité, irritabilité) dans le contexte de la modification de sa personnalité et son trouble dépressif récurrent ; ceux-ci sont présents depuis le début de sa prise en charge au sein du CAPPI. L'auto-hétéroanamnèse recueillie met en évidence la modification du fonctionnement de la personnalité de l'assuré dans plusieurs domaines de sa vie privée et sociale suite à son handicap, ceci indépendamment d'éventuels facteurs socioculturels.

La Dresse F\_\_\_\_\_ relève enfin que le patient est partiellement anosognosique de ses troubles psychiques, mettant en avant-plan les douleurs persistantes à la face postérieure du bras droit qui est bloqué en flexion. Vu ce qui précède et tenant compte de l'engagement optimal du patient aux soins, l'anosognosie partielle du patient ne pourrait toutefois pas être la cause d'une mauvaise observance du traitement.

La Dresse F\_\_\_\_\_ a joint à son courrier la lettre de sortie du département de psychiatrie des HUG datée du 20 février 2018, selon laquelle :

« À l'arrivée du patient dans notre service, nous observons la présence d'une colère importante avec des idées suicidaires scénarisées (défenestration ou noyade). Il ne peut s'engager à ne pas passer à l'acte, raison pour laquelle nous avons instauré un programme pavillonnaire (...). L'évolution clinique est favorable avec disparition des idées suicidaires, la récupération de l'élan vital et une réorganisation psychique ».

25. Invité à se déterminer, le médecin du SMR a, dans une note du 3 août 2018, constaté que

« le nouveau courrier de la Dresse F\_\_\_\_\_ confirme que le comportement de l'assuré est lié à la non-reconnaissance d'un statut d'invalidé. Les médecins du service de psychiatrie confirment que les taux plasmatiques de Duloxétine sont indétectables, confirmant la mauvaise compliance. Ils expliquent que c'est la décision de refus de l'OAI qui a entraîné une réaction psychique avec colère importante. Ils écrivent que l'évolution a été rapidement favorable et permis un retour à domicile sans changement de prise en charge. La lettre de sortie des HUG confirme le caractère strictement réactionnel (à l'annonce de la décision de l'OAI) de l'état psychique de l'assuré. Par conséquent, on constate que la différence d'évaluation entre les experts et les médecins traitants est liée à une différence du critère d'appréciation de la situation, les experts restant sur un plan strictement médico-théorique contrairement aux médecins traitants qui intègrent les facteurs psycho-sociaux dans la prise en charge de leurs patients ».

Le médecin du SMR s'en tient dès lors à ses conclusions précédentes.

L'OAI, se fondant sur l'avis du SMR, a persisté dans ses précédentes conclusions en rejet du recours.

26. Le 27 juin 2019, la chambre de céans a informé les parties de sa décision de mettre en œuvre une expertise psychiatrique et leur a communiqué le nom de l'expert, soit le docteur H\_\_\_\_\_.
27. Par courrier du 11 juillet 2019, l'OAI a indiqué ne pas avoir de motif de récusation à faire valoir. L'assuré ne s'est quant à lui pas manifesté.
28. Le 19 septembre 2019, la chambre de céans a communiqué aux parties les questions qu'elle avait l'intention de poser au Dr H\_\_\_\_\_. Elle leur a imparti un délai pour qu'elles se prononcent sur les questions libellées dans la mission d'expertise.
29. L'assuré a informé la chambre de céans, le 7 octobre 2019, qu'en l'état il n'avait « pas d'opposition aux questions libellées dans la mission d'expertise ».
30. Par écriture du même jour, l'OAI a sollicité que « soit organisé un dosage sérologique des médicaments psychotropes en cours de traitement afin de vérifier la compliance médicamenteuse de l'assuré ».

### **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<sup>er</sup> 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 de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20), les dispositions de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

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. Les modifications du 18 mars 2011 de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (révision 6a), entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité.

Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références).

En l'espèce, au vu des faits pertinents jusqu'à la décision du 23 janvier 2018, le droit éventuel aux prestations doit être examiné en fonction des modifications de la LAI, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 249/05 du 11 juillet 2006 consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322).

4. Le délai de recours est de trente jours (art. 60 al. 1 LPGA et art. 62 al. 1 let. a de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA-GE - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est ainsi recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA-GE).
5. Le litige consiste à déterminer si c'est à bon droit que l'OAI a rejeté la nouvelle demande de prestations, plus particulièrement si la capacité de travail de l'assuré est entière dans une activité adaptée depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2017.
6. Lorsque l'assuré dépose une nouvelle demande de prestations, après que l'OAI lui a refusé tout droit à celle-ci dans un premier temps, l'examen matériel doit être effectué de manière analogue à celui d'un cas de révision au sens de l'art. 17 al. 1

---

LPGA (ATF 133 V 108 consid. 5; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2; ATF 130 V 71 consid. 3.2; cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C\_899/2015 du 4 mars 2016 consid. 4.1).

