RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/707/2018 **ATAS/460/2022**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Ordonnance d'expertise du 20 mai 2022

1ère Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Liza SANT'ANA LIMA	recourant

contre

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

Siégeant : Fabienne MICHON RIEBEN, Présidente.

EN FAIT

A. **a.** Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), 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.

b. 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) en raison d'une hernie discale protrusive extraforaminale gauche L4-L5 avec léger conflit L3 à gauche, ainsi qu'une discopathie protrusive L5-S1 médiane et phénomène inflammatoire, avec impaction post-traumatique au plateau supérieur droit de L4 versus hernie intraspongieuse.

c. Par décision du 12 septembre 2013, l'OAI, se fondant sur le rapport établi le 9 avril 2013 par deux médecins du service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), le docteur B_____, spécialiste FMH en rhumatologie, et la doctoresse C_____, spécialiste FMH en psychiatrie, a considéré que l'activité habituelle d'aide-jardinier n'était plus exigible depuis le 5 novembre 2010, mais que dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, la capacité de travail de l'assuré était entière depuis mai 2011, soit six mois après l'accident. Il a rejeté la demande de prestations, au motif que le degré d'invalidité déterminé selon la méthode de comparaison des revenus était nul.

B. Par arrêt du 25 novembre 2014 (ATAS/1222/2014), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : CJCAS) a rejeté le recours formé par l'assuré contre ladite décision. Elle a retenu que le rapport d'examen rhumatologique et psychiatrique du SMR du 9 avril 2013 avait valeur probante et a fait siennes ses conclusions. Elle a également confirmé le calcul du degré d'invalidité de l'OAI.

C. **a.** Le 12 janvier 2016, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité, alléguant souffrir d'un flexum du coude droit irréductible apparu après deux opérations en 2014.

b. Après avoir interrogé le docteur D_____, spécialiste FMH en médecine interne, ainsi que le docteur E_____, médecin adjoint à l'unité de la main des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), l'OAI a transmis à l'assuré un projet de décision le 6 mars 2017, selon lequel sa demande de prestations était rejetée. L'exigibilité médicale était entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de l'assuré, soit alterner les positions assise et debout deux fois par heure, ne pas soulever régulièrement de charges supérieures à 5 kg

du côté gauche, ne pas travailler en porte-à-faux statique prolongé du tronc, ne pas être exposé aux vibrations et accomplir un travail mono-manuel exclusivement à gauche. Le délai de carence d'une année ouvrant le droit à des prestations avait pris fin en janvier 2017. Le taux d'invalidité arrêté à 10 % ne donnait droit ni à des mesures professionnelles, ni à une rente d'invalidité.

c. 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 daté du 28 mars 2017 de la doctoresse F_____, spécialiste FMH en psychiatrie, cheffe de clinique aux HUG, selon lequel la capacité de travail de l'assuré était, d'un point de vue psychiatrique, nulle. Ce médecin a retenu un trouble dépressif récurrent avec un épisode dépressif sévère, des symptômes psychotiques et autres modifications durables de la personnalité. La Dresse F_____ précisait que l'assuré était suivi au Centre ambulatoire de psychiatrie et de psychothérapie intégrée des HUG (CAPPI-Jonction) depuis octobre 2013 et bénéficiait d'un traitement médicamenteux antidépresseur et d'entretiens réguliers.

d. L'OAI a alors mandaté le docteur G_____, spécialiste FMH en psychiatrie, pour examiner l'assuré. Celui-ci a rendu son rapport le 23 novembre 2017. Selon lui, l'assuré ne souffrait d'aucun trouble majeur de la personnalité assimilable à une atteinte à la santé mentale. L'expert n'a retenu qu'« un éventuel épisode dépressif majeur atypique d'intensité impossible à déterminer ». Il a fait état d'un tableau d'amplification grossier et caricatural des plaintes.

e. Par décision du 23 janvier 2018, l'OAI a confirmé son refus du 6 mars 2017.