L'art. 17 al. 1<sup>er</sup> LPGA dispose que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

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

7. Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et cas échéant - en cas d'indices d'une modification des effets économiques - une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_685/2011 du 6 mars 2012 consid. 5.1).
8. 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 malade, 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).

9. 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).

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

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).

10. 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).

11. 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 125 V 261 consid. 4). La tâche du médecin dans le cadre d'une révision de la rente selon l'art. 17 LPGA consiste avant tout à établir l'existence ou non d'une amélioration de l'état de santé de l'assuré en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale avec la situation au moment de son examen (ATF 125 V 369 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. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

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).

La jurisprudence a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertise ou de rapports médicaux. Ainsi, le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale ordonnée par l'administration ou le juge, 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. 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa). Au sujet des rapports établis par les médecins traitant, 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 et les références). Cette constatation s'applique de même aux médecins non traitant consultés par un patient en vue d'obtenir un moyen de preuve à l'appui de sa requête. Toutefois le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et est produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (ATF 125 V 351 consid. 3b/dd et les références). Quant aux documents produits par le service médical d'un assureur étant partie au procès, le Tribunal fédéral n'exclut pas que l'assureur ou le juge des assurances sociales statuent en grande partie, voire exclusivement sur la base de ceux-ci. Dans de telles

constellations, il convient toutefois de poser des exigences sévères à l'appréciation des preuves. Une instruction complémentaire sera ainsi requise, s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux versés au dossier par l'assureur (ATF 122 V 157 consid. 1d ; arrêts du Tribunal fédéral I 143/07 du 14 septembre 2007 consid. 3.3 et 9C\_55/2008 du 26 mai 2008 consid. 4.2, concernant les cas où le service médical n'examine pas l'assuré mais se limite à apprécier la documentation médicale déjà versée au dossier). Le simple fait qu'un avis médical divergent – même émanant d'un spécialiste – ait été produit ne suffit toutefois pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'un rapport médical (arrêt du Tribunal fédéral U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1).

On peut et on doit attendre d'un expert médecin, dont la mission diffère clairement de celle du médecin traitant, notamment qu'il procède à un examen objectif de la situation médicale de la personne expertisée, qu'il rapporte les constatations qu'il a faites de façon neutre et circonstanciée, et que les conclusions auxquelles il aboutit s'appuient sur des considérations médicales et non des jugements de valeur. D'un point de vue formel, l'expert doit faire preuve d'une certaine retenue dans ses propos nonobstant les controverses qui peuvent exister dans le domaine médical sur tel ou tel sujet: par exemple, s'il est tenant de théories qui ne font pas l'objet d'un consensus, il est attendu de lui qu'il le signale et en tire toutes les conséquences quant à ses conclusions. Enfin, son rapport d'expertise doit être rédigé de manière sobre et libre de toute qualification dépréciative ou, au contraire, de tournures à connotation subjective, en suivant une structure logique afin que le lecteur puisse comprendre le cheminement intellectuel et scientifique à la base de l'avis qu'il exprime (arrêt du Tribunal fédéral non publié 9C\_603/2009 du 2 février 2010 consid. 3.3 et les références, in SVR 2010 IV n° 58, p. 177).

d. Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGa) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est

généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). 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. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

12. 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).

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).

13. En l'espèce, par décision du 12 septembre 2013, l'OAI a nié le droit de l'assuré à une rente d'invalidité au regard de sa capacité de travail entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, après comparaison des revenus. Ladite décision a été confirmée par l'arrêt cantonal du 25 novembre 2014 quant à l'absence d'un degré d'invalidité donnant droit à une rente. Bien que l'assuré ait déposé, le 7 novembre 2014, une nouvelle demande tendant à l'octroi de prestations AI, l'OAI, par décision du 15 janvier 2015, s'est borné à rejeter la demande de supports orthopédiques. Étant donné que, dans cette décision, il n'a pas examiné le droit à la rente ou à des mesures professionnelles, il y a lieu de comparer les faits prévalant au moment de la décision initiale du 12 septembre 2013 avec ceux existant lors de la décision litigieuse du 23 janvier 2018.

14. a. Cette dernière décision repose, d'un point de vue médical, notamment sur l'avis du SMR du 27 février 2017 et sur le rapport d'expertise du Dr G\_\_\_\_\_ du 23 novembre 2017. Par conséquent, avant de comparer la situation existant au moment des deux décisions, il convient d'examiner si ces rapports ont une valeur probante.

b. Dans son avis du 27 février 2017, le SMR a admis que de nouvelles limitations fonctionnelles s'étaient ajoutées à celles qui avaient déjà été prises en considération le 9 avril 2013. Sur la base des conclusions du Dr E\_\_\_\_\_ du 22 décembre 2016, il a retenu une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles déjà connues et récentes.

Or, il s'avère que ces conclusions contenaient une erreur de frappe. Le Dr E\_\_\_\_\_ l'a confirmé le 16 février 2018. Il entendait en réalité faire état d'une incapacité de travail de 100%, et non d'une capacité de travail.

Force est dans ces conditions de constater que l'avis du SMR ne saurait avoir une quelconque valeur probante.

c. L'OAI s'est également référé au rapport d'expertise du Dr G\_\_\_\_\_ pour justifier sa décision du 23 janvier 2018.

Or, l'expert ne s'est pas prononcé sur la capacité de travail de l'assuré, considérant que :

« l'investigation psychiatrique, en tant que telle, ne lui permettait pas de se prononcer clairement sur la capacité de travail. La question des ressources personnelles dont disposait l'assuré était impossible à déterminer sur la base de ce seul entretien, en l'absence d'information claire et fiable ».

Il a posé le diagnostic d'un « éventuel épisode dépressif majeur atypique, d'intensité impossible à préciser lors de l'entretien », dont on ne comprend pas bien le sens. Il a du reste ajouté que « son examen ne lui permettait pas de porter une conclusion convaincante sur le plan psychiatrique ».

La communication entre l'expert et l'assuré paraît avoir été pour le moins difficile. Le premier se plaint d'un manque de collaboration et indique que l'assuré était « assez plaintif et peinait à pouvoir définir son problème psychique » et le second, de ne pas avoir été écouté. Il est à cet égard intéressant de constater que, selon la Dresse F\_\_\_\_\_, le patient est partiellement anosognosique de ses troubles psychiques, mettant en avant-plan des douleurs persistantes au bras droit.

On peine à comprendre la pertinence de certaines remarques de l'expert. Celles selon lesquelles l'assuré avait un comportement de dramatisation et présentait un tableau d'amplification grossier et caricatural des plaintes ne manquent pas de surprendre par leur virulence, l'expert allant jusqu'à conclure, sans le justifier de manière convaincante, que « des motifs sortant du champ médical jouaient certainement un rôle essentiel dans la revendication d'un statut de malade ».

Il dépasse clairement son rôle d'expert psychiatre lorsqu'il déclare que, bien que l'assuré indique ne pas pouvoir bouger son bras droit, il n'y a pas d'atrophie musculaire.

Il relève une mauvaise observance au traitement médicamenteux, sans tenir compte du fait que l'assuré lui a expliqué qu'il le tolérait mal, et alors que la Dresse F\_\_\_\_\_ au contraire fait état de l'engagement optimal du patient aux soins, affirmant au surplus que son anosognosie partielle ne pourrait pas être la cause d'une mauvaise compliance.

L'expert n'explique pas pour quelle raison il s'est écarté des conclusions de la Dresse F\_\_\_\_\_. Il ne les discute pas. Le 28 mars 2017 pourtant, la Dresse F\_\_\_\_\_ a retenu le diagnostic de trouble dépressif récurrent avec un épisode dépressif sévère accompagné de symptômes psychotiques et a évalué la capacité de travail de l'assuré, sur le plan psychiatrique, comme étant nulle. L'expert ne s'est pas non plus déterminé sur les ressources personnelles dont disposait l'assuré.

On ne saurait, au vu de ce qui précède, considérer que l'expertise réalisée par le Dr G\_\_\_\_\_ puisse avoir valeur probante.

15. Le médecin du SMR considère, dans sa note du 3 août 2018, que la Dresse F\_\_\_\_\_, dans son courrier du 25 juillet 2018, ainsi que les médecins du service de

psychiatrie, confirment que le comportement de l'assuré est lié à la non-reconnaissance d'un statut d'invalidé. Il estime que la différence d'évaluation entre les experts et les médecins traitants est liée à une différence du critère d'appréciation de la situation, les experts restant sur un plan strictement médico-théorique, contrairement aux médecins traitants qui intègrent les facteurs psychosociaux dans la prise en charge de leurs patients.