D. **a.** L'assuré, représenté par son avocate, a interjeté recours le 23 février 2018 auprès de la CJCAS contre ladite décision. 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.

b. Suivant la réponse de l'OAI du 26 mars 2018, les parties ont échangé réplique et duplique, respectivement les 11 avril et 24 avril 2018.

c. Après avoir interrogé la Dresse F_____ et invité le médecin du SMR à se déterminer, le 23 octobre 2019, la chambre de céans a, considérant que l'expertise du Dr G_____ n'avait pas valeur probante, ordonné une expertise psychiatrique et commis à ces fins le docteur H_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie (ATAS/963/2019). Elle a relevé que le Dr G_____ ne s'était pas prononcé sur la capacité de travail de l'assuré, ni sur les ressources personnelles dont celui-ci disposait, pas plus qu'il n'avait discuté les raisons pour lesquelles il

s'était écarté des conclusions de la Dresse F_____. Certes, selon le médecin du SMR, la décision négative de l'OAI avait entraîné une réaction psychique de colère chez l'assuré ne pouvant pas être considérée comme une atteinte psychique invalidante. Toutefois, la psychiatre traitante retenait 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. La chambre de céans a dès lors estimé qu'elle n'était pas, compte tenu de l'ensemble de ces éléments, en mesure de statuer en l'état actuel du dossier.

d. Le Dr H_____ a établi son rapport d'expertise le 23 décembre 2019, après s'être entretenu avec l'assuré, assisté d'un interprète serbo-croate, les 21 novembre et 5 décembre 2019, et avoir pris contact par téléphone avec la psychiatre traitante et le médecin traitant.

L'expert n'a retenu aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail. Il a en revanche relevé des troubles dépressifs récurrents moyens avec syndrome somatique léger depuis 2011 au présent « sans indice de jurisprudence rempli », un trouble mixte de la personnalité émotionnellement labile de type impulsif et dépendante actuellement non décompensé, trouble « qui n'avait pas empêché l'assuré de gérer son quotidien sans limitation, de travailler à 100 % dans le passé et d'avoir une vie conjugale stable », et des facteurs psychologiques ou comportementaux associés à des troubles ou des maladies classés ailleurs, « sans indice de gravité jurisprudentielle rempli », étant précisé que le diagnostic était probable après les séquelles post-accident.

e. L'assuré et l'OAI ont formulé leurs observations par écriture du 19 février 2020, respectivement du 24 février 2020.

f. Par courriel du 5 mai 2020, l'OAI a transmis à la chambre de céans un rapport du docteur I_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, du 24 avril 2020, dans lequel ce dernier a retenu le diagnostic d'épisode dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques. La capacité de l'assuré à appliquer des compétences professionnelles était actuellement altérée (0 %) due aux difficultés de s'adapter à une routine et à l'entièreté des symptômes (thymie abaissée, anxiété, capacité de compréhension limitée, difficultés de communication et problèmes de mémoire et d'attention notables).

g. Invité à se déterminer, l'OAI a soumis le rapport du Dr I_____ au SMR, lequel a considéré, le 9 juin 2020, que ce médecin n'amenait pas de nouveaux éléments médicaux objectifs permettant de remettre en question les conclusions de l'expertise du Dr H_____. L'OAI a dès lors maintenu ses conclusions en rejet du recours.

h. Par arrêt du 5 mars 2021 (ATAS/182/2021), la chambre de céans a jugé que les conclusions de l'expertise du Dr H_____ n'apparaissaient pas convaincantes.

Elle a en particulier relevé qu'il était difficilement compréhensible que l'expert soit, d'une part, en mesure de constater que « lors des décompensations, comme durant quelques semaines en 2018 quand [l'assuré] a été hospitalisé, il peut présenter des idées suicidaires actives, voire des idées hétéros agressives dans des contextes de frustration. Durant ces périodes de décompensation, il peut présenter ponctuellement des symptômes d'allure de trouble dépressif sévère avec des symptômes psychotiques, vu son agitation, les idées noires et le fait qu'il se sent persécuté par l'OAI s'il ne reçoit pas une rente », et, d'autre part, de conclure que « cependant, les critères de gravité et de durée de la CIM-10 ne sont pas remplis pour un tel trouble dépressif récurrent sévère ». La description donnée par l'expert paraissait plutôt être compatible avec le diagnostic retenu par les Drs I_____ et F_____ d'épisode dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques. Par ailleurs, alors que l'expert ne retenait aucun diagnostic invalidant, il avait vivement recommandé une réévaluation de la situation dans six à douze mois en fonction de l'évolution, l'état n'étant pas stabilisé. Il estimait ainsi que la capacité de travail pouvait encore être améliorée de façon sensible « dans le sens d'une réadaptation professionnelle et d'une aide à la réinsertion professionnelle après mise en place d'un suivi psychiatrique hebdomadaire avec un travail spécifique sur la question du status algique et des avantages secondaires avec mise en place d'un traitement antidépresseur suffisant avec monitoring sanguin », ce qui paraissait pour le moins contradictoire avec ses conclusions. La chambre de céans a partant ordonné une nouvelle expertise psychiatrique, qu'elle a confiée au docteur J_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.

i. Les 15 mai et 14 juin 2021, le Dr J_____ a examiné l'assuré, assisté d'une traductrice, puis, après s'être entretenu avec le Dr I_____, a rendu son rapport d'expertise le 24 juillet 2021. L'expert a retenu une dysthymie, sans effet sur la capacité de travail, laquelle était entière dans toute activité adaptée à l'état physique.

j. Dans sa détermination du 10 août 2021, l'OAI, se ralliant à l'avis joint du SMR du même jour, a persisté dans ses conclusions.

k. Le 23 août 2021, l'assuré a également maintenu ses conclusions. Il a produit un article intitulé « Le Mini-Mental State Examination (MMSE) : un outil pratique pour l'évaluation de l'état cognitif des patients par le clinicien », publié le 12 juin 1999 dans la Presse Médicale, ainsi qu'un rapport du Dr I_____ du 10 août 2021.

l. Le 6 septembre 2021, l'OAI, se référant à l'avis annexé du SMR du 31 août 2021, a persisté dans sa position, en l'absence d'élément médical objectif permettant de remettre en cause le rapport d'expertise du Dr J_____.

m. Le 17 septembre 2021, l'assuré a renvoyé la chambre de céans à son écriture du 23 août écoulé.

n. Le 29 avril 2022, la chambre de céans a informé les parties qu'elle entendait confier une expertise pluridisciplinaire au docteur K_____, spécialiste en rhumatologie, et au docteur L_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ainsi qu'à Madame M_____, neuropsychologue, au sein du Bureau d'expertises médicales à Montreux, et un délai a été accordé aux parties au 12 mai 2022 pour se déterminer sur les experts, ainsi que sur les questions à leur poser.

o. Respectivement les 10 et 12 mai 2022, l'assuré et l'OAI ont indiqué ne pas avoir de motif de récusation à l'encontre des experts proposés. L'OAI a en revanche sollicité qu'une question supplémentaire soit intégrée dans la mission d'expertise. Celle-ci a dès lors été complétée en ce sens.

EN DROIT

1. La compétence de la chambre de céans et la recevabilité du recours ont été examinées dans l'ordonnance d'expertise du 23 octobre 2019 ; il n'y a pas lieu d'y revenir ici.

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.

3. Le 1er janvier 2021, est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Toutefois, dans la mesure où le recours était, au 1er janvier 2021, pendant devant la chambre de céans, il reste soumis à l'ancien droit (cf. art. 82a LPGA).

4. Le 1er janvier 2022, sont entrées en vigueur les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705).

En cas de changement de règles de droit, la législation applicable reste, en principe, celle en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge se fonde, en règle générale, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; ATF 132 V 215 consid. 3.1.1 et les références).

En l'occurrence, la décision querellée a été rendue antérieurement au 1er janvier 2022, de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur ancienne teneur.

5. Le litige porte, dans le cadre d'une nouvelle demande de prestations déposée le 12 janvier 2016, sur le droit de l'assuré à une rente d'invalidité et à des mesures professionnelles.

6. Les dispositions légales applicables et la jurisprudence y relative, notamment en cas d'atteintes à la santé psychique, ont déjà été exposées dans l'ordonnance d'expertise précitée, de sorte qu'on peut y renvoyer. La chambre de céans se bornera à rappeler que lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle

demande de prestations, elle doit examiner la cause au plan matériel - soit en instruire tous les aspects médicaux et juridiques - et s'assurer que la modification du degré d'invalidité rendue vraisemblable par l'assuré est effectivement survenue (arrêt du Tribunal fédéral 9C_142/2012 du 9 juillet 2012 consid. 4). Selon la jurisprudence, elle doit procéder de la même manière que dans les cas de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (ATF 133 V 545 consid. 6), c'est-à-dire comparer les circonstances existant lorsque la nouvelle décision est prise avec celles qui existaient lorsque la dernière décision reposant sur un examen matériel du droit à la rente est entrée en force (ATF 133 V 108 consid. 5 ; ATF 130 V 71 consid. 3.2.5) pour apprécier si, dans l'intervalle, est intervenue une modification sensible du degré d'invalidité justifiant désormais l'octroi d'une rente. Si elle constate que les circonstances prévalant lors de la dernière décision entrée en force et reposant sur un examen matériel du droit à la rente (cf. ATF 133 V 108 consid. 5.3.2) ne se sont pas modifiées jusqu'au moment de la nouvelle décision, et que le degré d'invalidité n'a donc pas changé, elle rejette la nouvelle demande. Dans le cas contraire, elle est tenue d'examiner s'il y a désormais lieu de reconnaître un taux d'invalidité ouvrant le droit à une prestation ou augmentant celle-ci. En cas de recours, le même devoir d'examen matériel incombe au juge (ATF 117 V 198 consid. 3a et ATF 109 V 114 consid. 2a et b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_721/2014 du 16 juin 2015 consid. 3.1).

7. 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.

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).

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).

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 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI - RS 831.201] ; 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).

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).

En cas de divergence d'opinions 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).

8.

8.1 En l'espèce, il convient d'examiner si l'état de santé du recourant s'est péjoré depuis le rejet de la demande de prestations par décision du 12 septembre 2013, confirmée sur recours par la chambre de céans le 25 novembre 2014. Pour ce faire, il y a lieu de comparer les faits tels qu'ils se présentaient lors de cette décision à ceux prévalant au moment de la décision querellée du 23 janvier 2018.

8.2 À l'époque, le recourant souffrait, avec incidence sur sa capacité de travail, de lombocruralgies droites dans le cadre de discrets troubles statiques et de troubles dégénératifs du rachis avec hernie discale L3-L4 gauche, et de status après petite impaction post-traumatique du plateau supérieur de la L4. Il présentait, sans effet sur sa capacité de travail, des douleurs du coude droit dans le cadre d'un status après contusion du muscle anconé, une obésité avec BMI à 34, des troubles statiques des pieds avec hallux valgus bilatéral débutant et une majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques. Le recourant, inapte à exercer son activité habituelle d'aide-jardinier depuis la date de son accident, pouvait néanmoins travailler à plein temps dans une activité adaptée, évitant le port régulier de charges supérieures à 5 kg, le travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc, l'exposition à des vibrations, et permettant l'alternance des positions assise et debout, à compter du 5 mai 2011, six mois après le traumatisme (rapport bi-disciplinaire des Drs B_____ et C_____ du 9 avril 2013).

8.3 À l'appui de la décision litigieuse, l'intimé s'est fondé, sur le plan somatique, sur l'avis du SMR du 27 février 2017, lui-même basé sur le rapport du Dr E_____ du 22 décembre 2016. L'administration a considéré que le recourant, atteint d'un flexum irréductible du coude droit à 90° apparu après deux arthrolyses

réalisées en avril et octobre 2014, suivies d'une nouvelle opération en février 2016, sans amélioration, était apte à exercer à 100 % une activité exclusivement mono-manuelle gauche respectant par ailleurs les limitations fonctionnelles déjà retenues, dès le 1er janvier 2016, début de la longue maladie.

8.3.1 Sur le plan psychique, l'intimé s'est appuyé sur l'avis du SMR du 13 décembre 2017, ainsi que sur le rapport d'expertise du Dr G_____ du 23 novembre 2017, qui retenait, sans répercussion sur la capacité de travail, un épisode dépressif majeur atypique, une amplification des symptômes et une mauvaise observation au traitement.

Dans son ordonnance du 23 octobre 2019, la chambre de céans a nié la valeur probante du rapport du Dr G_____, décidé la mise sur pied d'une expertise psychiatrique et mandaté pour ce faire le Dr H_____.

8.3.2 Dans son rapport du 23 décembre 2019, le Dr H_____ a posé les diagnostics, sans incidence sur la capacité de travail, de troubles dépressifs récurrents moyens avec syndrome somatique et légers depuis 2011 ; de trouble mixte de la personnalité émotionnellement labile de type impulsif et dépendant, actuellement non décompensé ; et de facteurs psychologiques ou comportementaux associés à des troubles ou des maladies classés ailleurs.

Le 5 mars 2021, la chambre de céans a écarté la valeur probante de ce rapport et a ordonné une nouvelle expertise psychiatrique, dont elle a confié le mandat au Dr J_____.

8.4 Sur la forme, le rapport du Dr J_____ du 24 juillet 2021 est fondé sur un examen du recourant, un entretien avec le psychiatre traitant, une analyse du dossier et comprend une anamnèse, une description de la vie quotidienne du recourant, ainsi que les plaintes de celui-ci.

8.4.1 Sur le fond, l'expert retient une dysthymie sans impact sur la capacité de travail. Il conclut de manière certaine – et contradictoire – à l'absence de grave perturbation de la personnalité (rapport du 24 juillet 2021, p. 13), tout en indiquant qu'il était impossible de confirmer ou infirmer l'existence de traits de personnalité pathologiques, motif pris que le recourant ne lui fournissait pas d'informations suffisantes sur sa biographie (p. 10, 16-18), celui-ci se contentant d'affirmer souvent qu'il « ne sait pas », qu'il « a oublié » (p. 4) ou qu'il ne se souvient « de plus rien » (p. 6).

Or, le psychiatre traitant, le Dr I_____ en particulier, observe un important trouble de la mémoire ; le recourant cherchait les documents pour se rappeler l'âge de ses parents et enfants, la durée de son mariage et la séquence des événements de sa vie. Le Dr I_____ fait également état d'une altération cognitive, mentionnant que, selon les tests, le recourant présentait un syndrome dysexécutif modéré à sévère (rapport du 24 avril 2020, p. 2 et 4).

Le Dr J_____, pour sa part, considère que le comportement du recourant consistant à ne pas répondre aux questions, en alléguant l'amnésie ou la confusion, n'a pas de substrat médical et relève d'un manque de coopération (rapport du 24 juillet 2021, p. 15). Les plaintes de celui-ci (troubles cognitifs affectant sa mémoire) et les réponses déficientes au test MMSE (instrument de dépistage des troubles cognitifs) étaient contredites par les données objectives : l'expertisé parlait couramment une langue étrangère, utilisait un Iphone, se déplaçait seul en ville et ses fonctions praxiques, gnosiques et phasiques étaient conservées (p. 11, 15).

Cela étant, compte tenu des éléments objectifs mis en évidence par le psychiatre traitant (altération cognitive), force est de constater que le Dr J_____ n'a pas suffisamment instruit la situation du recourant : l'expert déclare péremptoirement qu'aucun substrat médical n'explique l'amnésie du recourant, jugeant la coopération de ce dernier au test MMSE non optimale. Or, on attend d'un expert, en présence d'un expertisé qui se plaint de troubles de la mémoire (et dont les réponses sont en conséquences lacunaires), qu'il prenne les mesures qui s'imposent et adapte son examen, cas échéant, au moyen d'autres tests, pour confirmer ou infirmer les troubles mnésiques, ce d'autant qu'on se demande si le syndrome dysexécutif modéré à sévère évoqué par le Dr I_____ peut impacter ou non la mémoire du recourant. Le Dr J_____ ne s'exprime pas à ce propos. De même, si le recourant ne présente certes pas un trouble du langage, ni un trouble moteur ou un trouble gnosique – reconnaissance des objets – (rapport du 24 juillet 2021, p. 9 ; avis du SMR du 31 août 2021), cela ne renseigne pas – à défaut d'explications circonstanciées étayées par des tests complémentaires – sur l'existence ou non d'un trouble mnésique.

En outre, dans son rapport du 10 août 2021, le Dr I_____ s'écarte du diagnostic de dysthymie posé par l'expert, en réitérant que son patient souffre d'un trouble dépressif ayant valeur de maladie psychiatrique. Selon le psychiatre traitant, compte tenu de l'efficacité du traitement antidépresseur (dont la compliance était optimale, ainsi que l'avait constaté le Dr J_____ [rapport d'expertise, p. 19]), il fallait plutôt retenir un épisode dépressif en rémission partielle.

Certes, diagnostiquer une atteinte à la santé, soit identifier une maladie d'après ses symptômes, équivaut à l'appréciation d'une situation médicale déterminée qui, selon les médecins consultés, peut aboutir à des résultats différents en raison précisément de la marge d'appréciation inhérente à la science médicale (ATF 145 V 361 consid. 4.1.2 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_212/2020 du 4 septembre 2020 consid. 4.2 et 9C_762/2019 du 16 juin 2020 consid. 5.2). L'influence d'une atteinte à la santé sur la capacité de travail est davantage déterminante que sa qualification en matière d'assurance-invalidité (ATF 142 V 106 consid. 4.4).

Dans le cas présent, on ignore si la dysthymie (dans l'hypothèse où elle était confirmée) peut néanmoins, en présence cas échéant d'un trouble spécifique de la

personnalité – point que l'expert n'a pas suffisamment investigué, comme relevé plus haut –, entraîner une diminution de la capacité de travail.

8.4.2 L'appréciation du Dr J_____ n'emporte ainsi pas la conviction, de sorte que sa valeur probante ne peut qu'être mise en doute.

8.5 Dans ces circonstances, il se justifie de mettre en œuvre une nouvelle expertise psychiatrique, complétée par un bilan neuropsychologique.

L'expertise comprendra également un volet rhumatologique, dans la mesure où, en raison des plaintes somatiques (douleurs et flexum du membre supérieur droit) au premier plan, le Dr J_____ a suggéré la mise sur pied d'une évaluation bi-disciplinaire afin d'aborder la question de savoir si c'est l'état somatique qui est à l'origine des troubles psychiques ou l'inverse (p. 13-14, 17). L'expertise rhumatologique permettra par ailleurs de clarifier la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée : s'il est vrai que, d'après le Dr E_____, le recourant ne peut pas exercer son activité habituelle (rapports des 22 décembre 2016 et 16 février 2018), en revanche, le médecin traitant n'a pas précisé à quel taux celui-ci peut pratiquer une activité exclusivement mono-manuelle gauche, compte tenu également des limitations fonctionnelles d'épargne du rachis.

L'expertise sera confiée au docteur K_____, spécialiste en rhumatologie, et au docteur L_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ainsi qu'à Madame M_____, neuropsychologue, à l'encontre desquels les parties n'ont fait valoir aucun motif de récusation.

* * * * * *

PAR CES MOTIFS,

LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant préparatoirement

I. Ordonne une expertise rhumatologique et psychiatrique, complétée par un bilan neuropsychologique de Monsieur A_____.

1. Commet à ces fins le docteur K_____, spécialiste en rhumatologie, et le docteur L_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ainsi que Madame M_____, neuropsychologue, au sein du Bureau d'expertises médicales, sis place _____, 1820 Montreux.

   Dit que la mission d'expertise sera la suivante :

   A. Prendre connaissance du dossier de la cause.

   B. Si nécessaire, prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité la personne expertisée, en particulier les docteurs E_____, F_____ et I_____.

   C. Examiner et entendre la personne expertisée et, si nécessaire, ordonner d'autres examens.

   D. Charge le Dr K_____ d'établir un rapport détaillé comprenant les éléments suivants :

      1. **Anamnèse détaillée (avec la description d'une journée-type)**

      2. **Plaintes de la personne expertisée**

      3. **Status et constatations objectives**

      4. **Diagnostics (selon un système de classification reconnu)**

         Précisez quels critères de classification sont remplis et de quelle manière (notamment l'étiologie et la pathogenèse).

      4.1. Avec répercussion sur la capacité de travail

      4.1.1 Dates d'apparition

      4.2 Sans répercussion sur la capacité de travail

      4.2.1 Dates d'apparition

      4.3 Quel est le degré de gravité de chacun des troubles diagnostiqués (faible, moyen, grave) ?

      4.4 Les atteintes et les plaintes de la personne expertisée correspondent-elles à un substrat organique objectivable ?

      4.5 Dans quelle mesure les atteintes diagnostiquées limitent-elles les fonctions nécessaires à la gestion du quotidien ? (N'inclure que les

déficits fonctionnels émanant des observations qui ont été déterminantes pour le diagnostic de l'atteinte à la santé, en confirmant ou en rejetant des limitations fonctionnelles alléguées par la personne expertisée).

4.6 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) ?

4.7 Dans l'affirmative, considérez-vous que cela suffise à exclure une atteinte à la santé significative ?

4.8 Est-ce que le tableau clinique est cohérent, compte tenu du ou des diagnostic(s) retenu(s) ou y a-t-il des atypies ?

4.9 Est-ce que ce qui est connu de l'évolution correspond à ce qui est attendu pour le ou les diagnostic(s) retenu(s) ?

5. **Limitations fonctionnelles**

5.1 Indiquer les limitations fonctionnelles en relation avec chaque diagnostic.

5.1.1 Dates d'apparition

5.2 Les plaintes sont-elles objectivées ?

6. **Capacité de travail**

6.1 Dater la survenance de l'incapacité de travail durable dans l'activité habituelle pour chaque diagnostic, indiquer son taux pour chaque diagnostic et détailler l'évolution de ce taux pour chaque diagnostic.

6.2 La personne expertisée est-elle capable d'exercer son activité lucrative habituelle ?

6.2.1 Si non, ou seulement partiellement, pourquoi ? Quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ?

6.2.2 Depuis quelle date sa capacité de travail est-elle réduite / nulle ?

6.3 La personne expertisée est-elle capable d'exercer une activité lucrative adaptée à ses limitations fonctionnelles ?

6.3.1 Si non, ou seulement partiellement, pourquoi ? Quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ?

6.3.2 Si oui, quel est le domaine d'activité lucrative adaptée ? À quel taux ? Depuis quelle date ?

6.3.3 Dire s'il y a une diminution de rendement et la chiffrer.

6.4 Des mesures médicales sont-elles nécessaires préalablement à la reprise d'une activité lucrative ? Si oui, lesquelles ?

6.5 Quel est votre pronostic quant à l'exigibilité de la reprise d'une activité lucrative ?

7. **Traitement**

7.1 Examen du traitement suivi par la personne expertisée et analyse de son adéquation.

7.2 Réaliser un dosage sanguin des médicaments (antalgiques), en coordination avec les co-experts psychiatre et neuropsychologue, afin d'évaluer la compliance.

7.3 Est-ce que la personne expertisée s'est engagée ou s'engage dans les traitements qui sont raisonnablement exigibles et possiblement efficaces dans son cas ou n'a-t-elle que peu ou pas de demande de soins ?

7.4 Les médicaments que prend la personne expertisée induisent-ils des effets secondaires ?
Le cas échéant, ces derniers ont-ils un impact sur ses capacités fonctionnelles ? Si oui, dans quelles mesures ?

7.5 Propositions thérapeutiques et analyse de leurs effets sur la capacité de travail de la personne expertisée.

8. **Appréciation d'avis médicaux du dossier**

Êtes-vous d'accord avec les rapports du docteur E_____ des 22 décembre 2016 et 16 février 2018 ? En particulier avec les diagnostics posés, les limitations fonctionnelles constatées et l'estimation de la capacité de travail? Si non, pourquoi ?

9. Quel est le pronostic ?

10. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ?

11. Faire toutes autres observations ou suggestions utiles.

E. Invite l'expert à faire **une appréciation consensuelle du cas** avec le Dr L_____ et Madame M_____ s'agissant de toutes les problématiques ayant des interférences entre elles, notamment sur la question de savoir si l'état somatique (flexum du membre supérieur droit) est à l'origine des troubles psychiques de la personne expertisée ou l'inverse, ainsi que sur l'appréciation de la capacité de travail résiduelle et l'éventuelle baisse de rendement.

F. Charge le Dr L_____ et Madame M_____ d'établir un rapport détaillé comprenant les éléments suivants :

1. **Anamnèse détaillée (avec la description d'une journée-type)**

2. **Plaintes de la personne expertisée**

3. **Status et constatations objectives**

4. **Diagnostics (selon un système de classification reconnu)**

Précisez quels critères de classification sont remplis et de quelle manière (notamment l'étiologie et la pathogenèse) et veuillez indiquer si la personne expertisée souffre d'un déficit cognitif, en particulier de troubles de la mémoire.

4.1 Avec répercussion sur la capacité de travail

4.1.1 Dates d'apparition

4.2 Sans répercussion sur la capacité de travail

4.2.1 Dates d'apparition

4.3 Quel est le degré de gravité de chacun des troubles diagnostiqués (faible, moyen, grave) ?

4.4 Dans quelle mesure les atteintes diagnostiquées limitent-elles les fonctions nécessaires à la gestion du quotidien ? (N'inclure que les déficits fonctionnels émanant des observations qui ont été déterminantes pour le diagnostic de l'atteinte à la santé, en confirmant ou en rejetant des limitations fonctionnelles alléguées par la personne expertisée).

4.5 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) ?

4.6 Dans l'affirmative, considérez-vous que cela suffise à exclure une atteinte à la santé significative ?

5. **Limitations fonctionnelles**

5.1. Indiquer les limitations fonctionnelles en relation avec chaque diagnostic.

5.1.1 Dates 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 Quels sont les niveaux d'activité sociale et d'activités de la vie quotidienne (dont les tâches ménagères) et comment ont-ils 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 ?

7. **Personnalité**

7.1 Est-ce que la personne expertisée présente un trouble de la 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 la personnalité pathologiques et, si oui, lesquels ?

7.3 Le cas échéant, quelle est l'influence de ce trouble de personnalité ou de ces traits de personnalité pathologiques sur les limitations éventuelles et sur l'évolution des troubles de la personne expertisée ?

7.4 La personne expertisée se montre-t-elle authentique ou y a-t-il des signes d'exagération des symptômes ou de simulation ?

8. **Ressources**

8.1 Quelles sont les ressources résiduelles de la personne expertisée sur le plan somatique ?

8.2 Quelles sont les ressources résiduelles de la personne expertisée sur les plans :

a) psychique

b) mental

c) social et familial. En particulier, la personne expertisée peut-elle compter sur le soutien de ses proches ?

9. **Capacité de travail**

9.1 Dater la survenance de l'incapacité de travail durable dans l'activité habituelle pour chaque diagnostic, indiquer son taux pour chaque diagnostic et détailler l'évolution de ce taux pour chaque diagnostic.

9.2 La personne expertisée est-elle capable d'exercer son activité lucrative habituelle ?

9.2.1 Si non, ou seulement partiellement, pourquoi ? Quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ?

9.2.2 Depuis quelle date sa capacité de travail est-elle réduite / nulle ?

9.3 La personne expertisée est-elle capable d'exercer une activité lucrative adaptée à ses limitations fonctionnelles ?

9.3.1 Si non, ou dans une mesure restreinte, pour quels motifs ? Quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ?

9.3.2 Si oui, quel est le domaine d'activité lucrative adaptée ? À quel taux ? Depuis quelle date ?

9.3.3 Dire s'il y a une diminution de rendement et la chiffrer.

9.4 Des mesures médicales sont-elles nécessaires préalablement à la reprise d'une activité lucrative ? Si oui, lesquelles ?

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 Réaliser un dosage sanguin des médicaments (psychotropes), en coordination avec le co-expert rhumatologue, afin d'évaluer la compliance.

10.3 a. 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 ?

b. Les médicaments que prend la personne expertisée induisent-ils des effets secondaires ? Le cas échéant, ces derniers ont-ils un impact sur ses capacités fonctionnelles ? Si oui, dans quelle mesure ?

10.4 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 ?

10.5 Propositions thérapeutiques et analyse de leurs effets sur la capacité de travail de la personne expertisée.

11. **Appréciation d'avis médicaux du dossier**

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.

12. Quel est le pronostic ?

13. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ?

14. Faire toutes autres observations ou suggestions utiles.

G. Invite les experts, le Dr L_____ et Madame M_____, à faire **une appréciation consensuelle du cas** avec le Dr K_____ s'agissant de toutes les problématiques ayant des interférences entre elles, notamment sur la question de savoir si l'état somatique (flexum du membre supérieur droit) est à l'origine des troubles psychiques de la personne expertisée ou l'inverse, ainsi que sur l'appréciation de la capacité de travail résiduelle et l'éventuelle baisse de rendement.

II. Invite les experts à déposer, dans les meilleurs délais, un rapport en trois exemplaires auprès de la chambre de céans.

III. Réserve le fond ainsi que le sort des frais jusqu'à droit jugé au fond.

La greffière — La présidente

Marie NIERMARÉCHAL — Fabienne MICHON RIEBEN

Une copie conforme de la présente ordonnance est notifiée aux parties par le greffe le