La chambre de céans relève toutefois que la Dresse F\_\_\_\_\_ explique clairement que l'assuré présente une modification du fonctionnement de sa personnalité dans plusieurs domaines de sa vie privée et sociale suite à son handicap, ceci indépendamment d'éventuels facteurs socioculturels.

Le médecin du SMR a constaté à la lecture de la lettre de sortie des médecins du département de psychiatrie des HUG, que la décision négative de l'OAI avait entraîné une réaction psychique de colère chez l'assuré.

Il est vrai que les troubles réactionnels suite à une décision de suppression de rente de l'assurance-invalidité peuvent être médicalement traités de manière adéquate. Selon la jurisprudence (ATF 127 V 294 consid. 4b/aa), ils ne peuvent pas être considérés comme une atteinte psychique invalidante. Dans le cas contraire, la notion juridique d'invalidité serait vidée de son sens (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_799/2012 du 16 mai 2013 consid. 2.5).

Force est toutefois de relever que même si la Dresse F\_\_\_\_\_ décrit un état de santé qui s'est aggravé lors de la notification de la décision de l'OAI, elle retient le diagnostic de trouble dépressif récurrent, ainsi que celui d'autres modifications durables de personnalité en raison d'un changement significatif et durable de sa personnalité et de son comportement suite à la perte de fonction de son membre supérieur droit avec une altération significative du fonctionnement social.

16. Compte tenu de l'ensemble de ces éléments, la chambre de céans n'est pas en mesure de statuer en l'état actuel du dossier. Aussi considère-t-elle qu'une expertise psychiatrique se justifie. Celle-ci sera confiée au Dr H\_\_\_\_\_.

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

**Statuant préparatoirement**

1. Ordonne une expertise psychiatrique de Monsieur A\_\_\_\_\_.
2. Commet à ces fins le docteur H\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.
3. 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 l'assuré ;
  - c) examiner et entendre l'assuré, après s'être entouré de tous les éléments utiles, au besoin d'avis d'autres spécialistes;
  - d) si nécessaire, ordonner d'autres examens.
4. Charge l'expert d'établir un rapport détaillé et de répondre aux questions suivantes :
  1. Anamnèse détaillée.
  2. Plaintes et données subjectives de la personne.
  3. Status clinique et constatations objectives.
  4. Diagnostics selon la classification internationale.  
Précisez quels critères de classification sont remplis et de quelle manière (notamment l'étiologie et la pathogénèse).
  5. Depuis quand les différentes atteintes sont-elles présentes ?
  6. Les plaintes sont-elles objectivées ?
  7. Y a-t-il exagération des symptômes ou constellation semblable (discordance substantielle entre les douleurs décrites et le comportement observé ou l'anamnèse, allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, absence de demande de soins médicaux, plaintes très démonstratives laissant insensible l'expert, allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) ?
  8. Dans l'affirmative, considérez-vous que cela suffise à exclure une atteinte à la santé significative ?
  9. Quels ont été les traitements entrepris et avec quel succès (évolution et résultats des thérapies) ?

10. L'assuré a-t-il fait preuve de résistance à l'égard des traitements proposés ? La compliance est-elle bonne ? Quel est le dosage plasmatique des médicaments psychotropes en cours de traitement ?
  11. Dans quelle mesure les traitements ont-ils été mis à profit ou négligés ?
  12. Quelle est la capacité de travail de l'assuré
    - a) dans l'activité habituelle
    - b) dans une activité adaptée.
  13. Dater la survenance de l'incapacité de travail durable, le cas échéant, indiquer l'évolution de son taux et décrire son évolution.
  14. Dire s'il y a une diminution de rendement et la chiffrer.
  15. De quelles ressources mobilisables l'assuré dispose-t-il ?
  16. Quel est le contexte social ? L'intéressé peut-il compter sur le soutien de ses proches ?
  17. Pour le cas où il y aurait refus ou mauvaise acceptation d'une thérapie recommandée et accessible : cette attitude doit-elle être attribuée à une incapacité de l'assuré à reconnaître sa maladie ?
  18. Quelle est l'influence des facteurs psychosociaux ?
  19. Formuler un pronostic global.
  20. Commenter et discuter les avis médicaux du SMR, des experts s'étant déjà prononcés et des médecins traitants et indiquer - cas échéant - pour quelles raisons ces avis sont confirmés ou écartés.
  21. Toute remarque utile et proposition des experts.
5. Invite l'expert à déposer à sa meilleure convenance un rapport en trois exemplaires à la chambre de céans.
  6. Réserve le fond.

La greffière

La présidente

Nathalie LOCHER

Doris GALEAZZI

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties le