

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3733/2017

ATAS/627/2018

**COUR DE JUSTICE**  
**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 29 juin 2018**

**6<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à GENEVE, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître David METILLE

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente ; Teresa SOARES et Jean-Pierre WAVRE,  
Juges assesseurs**

---

---

**EN FAIT**

- 1) Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après l'assuré ou le recourant), né en 1966, a travaillé en tant qu'électricien indépendant dès 1994.
- 2) A la demande de l'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie, le docteur B\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, a procédé à l'expertise de l'assuré. Dans son rapport du 16 avril 2003, il a conclu à des céphalées de tension avec très forte composante psychogène évoluant depuis plusieurs années, à des contusions multiples survenues lors d'un accident de moto du 23 mars 2002, à une contusion thoracique droite et à une possible fracture d'un orteil lors d'un accident du 23 janvier 2003. Les suites des accidents de mars 2002 et janvier 2003 et les céphalées de tension ne justifiaient pas d'incapacité de travail dans l'activité habituelle. Dite incapacité ne s'expliquait que par la composante psychogène des céphalées et elle devait être appréciée par un psychiatre.
- 3) Le 8 mai 2003, 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), invoquant des maux de tête et des douleurs dans la nuque et le dos entraînant une incapacité de travail de 50 %.
- 4) L'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie a confié une expertise au docteur C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie. Dans son rapport du 31 juillet 2003, ce médecin a retenu les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme persistant (F 45.4), de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, utilisation nocive pour la santé (F 10.1), de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de sédatifs, syndrome de dépendance, utilise actuellement la drogue : en cours de sevrage (F 13.24), et d'accentuation de certains traits de personnalité émotionnellement labile de type impulsif et anankastique (Z 73.1). Il n'y avait pas d'incapacité de travail en tant qu'électricien.
- 5) Après avoir recueilli des renseignements auprès des médecins traitants de l'assuré, l'OAI a nié le droit aux prestations de l'assuré par décision du 20 septembre 2005, retenant que l'activité d'électricien restait possible à temps complet.
- 6) Dans son rapport du 13 juin 2013 à l'assurance-accidents, le docteur D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale, a mentionné une persistance des cervicalgies avec des céphalées associées. Le diagnostic était celui de coup de lapin. L'incapacité de travail de l'assuré était totale du 1<sup>er</sup> avril au 26 mai et de 50 % du 27 mai au 30 juin 2013.
- 7) Une IRM cérébrale et lombaire réalisée le 6 septembre 2013 a mis en évidence une uncarthrose débutante C3-C4 droite, des discopathies débutantes C2-C5, une hernie discale extrusives rétrocorporeales gauche venant du disque L3-L4 subluxée vers le haut et à l'origine d'un conflit sur l'émergence de la racine L3 gauche, une fissuration de l'anneau fibreux sur la ligne médiale avec protrusion discale focale

---

postéro-médiane et canal étroit relatif en L2-L3, et des masses surrenaliennes des deux côtés, à investiguer.

- 8) Une IRM cérébrale du 24 octobre 2013 a révélé une légère dilatation anévrysmale fusiforme du segment P1 de l'artère cérébrale postérieure droite.
- 9) Dans un rapport du 17 novembre 2013, le docteur E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale, a diagnostiqué une entorse cervicale haute avec cervicalgies et céphalées et des lombalgies sur troubles dégénératifs. Les troubles dégénératifs observés à l'IRM n'expliquaient pas les plaintes de l'assuré.
- 10) Dans un courriel du 11 décembre 2013 à l'assurance-accidents, l'assuré a indiqué qu'il voulait repartir travailler en Thaïlande, où il était architecte et concepteur en énergie autonome.
- 11) Le 12 décembre 2013, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI. Il a précisé qu'il passait entre 5 et 6 mois par an en Thaïlande depuis 2003. Il travaillait à 100 % en tant qu'électricien dans son entreprise en Suisse, pour un revenu horaire de CHF 100.-. Il souffrait désormais notamment d'un syndrome de Cushing, d'un anévrisme cérébral, d'une hernie discale et d'un coup du lapin.

Il a joint à sa demande un extrait du registre du commerce concernant l'entreprise individuelle F\_\_\_\_\_, précisant qu'il avait repris l'entreprise de son père en 2003 et qu'il était concessionnaire des services industriels et de Swisscom.

- 12) Le 19 décembre 2013, l'assuré a subi une artériographie diagnostique au Service de neurochirurgie des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG). Le diagnostic principal était celui d'exclusion d'anévrisme de l'artère cérébrale postérieure droite et de fenestration du segment P1 de cette artère.
- 13) Selon l'extrait de compte individuel AVS que l'OAI s'est procuré le 10 janvier 2014, les revenus de l'assuré se sont élevés à CHF 20'121.- en 2008, CHF 9'200.- en 2009, CHF 20'700.- en 2010, CHF 17'200.- en 2011 et CHF 26'294.- en 2012.
- 14) Dans un rapport du 5 mars 2014, le docteur G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en endocrinologie, a diagnostiqué avec répercussions sur la capacité de travail un syndrome de Cushing sur hyperplasie macronodulaire bilatérale des surrénales connu depuis 2013, une hernie discale L3-L4, et un accident de moto en mars 2013. Les atteintes sans incidence sur la capacité de travail étaient une hypertension artérielle et un prédiabète. L'assuré présentait les symptômes suivants : fatigue, faiblesse musculaire, céphalées, prise de graisse abdominale et état anxieux. L'hypertension artérielle était difficile à contrôler. Le pronostic dépendrait de la prise en charge, qui consisterait probablement en une surrénalectomie bilatérale pour traiter l'hypercortisolisme. Cette intervention entraînerait une insuffisance surrenalienne nécessitant une substitution à vie en gluco-et minéralo-corticoïdes. La possibilité d'une surrénalectomie unilatérale était cependant envisagée. Le Dr G\_\_\_\_\_ n'avait pas attesté d'une incapacité de travail et ne se prononçait que

sur le syndrome de Cushing, mais l'assuré pouvait évidemment être diminué dans ses capacités physiques. Ce spécialiste ne pouvait se déterminer sur l'exigibilité de l'activité exercée, car il était uniquement en charge des investigations en phase aiguë. Pour l'instant, l'assuré ne lui paraissait pas en mesure de travailler mais le traitement du syndrome de Cushing permettrait une guérison, si bien que la situation devrait évoluer.

- 15) Le 5 mars 2014, le docteur H\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, a indiqué au médecin traitant de l'assuré que l'examen neurologique était normal. Les IRM cérébrales l'étaient également, sous réserve de l'anévrisme d'aspect fusiforme de l'artère cérébrale postérieure droite. Le problème principal était actuellement le syndrome de Cushing, en cours d'investigation. Le second problème consistait en des douleurs post-traumatiques principalement cervico-occipitales. L'assuré présentait les séquelles classiques d'un traumatisme cervical, à l'évolution actuellement favorable.
- 16) Le 28 mars 2014, l'assuré a subi une surrénalectomie gauche par laparoscopie. Les médecins des HUG ont attesté d'une incapacité de travail totale jusqu'au 15 avril 2014.
- 17) Dans un rapport reçu par l'OAI le 7 mai 2014, le Dr D\_\_\_\_\_ a diagnostiqué avec effets sur la capacité de travail un syndrome de Cushing et un anévrisme de l'artère cérébrale postérieure, ainsi que des céphalées sans incidence sur la capacité de travail. L'incapacité de travail était totale en tant qu'électricien en raison des céphalées, de la fatigue et des difficultés de concentration.
- 18) Dans un rapport établi le 26 juin 2014 à la demande de l'assurance-accidents, le docteur I\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, a notamment indiqué dans l'anamnèse que la surrénalectomie aurait été suivie d'un état de faiblesse musculaire persistant, avec des douleurs diffuses et des paresthésies au niveau du rachis et des quatre extrémités. Il semblait qu'un traitement d'hydrocortisone ait été introduit, dont l'effet était difficilement appréciable en l'absence de document médical. Après le premier événement accidentel de mars 2013, l'assuré signalait un nouvel accident le 2 août 2013, lors duquel il avait frappé son dos contre le hayon de sa fourgonnette, ce qui avait entraîné un blocage dorsal et une augmentation des douleurs dorso-lombaires persistantes. Le 19 décembre 2013, il avait glissé et heurté sa nuque et son dos contre le bord de la baignoire, ce qui avait à nouveau exacerbé ses douleurs dorsales. L'assuré se plaignait de céphalées, de rachialgies cervico-dorso-lombaires, de quelques irradiations douloureuses dans les membres supérieurs et inférieurs et, depuis l'intervention sur la surrénale gauche, d'une impression de faiblesse globale et de paresthésies diffuses qu'il mettait plus ou moins en relation avec des troubles endocriniens.

A l'issue de son examen et de l'étude des rapports radiologiques, le Dr I\_\_\_\_\_ a retenu que le status était sans anomalie significative, hormis une légère limitation de la mobilité de la nuque et du rachis dorso-lombaire, dont la signification clinique

---

était difficilement appréciable compte tenu du contexte. Le Dr I\_\_\_\_\_ rejoignait donc le Dr H\_\_\_\_\_, lequel concluait à l'absence d'anomalie neurologique significative. Il n'y avait plus d'incapacité de travail pour les suites des accidents, le *statu quo ante* ayant été atteint pour chacun de ces événements. L'expert n'était pas certain qu'il existe effectivement une atteinte neuromusculaire secondaire à un hypohydrocortisonisme au vu de l'absence de déficits sensitivo-moteurs cliniquement objectivables, mais un électroneuromyographe n'avait pu être pratiqué en raison des cris et de l'agitation de l'assuré. La hernie discale L3-L4 pouvait contribuer aux douleurs lombaires, mais son rôle dans cette symptomatologie était extrêmement douteux. Il n'y avait en tout cas pas d'expression de l'éventuelle compression radiculaire L3 gauche.

Les diagnostics sans incidence sur la capacité de travail étaient les suivants : status après distorsion cervicale simple et possible commotion cérébrale lors d'un accident de moto le 15 mars 2013, status après contusion dorsale banale le 2 août 2013, status après contusion cervico-dorsale banale le 19 décembre 2013, céphalées et rachialgies cervico-dorso-lombaires sans explications post-traumatiques, fenestration asymptomatique du segment P1 de l'artère cérébrale postérieure droite, maladie de Cushing avec status post surrénalectomie gauche le 29 mars 2014, hypertension artérielle et troubles sensitivo-moteurs des quatre extrémités atypiques d'origine indéterminée (relation éventuelle avec un hypocorticisme).

L'accident du 15 mars 2013 avait entraîné une incapacité de travail de trois mois au plus. Le deuxième accident, objectivement discret, ne pouvait avoir entraîné d'incapacité de travail de plus d'un mois. Une pleine capacité de travail médico-théorique avait été retrouvée au plus tard deux mois après le 3<sup>ème</sup> accident du 19 décembre 2013. En dehors des accidents, le Dr I\_\_\_\_\_ n'observait pas d'affections malades justifiant la reconnaissance d'une incapacité de travail, le syndrome de Cushing paraissant objectivement contrôlé et la hernie discale lombaire étant le plus probablement asymptomatique, ou en tous les cas paucisymptomatique.

- 19) Dans un rapport 29 juillet 2014, le Dr G\_\_\_\_\_ a retenu le diagnostic endocrinologique de syndrome de Cushing sur hyperplasie macronodulaire des surrénales avec surrénalectomie gauche en mars 2014 et de probable insuffisance surrénalienne partielle en juillet 2014. Depuis l'intervention de mars 2014, on notait une fatigue constante et invalidante accompagnée notamment de myalgies et de douleurs diffuses prédominant au niveau des pieds à la marche, associée à des céphalées et à un état dépressif dans lequel le syndrome de Cushing pouvait jouer un rôle. Globalement, l'état de l'assuré s'était dégradé malgré le succès de l'intervention. Le bilan biologique avait montré l'absence d'hypercortisolisme résiduel. Le taux de cortisol basal permettait d'écarter une franche insuffisance de la surrénale restante. Toutefois, la cortisolurie de 24 heures était à la limite inférieure de la norme. En conclusion, l'association d'une symptomatologie suggérant une composante d'insuffisance surrénalienne avec une cortisolurie basse

faisait évoquer la possibilité que la glande surrénale restante, même en produisant de façon autonome du cortisol, n'était pas capable d'assurer une sécrétion de cortisol journalière suffisante, en particulier en cas d'effort physique, que l'assuré ne se sentait plus capable de faire. Un traitement substitutif avait été proposé à l'assuré, dont l'état l'empêchait actuellement de reprendre une activité professionnelle. Le Dr G\_\_\_\_\_ appuyait ses démarches auprès de l'OAI au vu de la situation médicale complexe liée à une maladie rare, chronique et actuellement non résolue.

- 20) Dans un rapport du 26 août 2014, le Dr D\_\_\_\_\_ a fait état d'une aggravation de l'état de santé en raison d'une probable insuffisance surrénale apparue en mars 2014, avec une augmentation des difficultés de concentration. L'assuré présentait un état dépressif pour lequel il était suivi. Ce praticien ne pensait pas qu'une reprise du travail soit possible en raison de l'insuffisance surrénale.
- 21) Dans un courrier du 4 septembre 2014 à l'OAI, l'assuré a indiqué qu'il était suivi depuis sept semaines par un psychiatre. Il a exposé qu'une reconversion professionnelle lui semblait inutile en raison de sa santé fragile et de sa capacité de travail de 20 % ou 30 %. Il était titulaire d'une concession d'installateur lui permettant d'exercer sa profession à temps partiel sans trop de stress, et de gérer ses activités selon son état de santé. Depuis plusieurs années, il ne travaillait en Suisse que six mois par an au tarif de CHF 120.- de l'heure et de CHF 60.- en sous-traitance. Le reste de l'année, il travaillait pour un client en Thaïlande. Il avait épousé une Thaïlandaise en 2008.
- 22) Le 27 octobre 2014, le Dr G\_\_\_\_\_ a signalé une légère aggravation de l'état de l'assuré en mars 2014. La situation était complexe, avec une fonction surrénalienne probablement anormale. Bien que le syndrome de Cushing ne soit plus actif, l'état général restait très atteint. La reprise du travail était exclue à court et moyen termes.
- 23) Dans un rapport du 29 octobre 2014, la doctoresse J\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie, a diagnostiqué avec effet sur la capacité de travail un syndrome de Cushing avec surrénalectomie gauche et insuffisance surrénalienne partielle, et un épisode dépressif moyen en lien avec la maladie de Cushing (F 32.2). Depuis l'annonce de cette maladie, l'assuré avait développé un état dépressif avec thymie triste, émotivité accrue, et surtout perte d'élan et de motivation, anhédonie et fatigue importante, et ruminations dévalorisantes en lien avec sa difficulté à assumer son travail. Il présentait des douleurs musculaires diffuses et des céphalées importantes. La psychiatre constatait une thymie triste, une aboulie, une anhédonie, une grande fatigabilité et un repli sur soi. Le pronostic était réservé en raison de l'inefficacité du traitement médicamenteux et du caractère chronique du syndrome de Cushing. L'incapacité de travail en tant qu'électricien était totale depuis 2013. C'était avant tout la grande fatigue qui était invalidante.
- 24) Dans un avis du 4 novembre 2014, la doctoresse K\_\_\_\_\_, médecin au Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) a préconisé la mise en œuvre

d'une expertise pluridisciplinaire comportant des volets de médecine interne, endocrinologie, rhumatologie, neurologie et psychiatrie.

- 25) Le 18 novembre 2014, l'OAI a informé l'assuré de la mise en œuvre de l'expertise proposée par le SMR auprès d'un centre qui serait désigné de manière aléatoire. Il lui a soumis la liste des questions à poser aux experts et lui a imparti un délai pour se déterminer à ce sujet.
- 26) Dans un avis du 2 avril 2015, le docteur L\_\_\_\_\_, médecin au SMR, a noté qu'une expertise neurologique figurait déjà au dossier, si bien que ce volet n'était plus nécessaire. L'atteinte essentielle relevait uniquement de la médecine interne. Ainsi, seul un expert dans ce domaine devait être désigné.
- 27) Par courriel du 8 avril 2015, l'OAI a informé l'assuré que seule une expertise de médecine interne serait mise en œuvre. Elle serait confiée au docteur M\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne. Les questions qui lui seraient posées étaient celles qui avaient déjà été transmises à l'assuré.
- 28) Dans un échange de courriels avec l'OAI en mai 2015, l'assuré s'est notamment plaint du fait qu'on ne l'avait pas informé qu'il pouvait poser des questions au Dr M\_\_\_\_\_. Il avait beaucoup de questions sur ses hormones. Il aurait souhaité des « questions-surprises » pour déterminer les compétences de l'expert sur sa maladie. L'assuré se disait convaincu de l'incompétence du Dr M\_\_\_\_\_, qui ne connaissait pas ce syndrome.
- 29) Le Dr M\_\_\_\_\_ a rendu son rapport d'expertise le 11 mai 2015.

Il y a rappelé le contenu du dossier médical de l'assuré, avant de noter dans l'anamnèse que l'assuré travaillait six mois par an, ce qui lui suffisait pour vivre six mois en Thaïlande ou en voyage. Il avait mis un terme à son entreprise individuelle afin d'avoir droit à l'assistance de l'Hospice général. Il avait interrompu tout traitement en octobre 2014. Ses plaintes portaient sur une fatigue intense ressentie dans les suites opératoires de mars 2014, le sommeil n'étant pas réparateur, et sur des crampes dans les jambes au réveil. Au second plan, il signalait des cervicalgies et des dorso-lombalgies permanentes, devenant insupportables dès qu'il faisait un effort ou se baissait. Il n'y avait pas d'irradiation dans les membres supérieurs ou inférieurs. Parfois, il ressentait une raideur des cuisses. Il avait également des douleurs aux pieds de type fourmillements. Ses douleurs l'empêchaient de marcher plus d'un ou deux km. Il n'arrivait pas à rester debout immobile et pouvait pratiquer le vélo au plus 20 minutes. Il se plaignait également de douleurs thoraciques. Il évoquait des céphalées permanentes depuis l'opération de 2014, bien que présentes depuis longtemps, et des douleurs des olécranes, des épitrochlées et des épicondyles des deux côtés. Enfin, il signalait des cauchemars, un manque d'énergie et une aboulie. Il n'avait pas envie de voir des gens ou d'entreprendre des choses. Il disait présenter des troubles de la concentration et de la mémoire.

Invité à décrire sa vie quotidienne, l'assuré avait indiqué se livrer à des travaux d'écriture en thaï plusieurs heures par jour. Il lisait également des articles consacrés

à la glande surrénale. Il estimait qu'une surrénalectomie totale entraînerait son décès. Il n'avait envie de rien et refusait les mandats de ses clients. Il ne s'estimait pas en état d'envisager une activité adaptée. Il ne pouvait travailler en tant qu'employé car il se fâchait régulièrement avec toute personne qui lui donnait des ordres, s'estimant largement plus compétent.

L'expert a indiqué au sujet du syndrome de Cushing qu'il s'agissait d'une maladie très rare, dans laquelle les surrénales sécrétaient du cortisol de manière inappropriée. Le traitement standard consistait en une surrénalectomie bilatérale permettant de régler l'hypercortisolémie mais rendant nécessaire une substitution définitive en corticoïdes et minéralo-corticoïdes, avec le risque de crises d'insuffisance surrénalienne aiguë. Lorsque l'hypercortisolisme était très modéré, un traitement de kétoconazole pouvait être efficace même à long terme. En l'espèce, l'assuré n'avait plus revu le Dr G \_\_\_\_\_ depuis octobre 2014. Il n'y avait plus eu de bilan. Il avait renoncé au traitement de Prednisone®, jugé inefficace concernant la fatigue, les douleurs, les céphalées ou les troubles dépressifs. L'assuré n'avait pas perdu du poids mais constatait au contraire que son abdomen s'était progressivement développé durant ces derniers mois. Il se plaignait en outre d'une polyurie, d'une polydipsie évoquant un diabète et d'une augmentation de la pression artérielle. Il n'avait pas présenté de crises d'insuffisance surrénalienne mais avait testé à plusieurs reprises le Florinef®, sans avoir constaté d'effet. Il n'était pas exclu qu'une récurrence d'hypercorticisme rende nécessaire dans le futur la totalisation de la surrénalectomie, qui entraînait aussi une fatigue, un manque d'énergie, des difficultés à affronter des situations stressantes malgré le traitement substitutif.

Le Dr M \_\_\_\_\_ constatait que l'assuré apparaissait en bon état général, avec de possibles discrets signes de Cushing tels qu'un visage arrondi et un érythème malaire. Il était hypertendu, présentait une protrusion abdominale et un IMC à 27,9 kg/m<sup>2</sup>. Sur le plan clinique, il n'y avait pas d'autre anomalie. Du point de vue biologique, il n'y avait pas de syndrome de Cushing. Cela contrastait avec l'annonce de multiples symptômes parfois difficiles à décrypter, que l'on retrouvait régulièrement à la lecture du dossier de l'assuré. Ce dernier signalait une fatigue physique extrême, une intolérance au stress et des céphalées d'allure tensionnelle cotées à 10/10 sur l'échelle de la douleur. Cela amenait l'expert à considérer que malgré leur importance, ces céphalées n'avaient pas d'impact sur la capacité de travail, puisque l'assuré avait pu travailler entre 2004 et 2013. Tous les experts qui l'avaient examiné avaient relevé des discordances et une amplification des symptômes, rendant ainsi délicate l'appréciation d'une asthénie qu'il annonçait sévère. Cette asthénie ne résultait pas d'une anomalie de sécrétion de cortisol, dont le taux sérique mesuré le 8 mai 2015 était normal. L'assuré décrivait des dorso-lombalgies handicapantes comme en 1999, qui ne l'avaient pas empêché de travailler ces dernières années. Les douleurs rachidiennes, tant au niveau cervical que lombaire, n'avaient pas de substrat organique, les troubles dégénératifs et les

---

discopathies débutantes étant banals. L'examen clinique ne montrait ni limitation fonctionnelle, ni signe d'atteinte radiculaire. L'assuré faisait état de troubles de la thymie, de troubles anxieux, de ruminations incessantes et d'aboulie, soit une symptomatologie déjà énumérée lors de l'expertise du Dr C\_\_\_\_\_ en 2003. Enfin, il existait un état de déconditionnement majeur contribuant à un sentiment de perte d'énergie et de fatigue, ainsi qu'un possible syndrome d'apnées obstructives du sommeil, à investiguer. Aucune limitation fonctionnelle significative n'était relevée. Les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail étaient un syndrome de Cushing sur hyperplasie macronodulaire des surrénales, avec surrénalectomie gauche par laparoscopie en mars 2014 et probable insuffisance surrénalienne partielle en juillet 2014 ; et les diagnostics sans incidence sur la capacité de travail une hypertension artérielle, une surcharge pondérale, des cervicalgies sur uncarthrose C3-C4 droite et discopathies étagées, des dorso-lombalgies chroniques; une hernie discale L3-L4, une discopathie L5-S1 ; et des céphalées de tension chronique. La capacité de travail était complète à plein temps sans diminution de rendement dans l'activité habituelle. Elle avait été nulle du 16 mars 2013 au 15 avril 2014 en raison des divers accidents puis du syndrome de Cushing. Elle était à nouveau complète depuis le 16 avril 2014.

- 30) Dans un avis du 8 juin 2015, le docteur L\_\_\_\_\_, médecin au SMR, a qualifié l'expertise de convaincante. Il n'y avait pas lieu de s'écarter de ses conclusions. Compte tenu de l'absence de sévérité de l'atteinte psychique - l'assuré n'ayant pas été suivi pendant un séjour de six mois en Thaïlande et ne prenant pas de traitement antidépresseur - il n'y avait jamais eu d'incapacité de travail durable.
- 31) Selon l'extrait de compte individuel AVS du 29 juin 2015, le recourant a réalisé des revenus de CHF 9'333.- en 2013 et en 2014.
- 32) Dans une note du 8 septembre 2015, l'OAI a retenu un statut d'actif indépendant à 50 %, dès lors que l'assuré vivait entre 5 et 6 mois par an en Thaïlande.
- 33) Dans un courrier du 4 novembre 2015, l'assuré s'est plaint auprès de l'OAI de ce que ce dernier ait refusé de prendre en charge des cours d'anglais. Il sollicitait un courrier indiquant pourquoi il n'avait pas droit à une réinsertion professionnelle. Il a joint de la documentation concernant le syndrome de Cushing.
- 34) Le 6 novembre 2015, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision niant son droit aux prestations. Selon le SMR, il n'y avait pas d'incapacité de travail d'une année, ce qui excluait le droit à des prestations financières. Des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées, puisque la capacité de travail de l'assuré était entière dans toute activité.
- 35) Dans un courrier intitulé « Incompétence de vos services (questions pour le tribunal) » adressé à l'OAI le 9 novembre 2015, l'assuré a notamment fait valoir qu'il travaillait en qualité de sous-traitant pour un revenu hebdomadaire de CHF 2'400.- en 2011 et 2012 pour N\_\_\_\_\_. Il a demandé à l'OAI pourquoi il n'avait pas obtenu une proposition de réinsertion professionnelle malgré la lettre du

Dr G\_\_\_\_\_, et pourquoi l'expertise avait eu lieu chez un généraliste ne connaissant rien à sa maladie. Il a imparti un délai à l'OAI pour répondre à diverses autres questions, à l'issue duquel il porterait plainte.

36) Par courrier du 11 novembre 2015, l'assuré a contesté la validité du rapport du Dr M\_\_\_\_\_ et sollicité une expertise pluridisciplinaire. Son assurance-accidents avait pris en charge son incapacité de travail du 15 avril 2013 au 15 février 2014. Ses certificats médicaux attestaient d'une incapacité de travail d'une année. Il s'est référé au courrier du Dr G\_\_\_\_\_ du 31 juillet 2014, attestant de son incapacité de travail. Il a précisé qu'il avait un doigt cassé depuis le 8 mai 2015, deux tendinites, et qu'il devrait prochainement subir une intervention.

37) Par courrier du 12 novembre 2015, l'assuré a indiqué à l'OAI qu'il ne se sentait absolument pas capable d'exercer sa profession. Il lui laissait un délai au 13 novembre 2015 pour revenir sur sa décision.

Il a notamment produit un certificat du 27 octobre 2015 du Dr H\_\_\_\_\_, retenant une indication à un traitement par injections de toxine botulique pour ses céphalées quotidiennes.

38) Le 17 novembre 2015, l'assuré a adressé un courrier à l'OAI, déclarant s'opposer à sa décision de refus (*sic*). Il a énuméré les questions qui feraient l'objet de son recours et affirmé qu'il présentait une incapacité de travail depuis plus d'une année et qu'il était incapable de gain en raison d'une maladie d'Addison, qui excluait tout stress. Il a joint à son envoi divers documents, dont une fiche d'information sur le métier d'électricien et un extrait de wikipedia concernant la maladie d'Addison (insuffisance surrénalienne chronique primaire).

39) Le 21 novembre 2015, l'assuré s'est derechef adressé à l'OAI, affirmant que son état de santé ne lui permettait pas de supporter le stress lié au métier d'électricien. Aucune entreprise ne voulait l'engager et aucune assurance ne voulait couvrir sa perte de gain. Il requérait du SMR et du Dr M\_\_\_\_\_ une attestation de sa capacité de travail dans son activité professionnelle, ce qui lui permettrait de retrouver un emploi.

40) Le 29 novembre 2015, l'assuré a adressé un nouveau courrier à l'OAI, dont le contenu reprenait certains arguments développés dans ses précédentes correspondances. Il y a joint plusieurs certificats d'incapacité de travail.

41) Dans un certificat du 1<sup>er</sup> décembre 2015, le Dr G\_\_\_\_\_ a rappelé que l'assuré souffrait d'un syndrome de Cushing d'origine surrénalienne. Cet hypercortisolisme avait significativement altéré son état général ces dernières années, avec une fatigue importante, une faiblesse musculaire, des douleurs diffuses et des troubles du sommeil, parallèlement à des répercussions métaboliques comme une surcharge pondérale, une hypertension artérielle difficile à traiter ainsi qu'un pré-diabète. Depuis l'exérèse de la surrénale gauche en mars 2014, les paramètres biologiques s'étaient sensiblement améliorés, mais l'assuré restait très symptomatique et éprouvait une grande difficulté à supporter les situations de stress. Cela pouvait

s'expliquer par la fonction non physiologique de la surrénale restante. Dans ce contexte, l'assuré n'avait plus été en mesure d'exercer sa profession. Il cherchait un moyen de se réinsérer dans un domaine moins exigeant. Il devait bénéficier d'un environnement professionnel adapté à sa pathologie.

- 42) Le 2 décembre 2015, le Dr L\_\_\_\_\_ a préconisé la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique.
- 43) Le 4 décembre 2015, l'OAI a communiqué à l'assuré son intention de mandater le docteur O\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie, pour une expertise, et lui a transmis les questions qui lui seraient soumises. L'assuré pouvait poser des questions complémentaires.
- 44) A la même date, l'assuré a contesté l'expertise du Dr M\_\_\_\_\_, qui n'était selon lui ni crédible ni équitable. Il a notamment affirmé que l'insuffisance surrénalienne ne pouvait être établie par une prise de sang, comme l'avait fait le Dr M\_\_\_\_\_. Il demandait une réévaluation.
- 45) Dans un courrier du 7 décembre 2015, l'assuré a notamment indiqué à l'OAI qu'il souhaitait devenir professeur de golf et bénéficier de cours d'anglais.
- 46) Par courriel du 8 décembre 2015 à l'OAI, l'assuré a affirmé qu'il avait enregistré la conversation avec le Dr M\_\_\_\_\_ et « qu'il pourrait l'inculper ». Il avait encore quelques surprises pour l'OAI.
- 47) Dans son courrier du 11 décembre 2015 à l'OAI, l'assuré a fait part de plusieurs questions pour le Dr O\_\_\_\_\_, portant notamment sur la physiologie du syndrome de Cushing, sur le salaire d'un électricien, sur les revenus qu'il avait réalisés, sur son droit à une réinsertion professionnelle, sur la rémunération du Dr O\_\_\_\_\_ et ses rapports avec l'OAI.
- 48) Dans son courriel du 6 janvier 2015 à l'OAI, l'assuré a affirmé que la valeur de cortisol mesurée par le Dr M\_\_\_\_\_ était supérieure aux limites de la norme, laquelle se situait entre 64 et 327 nmol.
- 49) En janvier 2015, l'assuré a adressé plusieurs courriers à l'OAI, contestant certaines affirmations de l'expert, lui transmettant des articles de presse et divers documents, dont une autorisation d'autopsie sur sa dépouille.

Dans ce cadre, l'OAI a notamment reçu de l'assuré le 15 janvier 2015 un rapport établi le 3 novembre 2015 par le docteur P\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie de la main, indiquant que six mois après un *mallet finger* osseux du 4<sup>ème</sup> doigt de la main droite, le résultat était bon car très peu douloureux. L'examen clinique révélait une subluxation clinique des nerfs ulnaires des deux côtés. L'assuré se plaignait de paresthésies dans les deux derniers doigts, ainsi que de douleurs.

- 50) Le Dr O\_\_\_\_\_ a établi son rapport le 11 février 2016. Il a précisé qu'il s'était adjoint le concours d'une psychologue. Il avait reçu l'assuré à trois reprises et l'avait soumis à des tests psychométriques. Il s'était également entretenu avec son

psychiatre traitant. Il a rappelé le contenu des rapports médicaux avant de relater son anamnèse personnelle, professionnelle et familiale.

L'expert a confirmé les diagnostics de trouble somatoforme persistant retenu en 2003. La dépendance existant à l'époque pour les benzodiazépines et l'alcool avait disparu. A l'époque, le Dr C\_\_\_\_\_ avait retenu des traits de la personnalité émotionnellement labile de type impulsifs et anankastiques, alors que le Dr O\_\_\_\_\_ objectivait un trouble de la personnalité mixte, émotionnellement labile de type impulsif et narcissique, actuellement non décompensé. Depuis fin 2013, l'assuré avait développé un épisode dépressif qualifié de moyen par sa psychiatre, ce qui semblait compatible avec l'anamnèse. En revanche, le code F 32.2 retenu par la même praticienne, correspondant à un épisode dépressif sévère isolé sans symptômes psychotiques, était écarté. Cet épisode dépressif moyen avait justifié un suivi psychiatrique de février 2014 à fin 2014, avec des essais de traitements antidépresseurs interrompus en raison des effets secondaires. Le Dr O\_\_\_\_\_ s'interrogeait sur la compatibilité des antidépresseurs avec le status endocrinien de l'assuré, sans pouvoir répondre d'une façon claire à cette question. En revanche, les séances mensuelles plutôt qu'hebdomadaires ne paraissaient pas adéquates, et on pouvait conclure que l'assuré n'avait pas bénéficié d'une psychothérapie spécifique, pourtant nécessaire. Plusieurs éléments objectifs plaidaient pour une amélioration thymique survenue au début de l'année 2015, après le départ de l'assuré en Thaïlande, où il avait pu suivre des cours pour devenir professeur de golf, malgré l'absence de traitement psychiatrique. L'assuré expliquait avoir raté l'examen final de professeur de golf à cause de douleurs somatiques, mais pas en lien avec des troubles psychiques. Il avait en outre sollicité la prise en charge de cours d'anglais, ce qui allait à l'encontre d'une aboulie ou d'autres limitations fonctionnelles psychiques significatives. Le Dr M\_\_\_\_\_ n'avait pas non plus retenu de limitation au plan psychique et mental chez un assuré qui n'était plus pris en charge d'un point de vue psychiatrique, et qui ne prenait pas de traitement psychotrope. Le psychiatre traitant actuel avait en outre considéré qu'un suivi mensuel et non hebdomadaire était suffisant, et il ne prescrivait pas de traitement antidépresseur plus important que le millepertuis. Le Dr G\_\_\_\_\_ avait considéré que l'ancienne profession d'électricien n'était pas adaptée en raison d'une incapacité de supporter le stress liée au problème endocrinologique. L'expert psychiatre n'était pas compétent pour se déterminer sur ce point, qui devrait être clarifié au plan endocrinologique. Le Dr G\_\_\_\_\_ ne décrivait pas de troubles psychiatriques provoqués directement par le trouble endocrinologique au moment de son examen clinique en 2015, et il estimait que l'assuré pourrait travailler dans une activité moins stressante, ce qui plaide également pour l'absence d'une aboulie et d'autres limitations psychiques significatives contre-indiquant toute activité professionnelle. L'expert ne savait pas si les plaintes douloureuses de l'assuré s'inscrivaient dans le contexte d'un trouble somatique endocrinien rare ou de l'ancien trouble somatoforme douloureux. Ce deuxième point devrait être clarifié au niveau somatique. Les critères jurisprudentiels de gravité n'étaient pas

remplis pour un éventuel trouble somatoforme douloureux persistant, en l'absence d'un épisode dépressif sévère et de l'absence d'une perte totale de l'intégration sociale. La présentation clinique de l'assuré au moment de l'expertise, l'absence d'aboulie, l'absence de ralentissement psychomoteur et la conservation des capacités de concentration, mnésiques et de réflexion nettement au-dessus de la moyenne, allaient également à l'encontre d'un épisode dépressif significatif avec des limitations fonctionnelles.

De fin 2013 à fin 2014, les diagnostics étaient ceux d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F 33.0) et de trouble mixte de la personnalité émotionnellement labile et narcissique (F 60.8) avec comme limitations une aboulie, des troubles de la concentration, une difficulté à gérer le stress, une labilité émotionnelle, une impulsivité, une fatigue avec ralentissement psychomoteur et un isolement social partiel. Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2015, un épisode dépressif léger (F 33.0) et un trouble mixte de la personnalité émotionnellement labile et narcissique (F 60.8) étaient retenus. Ils entraînaient une difficulté à gérer le stress, une labilité émotionnelle, une impulsivité, une fatigue sans ralentissement psychomoteur et un isolement social partiel.

L'expert avait invité l'assuré à énumérer par écrit ses plaintes. Ce dernier avait notamment indiqué que sa glande surrénale lui manquait énormément, que la vie avec une glande présentant deux tumeurs était très difficile. Il se fatiguait très vite et ne supportait aucun stress sans prise de cortisol, qui lui était déconseillée par son endocrinologue et lui donnait des maux de tête. Il avait une diminution du plaisir et n'avait plus envie de voir les gens. Il présentait en outre d'importantes insomnies, des douleurs sous les pieds, des douleurs musculaires diffuses et des douleurs cervicales. Il faisait des cauchemars et avait des nausées. Il était irritable et avait de fréquents changements d'humeur. Il se disait prêt à travailler avec des animaux de façon indépendante, sans contrainte et sans stress, sans horaire fixe, en tant que professeur de golf à raison de trois heures par jour ou de garde-chasse indépendant à temps partiel selon son humeur et sa fatigue. Il affirmait que son dernier revenu avait été de CHF 11'000.-.

L'expert a retenu que ces plaintes n'avaient aucun retentissement dans la vie quotidienne de l'assuré, en dehors d'une fatigue subjective, d'une intolérance au stress avec labilité émotionnelle et d'une irritabilité et d'une diminution de la vie sociale. En effet, l'assuré conservait une hygiène personnelle correcte, il arrivait à faire les courses avec son épouse, même s'il n'effectuait pas les tâches ménagères lourdes à cause de ses douleurs. Son épouse avait tendance de s'occuper de tout, conformément à la culture asiatique. L'assuré disait étudier la loi pour faire un procès à l'OAI, apprendre l'anglais, jouer aux échecs sur son ordinateur durant deux à trois heures par jour et lire. Il étudiait la vie « sans glandes surrénales », regardait la télévision, faisait de la marche à pied et du vélo.

Lors du status, l'expert n'avait pas noté de ralentissement psychomoteur, ni agitation. La mimique de l'assuré était adéquate et son visage expressif. La thymie

était très légèrement abaissée, avec un faciès expressif. On retenait une baisse thymique dans le passé de l'assuré, lors des accidents et de la maladie de son père selon l'anamnèse. La voix était de tonalité normale. Le cours de la pensée était normal, sans trouble ni attitude d'écoute ou bizarreries du comportement compatibles avec des symptômes psychotiques. L'assuré n'adoptait pas de position antalgique, ni de mimique algique durant les entretiens. Il démontrait d'excellentes capacités intellectuelles, de concentration et de raisonnement, citant de mémoire des aspects précis de son dossier administratif de plus de 500 pages, de l'expertise controversée du Dr M\_\_\_\_\_ et de divers articles de lois. Le Dr O\_\_\_\_\_ soulignait l'absence de fatigue lors des trois discussions d'une durée d'au moins une heure avec lui et avec la psychologue. Les tests révélaient également de très bonnes capacités intellectuelles et de concentration. La concentration et les capacités cognitives étaient pleinement conservées.

L'assuré avait présenté une consommation éthylique nocive de 2003 à 2006. Il avait depuis fortement diminué sa consommation. L'expert retenait une dépendance aux benzodiazépines, utilisation continue (F 13.25), qui évoluait avec des hauts et des bas depuis plusieurs années, et qui était primaire puisqu'elle avait largement précédé l'éclosion de l'épisode dépressif.

L'analyse des critères majeurs de la dépression selon la CIM-10 ne mettait pas en évidence les trois critères nécessaires pour évoquer un diagnostic d'épisode dépressif sévère. La tristesse n'était pas présente durant la plupart de la journée et n'était pas incapacitante. L'anhédonie était partielle et la fatigue subjective, sans ralentissement psychomoteur objectivable. L'assuré faisait état de moments de plaisir partagés avec plusieurs membres de son entourage, ce qui permettait d'exclure une anhédonie, bien qu'une diminution des plaisirs fût retenue. Le critère de la réduction de l'énergie ou de l'augmentation de la fatigabilité était présente d'un point de vue subjectif, mais sans ralentissement psychomoteur objectivable, et diverses activités restaient possibles. L'assuré décrivait une estime de soi actuellement en baisse, alors qu'il avait une très bonne confiance en lui dans le passé, selon l'anamnèse. Le critère de la culpabilité n'était pas retenu car l'assuré n'exprimait pas de telle idée. Au contraire, il disait subir sa maladie et les injustices de l'OAI. Il n'avait pas d'idées de mort. Il décrivait des troubles du sommeil, toutefois sans répercussions significatives sur les activités de la vie quotidienne d'un point de vue psychiatrique. S'agissant du critère de l'appétit, il avait pris 8 kg en un an. Sur l'échelle de la dépression de Hamilton, l'assuré avait un score correspondant à une dépression légère.

En conclusion, l'expert a retenu un épisode dépressif récurrent moyen avec syndrome somatique, actuellement en rémission partielle, dans le sens d'un épisode dépressif léger récurrent. Il avait pu exclure la présence de troubles bipolaires ainsi qu'un trouble hyperactif avec déficit d'attention.

Le Dr O\_\_\_\_\_ ne constatait pas de troubles anxieux spécifiques, les symptômes anxieux résiduels objectivés s'inscrivant dans le contexte d'épisodes dépressifs

récurrents moyens et actuellement légers et d'un trouble de la personnalité mixte émotionnellement labile et narcissique.

L'expert s'est encore penché sur les critères diagnostiques du syndrome douloureux somatoforme persistant et les critères de gravité tels qu'ils ressortaient de la jurisprudence prévalant jusqu'en juin 2015. Dans ce contexte, il a noté l'absence de comorbidité psychiatrique importante. Le critère relatif au processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable était rempli au vu des affections corporelles endocrinologiques chroniques. Il n'y avait en revanche pas de perte d'intégration sociale, car l'isolement de l'assuré n'était que partiel. Le critère de l'échec de traitements en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée n'était pas rempli du point de vue psychiatrique au vu de l'amélioration symptomatique objectivée. Il n'existait pas d'argument en faveur d'un état psychique cristallisé, chez un assuré qui décrivait des activités qui seraient encore possibles. L'expert notait un décalage entre les plaintes subjectives et le constat objectif au niveau de troubles de la concentration. De plus, il n'y avait pas de postures antalgiques. Toutefois, en prenant en compte l'ensemble du tableau clinique, il ne retenait pas d'exagération consciente des plaintes. Partant, au cas où un diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant serait retenu, l'expert concluait à l'absence de facteurs de gravité jurisprudentiels. Les rapports en sa possession suggéraient que les douleurs de l'assuré ne pouvaient vraisemblablement être entièrement expliquées par un trouble somatique, malgré un substrat organique probablement existant. Dans ce contexte, il retenait des facteurs psychologiques ou comportementaux associés à des troubles ou des maladies classées ailleurs (F 54). En effet, selon les critères diagnostiques de la CIM-10, lorsqu'une douleur pouvait être expliquée par un mécanisme physio-pathologique connu ou présumé, mais qu'il existait des arguments en faveur du rôle étiologique de facteurs psychologiques, on devait porter d'une part un diagnostic de facteurs psychologiques ou comportementaux associés à des troubles ou des maladies classées ailleurs, et d'autre part un diagnostic figurant dans un autre chapitre de la CIM-10. Dans le cas présent, si un substrat organique devait être retenu, il convenait de poser le diagnostic de facteurs psychologiques ou comportementaux associés à des troubles ou des maladies classées ailleurs, plutôt que le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant.

S'agissant du trouble de la personnalité, l'expert a rappelé les critères diagnostiques avant de souligner que l'assuré présentait des comportements durables et stables nettement disharmonieux dans plusieurs secteurs du fonctionnement, ce qui permettait de conclure à la présence d'un trouble de la personnalité. Il s'agissait d'un trouble mixte de la personnalité, avec des éléments narcissiques, et émotionnellement labile de type impulsif, qui décompensait ponctuellement dans un contexte financier difficile et de la découverte d'un trouble endocrinologique pas encore stabilisé. Les traits de la personnalité émotionnellement labile de type impulsif avaient déjà été objectivées par le Dr C\_\_\_\_\_, alors que les traits

narcissiques avaient été objectivés à plusieurs reprises durant l'expertise (estime de soi, positionnement par rapport aux autres, attentes de la part des autres, empathie, idée de l'assuré donner son nom à son trouble endocrinologique etc.). Ce trouble avait favorisé l'instabilité affective et l'instabilité professionnelle, de même que des actions impulsives, mais ne constituait pas en soi une incapacité de travail, car il était présent depuis plusieurs années, notamment lorsque l'assuré travaillait encore. Le Dr O\_\_\_\_\_ a encore précisé qu'un trouble de l'adaptation pouvait être exclu.

Les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail étaient les suivants : épisode dépressif récurrent moyen avec syndrome somatique, actuellement en rémission partielle, dans le sens d'un épisode dépressif léger récurrent (F 33.11 / F 33.0), dépendance primaire aux benzodiazépines, utilisation continue (F 13.25). Les diagnostics sans incidence sur la capacité de travail étaient ceux de troubles mixtes de la personnalité, avec des éléments narcissiques et émotionnellement labiles de type impulsif (F 61.0) ; de facteurs psychologiques ou comportementaux associés à des troubles ou des maladies classées ailleurs versus trouble douloureux somatoforme persistant, sans critères jurisprudentiels remplis, et de difficultés liées à l'emploi et au chômage (Z 56).

S'agissant des questions posées par l'assuré, le Dr O\_\_\_\_\_ a souligné qu'elles dépassaient souvent le cadre d'une expertise psychiatrique. Il avait essayé de répondre directement à certaines de ces questions au moment de l'expertise, tout en lui suggérant d'adresser les autres questions soit à son endocrinologue, soit à l'OAI, soit au Dr M\_\_\_\_\_ ou à un juriste. L'expert a préconisé la mise en place d'un traitement psychothérapeutique spécifique, idéalement hebdomadaire, ciblant le trouble mixte de personnalité et la dépendance aux benzodiazépines. La coopération de l'assuré semblait ambivalente, mais globalement bonne pour des mesures de réadaptation. Un coaching personnel réalisé avec tact permettrait de favoriser la reprise professionnelle, pour autant que l'endocrinologue de l'assuré puisse le rassurer quant aux activités adaptées d'un point de vue somatique. Des mesures de réadaptation professionnelle étaient envisageables dans toute activité adaptée au niveau d'acquisition et au status somatique à 100 %, avec une baisse de rendement de 30 % d'un point de vue purement psychiatrique. Ces mesures pourraient réduire le risque de rechute dépressive, pour autant qu'elles soient associées à une psychothérapie hebdomadaire ciblant avec tact le trouble de la personnalité, les bénéfices primaires et secondaires et la motivation de l'assuré. Ces mesures de réadaptation devraient être précédées d'un bilan de compétences et être mises en œuvre après discussion avec l'endocrinologue traitant des activités adaptées d'un point de vue somatique. Du point de vue psychique, la capacité de travail était actuellement de 100 % avec une baisse de rendement de l'ordre de 30 % dans toute activité adaptée au status somatique, en raison des limitations fonctionnelles. Une incapacité de travail totale pour motifs psychiques était retenue entre fin 2013 et le 31 décembre 2014. Au plan médico-théorique, on pouvait s'attendre à un meilleur rendement dans les six à douze mois, avec une probabilité

de l'ordre de 50 % en cas de psychothérapie hebdomadaire. Le pronostic dépendait largement de l'évolution endocrinologique.

- 51) Par courriel du 18 février 2016 à l'OAI, l'assuré a contesté certains aspects du rapport du Dr O\_\_\_\_\_, qu'il a néanmoins qualifié de « plus ou moins vrai ». Il est revenu sur l'incidence du syndrome de Michel (*sic*) sur la profession d'électricien.
- 52) Par courriel du 8 mars 2016, l'assuré a commenté les conflits d'intérêts des médecins. Il a noté que son endocrinologue attendait d'être interrogé sur son état de santé.
- 53) Dans un avis du 14 mars 2016, le Dr L\_\_\_\_\_ a retenu que l'expertise du Dr O\_\_\_\_\_ était pleinement convaincante et qu'il convenait de se rallier à ses conclusions. Il fallait considérer que la capacité de travail avait été nulle du 16 mars 2013 au 31 décembre 2014, puis pleine dans toute activité dès le 1<sup>er</sup> janvier 2015.
- 54) Informé par l'OAI de la mise en œuvre d'une enquête ménagère, l'assuré a indiqué dans un courrier du 3 mai 2016 que sa maladie ne causait aucun empêchement dans ses activités quotidiennes telles que ménage, lessive, repas, courses et tâches administratives. Elle avait uniquement des effets dans les activités stressantes et physiques.
- 55) Le 9 novembre 2016, l'OAI a invité l'assuré à lui indiquer les activités qu'il avait déployées à l'étranger et les revenus qu'il en avait tirés, ainsi qu'à produire tous les documents utiles dans ce contexte.
- 56) Par courrier du 11 novembre 2016, l'assuré a précisé à l'OAI qu'il avait travaillé en Thaïlande en tant que professeur de tennis, guide touristique, explorateur, instructeur de plongée, traducteur thaï-français, monteur en installations solaires pour les indiens karen et lizu, fabricant de pièges à poissons, éleveur de perroquets, guide en moto enduro dans la jungle, assistant en montage de sociétés pour étrangers. Le temps consacré dépendait des demandes et de ses disponibilités, car il était principalement en Thaïlande en vacances chez son épouse avec un visa de touriste et non de travail. Il n'avait ni comptabilité ni contrat de travail, car ces activités étaient des passe-temps rémunérés par des services, par exemple le gîte et le couvert, un repas, l'hospitalité. Il était interdit de travailler sans visa en Thaïlande.
- 57) Dans une note du 27 janvier 2017, l'OAI a retenu que les activités exercées en Thaïlande pourraient être considérées comme des loisirs, lesquels ne rentraient pas en compte dans l'évaluation de l'invalidité. Cependant, sans indice dans ce sens, il fallait considérer que la part non professionnelle était dévolue à des activités ménagères. Partant, il fallait retenir un statut mixte avec 50 % dans la part professionnelle et 50 % dans la part ménagère. Subsidièrement, un délai pourrait être imparti à l'assuré afin de le rendre attentif à l'incidence d'absence de preuve de ses activités et de ses rémunérations en Thaïlande.

- 
- 58) Par courrier du 16 mai 2017, l'OAI a transmis à l'assuré l'avis du SMR du 14 mars 2016. Il a indiqué qu'une décision lui octroyant une rente limitée dans le temps lui serait prochainement adressée.
- 59) Par décision du 8 août 2017, l'OAI a reconnu le droit de l'assuré à une demi-rente d'invalidité du 1<sup>er</sup> juin 2014 au 31 mars 2015. Il a retenu une incapacité de travail totale de mars 2013 à décembre 2014. Compte tenu du statut mixte et de la pondération de la part professionnelle à 50 %, son degré d'invalidité était de 50 %.
- 60) Par courriels des 4 et 5 septembre 2017 à l'OAI, l'assuré a sollicité des explications sur le statut mixte. Il a affirmé avoir toujours travaillé en Suisse à 100 %, avec une moyenne de « vacances pour raisons touristiques » de 5 mois par an durant les dix dernières années. Les différents travaux à l'étranger relevaient de hobbies à 99 % et de travail bénévole à 1 %.
- 61) Par courriel du 6 septembre 2017 à l'OAI, l'assuré a contesté la prise en compte des loisirs dans le calcul de l'invalidité.
- 62) Par écriture du 13 septembre 2017, l'assuré, par son mandataire, a interjeté recours contre la décision de l'OAI. Il a conclu, sous suite de dépens à fixer selon la note d'honoraires qui serait produite à l'issue des échanges d'écritures, à son annulation et à ce qu'il soit dit que le recourant devait se voir reconnaître une rente entière depuis le 1<sup>er</sup> avril 2014 pour une durée indéterminée, subsidiairement à une expertise endocrinologique afin de confirmer que le recourant présentait une diminution de rendement dans une activité adaptée, respectivement au renvoi de la cause à l'intimé pour expertise endocrinologique.

Il a affirmé qu'il exerçait une activité professionnelle saisonnière et ne pouvait donc être considéré autrement qu'actif à plein temps. Sa situation n'était pas comparable à celle d'une personne travaillant à temps partiel pour des motifs d'ordre familial en vue d'assumer ses tâches domestiques. Une partie importante de son activité en Suisse relevait de la gestion et de la direction de son entreprise, et ne pouvait être facturée. Cela expliquait ses faibles revenus. Ses absences pour vacances ne pouvaient être assimilées à une volonté de travailler à temps partiel. Le recourant a en outre souligné que l'intimé n'avait jamais approfondi la problématique d'ordre endocrinologique. Il s'était uniquement fondé sur l'expertise psychiatrique établie par le Dr O\_\_\_\_\_, sans investiguer le syndrome de Cushing, comme ce dernier l'avait préconisé. L'intimé aurait à tout le moins dû consulter le Dr G\_\_\_\_\_, qui avait récemment attesté d'une perte de rendement de 80 % dans l'activité d'électricien et de 50 % dans une activité adaptée. Le recourant s'en remettait à justice s'agissant du point de savoir si l'expertise endocrinologique devait être ordonnée par la chambre de céans ou la cause renvoyée à l'intimé à cet effet.

Le recourant a notamment produit les pièces suivantes à l'appui de son recours :

- a. décision de la Vice-Présidente du Tribunal civil lui octroyant l'assistance juridique;

b. rapport du 11 septembre 2017 du Dr G\_\_\_\_\_, indiquant que le syndrome de Cushing diagnostiqué en 2013 était une pathologie plutôt rare s'expliquant par une hypersécrétion de cortisol par plusieurs tumeurs bénignes touchant les deux glandes surrénales. Les investigations avaient démontré que l'hypersécrétion de cortisol provenait majoritairement de la surrénale gauche, raison pour laquelle elle avait été enlevée. Depuis lors, l'excès de cortisol était sous contrôle, mais la surrénale droite restait anormale, contenant plusieurs tumeurs bénignes avec une fonction surrénalienne très probablement altérée. Comme les surrénales et le cortisol participaient à l'adaptation de l'organisme au stress, le recourant présentait une probable dérégulation de son adaptation au stress. En cas de récurrence de l'hypersécrétion de cortisol, l'ablation de la surrénale droite pourrait s'avérer nécessaire. Suite à la surrénalectomie gauche, une partie des troubles s'était améliorée, mais d'autres symptômes avaient perduré, comme les troubles de l'humeur, les maux de tête et les douleurs, notamment dorsales. Actuellement, le recourant présentait une fatigue résiduelle, avec besoin accru de repos et de sommeil, ce qui l'empêchait d'être actif comme avant, ainsi qu'une intolérance aux situations de stress se manifestant par d'importants maux de tête, une élévation de sa tension artérielle avec tachycardie ainsi qu'un état d'épuisement dont il récupérait difficilement. Les symptômes directement liés à un excès de cortisol s'étaient en bonne partie résolus, mais les symptômes actuels étaient très probablement dus à la fonction anormale de la surrénale droite. En effet, bien qu'il soit très difficile de le prouver par des tests biologiques, le Dr G\_\_\_\_\_ pensait que la production actuelle de cortisol était sans doute suffisante lorsque le recourant était au repos, mais qu'en cas de stress ou d'efforts importants, sa glande surrénale n'était probablement pas capable d'augmenter sa production de cortisol pour faire face à cette situation. La prise de cortisone n'avait pas permis de soulager totalement le recourant. La situation pouvait rester stable pour une période indéterminée ou éventuellement s'aggraver si l'excès de production de cortisol par la surrénale droite s'amplifiait. En cas de surrénalectomie droite, le recourant serait complètement insuffisant surrénalien et nécessiterait alors un traitement de substitution hormonale, qui ne lui permettrait toutefois pas de retrouver 100 % de ses capacités antérieures. Bien que le Dr G\_\_\_\_\_ ne l'ait pas connu à cette époque, le recourant avait semblé-il être un électricien indépendant très actif et efficace, travaillant vite. Il était évident que sa maladie avait réduit significativement son rendement. La fatigue et les maux de tête étant les éléments clefs de toute surcharge imposée au recourant, le Dr G\_\_\_\_\_ pensait qu'en l'état, il n'était pas capable de travailler à plein temps, même dans une activité adaptée. Il considérait que la capacité de travail actuelle n'excédait pas 50 %, voire 60 %. Partant, il estimait la baisse de rendement entre 40 à 50 %, tenant compte de la pathologie endocrinienne. En revanche, le recourant était en mesure de mener à bien ses activités habituelles si elles n'étaient pas trop stressantes ou trop longues. Il était cependant également empêché dans ce

---

domaine par rapport au passé, puisqu'il avait toujours été très actif et ne pouvait plus maintenir de telles activités à l'heure actuelle.

- 63) Dans sa réponse du 9 novembre 2017, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il a noté s'agissant du statut que conformément à la jurisprudence, les activités exercées en Thaïlande, dont il n'était pas établi qu'elles fussent rémunérées, pourraient être considérées comme des hobbies. Cependant, sans indice concluant dans ce sens, il fallait partir du principe que la part d'activité non affectée à la sphère professionnelle était consacrée à la tenue du ménage, raison pour laquelle un statut mixte avec une activité professionnelle à 50 % avait été retenu. S'agissant de la capacité de travail, le SMR s'était déterminé sur les nouveaux éléments médicaux. L'intimé se ralliait à son avis, produit à l'appui de son écriture. Il en ressortait que la capacité de travail du recourant était de 50 % à 60 % dans toute activité. Ainsi, si la capacité de travail du recourant était égale, voire supérieure au taux d'activité professionnelle, il n'y avait pas de perte de gain dans ce champ.

Selon l'avis joint établi par la doctoresse Q\_\_\_\_\_, médecin au SMR, le 7 novembre 2017, les explications fournies par le Dr G\_\_\_\_\_ étaient claires et emportaient la conviction. Il en ressortait que le recourant disposait d'une capacité de travail de 50 %, voire 60 % dans toute activité.

- 64) Par réplique du 31 janvier 2018, le recourant a persisté dans ses conclusions en précisant que la mise en œuvre d'une expertise endocrinologique n'était plus de mise. Il a allégué qu'il avait consacré sept à huit mois par an à la gestion de son entreprise d'électricité et quatre à cinq mois par an à des vacances. Le statut d'actif à temps partiel était partant erroné. S'agissant de sa capacité de travail, la Dresse J\_\_\_\_\_ avait confirmé les conclusions du Dr O\_\_\_\_\_ et retenu une incapacité de travail complète en 2014. Il était incontesté que le recourant présentait un taux d'incapacité de travail de 30 % pour motifs psychiatriques, et de 45 % correspondant à la moyenne de l'estimation du Dr G\_\_\_\_\_, soit un taux total de 75 %. Partant, il convenait de lui reconnaître une rente entière d'invalidité à partir du 1<sup>er</sup> avril 2014. S'il fallait ne pas retenir un taux d'activité à temps complet, compte tenu de la période moyenne passée en Suisse de 7.5 mois, le taux d'activité était de 70.83 % ( $[7.5 \text{ mois} \times 100 \% / 12 \text{ mois}] + 8.33 \% \text{ correspondant au droit aux vacances}$ ). En appliquant une incapacité de travail de 75 % sur ce taux d'activité, on obtenait un degré d'incapacité de travail de 53.13 %, lui donnant droit à une demi-rente d'invalidité pour une durée indéterminée dès le 1<sup>er</sup> avril 2014.

Le recourant a produit des photocopies de son passeport, dont il ressort qu'il est entré en Thaïlande le 2 décembre 2012 et a quitté le pays en mars 2013, avant d'y rentrer une nouvelle fois le 13 novembre 2014 avec un départ le 5 avril 2015. Il a également produit un rapport du 15 janvier 2018 de la Dresse J\_\_\_\_\_, indiquant avoir suivi le recourant de février 2014 à fin octobre 2014. Elle l'avait ensuite revu en novembre 2017 pour deux entretiens qui lui permettaient de confirmer les conclusions du Dr O\_\_\_\_\_, soit une pleine capacité de travail avec une diminution de rendement de 30 %.

65) Dans sa duplique du 6 mars 2018, l'intimé a persisté dans ses conclusions. Il s'est référé à l'avis du Dr L\_\_\_\_\_ du 27 février 2018, qu'il a repris. Il a souligné que les taux d'incapacité de travail ne s'additionnaient pas mais se recouvraient généralement. Partant, les limitations de la capacité de travail pour motifs psychiques ne s'ajoutaient pas à celles résultant de la problématique endocrinologique. C'était ainsi à juste titre que l'intimé avait retenu une capacité de travail de 50 % à 60 % dans toute activité.

Dans l'avis joint, le Dr L\_\_\_\_\_ s'est déterminé sur le rapport de la Dresse J\_\_\_\_\_, en concluant qu'il fallait s'en tenir aux conclusions du SMR du 7 novembre 2017.

66) Par déterminations du 13 avril 2018, le recourant a persisté dans ses conclusions. Il a affirmé que ses atteintes endocrinologique et psychique engendraient des complications particulières indépendantes l'une de l'autre, dont les effets s'additionnaient.

67) La chambre de céans a transmis copie de cette écriture à l'intimé le 17 avril 2018.

68) Sur ce, la cause a été gardée à juger.

### **EN DROIT**

1) Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 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) La LPGA, entrée en force le 1<sup>er</sup> janvier 2003, est applicable à la présente procédure.  
3) Le recours, déposé dans les délai et forme prévus par la loi, est recevable (art. 56ss LPGA).

Les conclusions du recourant tendant à la reconnaissance de son droit aux prestations seront interprétées comme condamnatoires. Elles sont partant recevables, contrairement à des conclusions purement constatatoires, subsidiaires par rapport à une action formatrice (ATF 129 V 289 consid. 2.1, arrêt du Tribunal fédéral des assurances B 149/06 du 11 juin 2007 consid. 5.2).

4) Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations d'invalidité.

5) Selon l'art. 8 al. 1<sup>er</sup> LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). Le droit aux mesures de réadaptation n'est pas lié à l'exercice d'une activité lucrative préalable.

---

Lors de la fixation de ces mesures, il est tenu compte de la durée probable de la vie professionnelle restante (art. 8 al. 1<sup>bis</sup> LAI en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008). L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent les mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital).

Pour déterminer si une mesure est de nature à maintenir ou à améliorer la capacité de gain d'un assuré, il convient d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2 et les références). Celles-ci ne seront pas allouées si elles sont vouées à l'échec, selon toute vraisemblance (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 388/06 du 25 avril 2007 consid. 7.2). Le droit à une mesure de réadaptation suppose en outre qu'elle soit appropriée au but de la réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité, tant objectivement en ce qui concerne la mesure que sur le plan subjectif en ce qui concerne la personne de l'assuré (VSI 2002 p. 111 consid. 2 et les références).

De plus, il faut que l'invalidité soit d'une certaine gravité pour que le droit à des mesures de réadaptation soit ouvert. La jurisprudence a ainsi fixé le seuil d'invalidité à partir duquel des mesures de réadaptation doivent être octroyées à 20 % (ATF 130 V 488 consid. 4.2, ATF 124 V 108 consid. 3a).

- 6) En vertu de l'art. 28 al. 1<sup>er</sup> LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a); il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPG) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b); au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPG) à 40 % au moins (let. c). L'art. 28 al. 2 LAI dispose que l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins.

a) Pour trancher le droit aux prestations d'invalidité, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou d'autres spécialistes doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; ATF 115 V 133 consid. 2). Ces données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 762/02 du 6 mai 2003 consid. 2.2).

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 convient 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 125 V 351 consid. 3; ATF 122 V 157 consid. 1c). Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d).

c) Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

d) S'agissant de la valeur probante des 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un 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 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\_405/2008 du 29 septembre 2008 consid. 3.2).

- 
- 7) Dans un récent arrêt de principe, le Tribunal fédéral a établi des exigences accrues en matière de participation des assurés lorsqu'une assurance sociale diligente une expertise, eu égard à leur droit d'être entendus. Ces exigences comprennent le droit de se prononcer sur le choix de l'expert, de connaître les questions qui lui seront posées, et d'en formuler d'autres (ATF 137 V 210 consid. 3.2.4.6 et 3.2.4.9).

Ces exigences ressortent également des art. 57 ss de la loi sur la procédure civile fédérale (PCF – RS 273), applicables par analogie à la procédure administrative (Marco WEISS, *Die Mitwirkungsrechte der Bundeszivilprozessordnung im Sozialversicherungsrecht : aktuelle Entwicklungen in der bundesgerichtlichen Rechtsprechung in AJP* 2016 p. 1214).

Le fait pour une assurance de ne pas permettre à un assuré d'exercer les prérogatives résultant de son droit d'être entendu, soit en particulier celui de se prononcer sur la nomination de l'expert, sur les questions à poser, ainsi que sur le résultat de l'expertise, relève d'une grave violation de ce droit (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 22/03 du 10 juillet 2003 consid. 4). Ce vice ne peut être réparé lorsque l'expertise constitue l'élément central et prépondérant de l'instruction (RAMA 2000 n° U 369 p. 104 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 265/04 du 23 septembre 2005 consid. 2.3).

- 8) L'évaluation des syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique ne fait pas l'objet d'un consensus médical (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_619/2012 du 9 juillet 2013 consid. 4.1). Pour ces motifs, la jurisprudence a dégagé un certain nombre de principes et de critères normatifs pour permettre d'apprécier - sur les plans médical et juridique - le caractère invalidant de ce genre de syndromes. Selon la jurisprudence ayant cours jusqu'à récemment, ceux-ci n'entraînaient pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3). Il existait une présomption que de tels syndromes ou leurs effets pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 49 consid. 1.2). Le Tribunal fédéral a toutefois reconnu qu'il existait des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendaient la personne incapable de fournir cet effort de volonté, et a établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de ces syndromes (cf. ATF 130 V 352 consid. 2.2). Au premier plan figurait la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères pouvaient être déterminants, tels que des affections corporelles chroniques, un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de

l'attitude coopérative de la personne assurée (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_619/2012 du 9 juillet 2013 consid. 4.1). En présence de tels syndromes, la mission d'expertise consistait surtout à porter une appréciation sur la vraisemblance de l'état douloureux et, le cas échéant, à déterminer si la personne expertisée disposait des ressources psychiques lui permettant de surmonter cet état (ATF 132 V 65 consid. 5.1).

Dans un arrêt récent (ATF 141 V 281), le Tribunal fédéral a abandonné la présomption qui prévalait jusqu'alors, selon laquelle les syndromes du type troubles somatoformes douloureux et affections psychosomatiques assimilées peuvent être surmontés en règle générale par un effort de volonté raisonnablement exigible. Désormais, la capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant de mettre en regard les facteurs extérieurs incapacitants d'une part et les ressources de compensation de la personne d'autre part. Il n'y a plus lieu de se fonder sur les critères ressortant de la jurisprudence précitée, mais sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (consid. 3.6). Ces indicateurs concernent deux catégories, à savoir celle du degré de gravité fonctionnelle et celle de la cohérence.

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

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

##### A. Axe « atteinte à la santé »

###### 1. Expression des éléments pertinents pour le diagnostic et des symptômes

Les constatations relatives aux manifestations concrètes de l'atteinte à la santé diagnostiquée permettent de distinguer les limitations fonctionnelles causées par cette atteinte de celles dues à des facteurs non assurés. Le point de départ est le degré de gravité minimal inhérent au diagnostic. Il doit être rendu vraisemblable compte tenu de l'étiologie et de la pathogenèse de la pathologie déterminante pour le diagnostic. Par exemple, sur le plan étiologique, la caractéristique du syndrome somatoforme douloureux persistant est, selon la CIM-10 (F 45.5), qu'il survient dans un contexte de conflits émotionnels ou de problèmes psycho-sociaux. En revanche, la notion de bénéfice primaire de la maladie ne doit plus être utilisée (consid. 4.3.1.1).

###### 2. Succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à ces derniers

Ce critère est un indicateur important pour apprécier le degré de gravité. L'échec définitif d'un traitement indiqué, réalisé *lege artis* sur un assuré qui coopère de manière optimale, permet de conclure à un pronostic négatif. Si le traitement ne correspond pas ou plus aux connaissances médicales actuelles ou paraît inapproprié

dans le cas d'espèce, on ne peut rien en déduire s'agissant du degré de gravité de la pathologie. Les troubles psychiques sont invalidants lorsqu'ils sont graves et ne peuvent pas ou plus être traités médicalement. Des déductions sur le degré de gravité d'une atteinte à la santé peuvent être tirées non seulement du traitement médical mais aussi de la réadaptation. Si des mesures de réadaptation entrent en considération après une évaluation médicale, l'attitude de l'assuré est déterminante pour juger du caractère invalidant ou non de l'atteinte à la santé. Le refus de l'assuré d'y participer est un indice sérieux d'une atteinte non invalidante. A l'inverse, une réadaptation qui se conclut par un échec en dépit d'une coopération optimale de la personne assurée peut être significative dans le cadre d'un examen global tenant compte des circonstances du cas particulier (consid. 4.3.1.2).

### 3. Comorbidités

La comorbidité psychique ne joue plus un rôle prépondérant de manière générale, mais ne doit être prise en considération qu'en fonction de son importance concrète dans le cas d'espèce, par exemple pour juger si elle prive l'assuré de ressources. Il est nécessaire de procéder à une approche globale de l'influence du trouble somatoforme douloureux avec l'ensemble des pathologies concomitantes (consid. 4.3.1.3). Un trouble qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidant en tant que tel (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_98/2010 du 28 avril 2010 consid. 2.2.2) n'est pas une comorbidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_1040/2010 du 6 juin 2011 consid. 3.4.2.1) mais doit à la rigueur être pris en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité. Ainsi, un trouble dépressif réactionnel au trouble somatoforme ne perd pas toute signification en tant que facteur d'affaiblissement potentiel des ressources, mais doit être pris en considération dans l'approche globale (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.3).

#### B. Axe « personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles)

Il s'agit d'accorder une importance accrue au complexe de personnalité de l'assuré (développement et structure de la personnalité, fonctions psychiques fondamentales). Le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du Moi » (conscience de soi et de l'autre, appréhension de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation) entre aussi en considération. Comme les diagnostics relevant des troubles de la personnalité sont, plus que d'autres indicateurs, dépendants du médecin examinateur, les exigences de motivation sont particulièrement élevées (consid. 4.3.2).

#### C. Axe « contexte social »

Si des difficultés sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles continuent à ne pas être prises en considération. En revanche, le contexte de vie de l'assuré peut lui procurer des ressources mobilisables, par exemple par le biais de son réseau social. Il faut toujours s'assurer qu'une

incapacité de travail pour des raisons de santé ne se confond pas avec le chômage non assuré ou avec d'autres difficultés de vie (consid. 4.3.3).

## II. Catégorie « cohérence »

Cette seconde catégorie comprend les indicateurs liés au comportement de l'assuré. (consid. 4.4).

### A. Limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie

Il s'agit ici de se demander si l'atteinte à la santé limite l'assuré de manière semblable dans son activité professionnelle ou dans l'exécution de ses travaux habituels et dans les autres activités (par exemple ses loisirs). Le critère du retrait social utilisé jusqu'ici doit désormais être interprété de telle sorte qu'il se réfère non seulement aux limitations mais également aux ressources de l'assuré et à sa capacité à les mobiliser. Dans la mesure du possible, il convient de comparer le niveau d'activité sociale de l'assuré avant et après la survenance de l'atteinte à la santé (consid. 4.4.1).

### B. Poids de la souffrance révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation

La prise en compte d'options thérapeutiques, autrement dit la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, permet d'évaluer le poids effectif des souffrances. Tel n'est toutefois pas le cas lorsque le comportement est influencé par la procédure asséculoologique en cours. Il ne faut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsque le refus ou la mauvaise acceptation du traitement recommandé est la conséquence d'une incapacité (inévitabile) de l'assuré à reconnaître sa maladie (anosognosie). Les mêmes principes s'appliquent pour les mesures de réadaptation. Un comportement incohérent de l'assuré est là aussi un indice que la limitation fonctionnelle est due à d'autres raisons que l'atteinte à la santé assurée (consid. 4.4.2).

Le juge vérifie librement si l'expert médical a exclusivement tenu compte des déficits fonctionnels résultant de l'atteinte à la santé et si son évaluation de l'exigibilité repose sur une base objective (consid. 5.2.2; ATF 137 V 64 consid. 1.2 in fine).

En principe, une nouvelle jurisprudence doit s'appliquer immédiatement aux affaires pendantes au moment où elle est adoptée (ATF 135 II 78 consid. 3.2). Cela étant, les expertises mises en œuvre selon l'ancien standard de procédure ne perdent pas en soi valeur de preuve. Lors de l'application par analogie des exigences désormais modifiées en matière de droit matériel des preuves, il faut examiner dans chaque cas si l'expertise administrative et/ou juridique demandée – le cas échéant dans le contexte d'autres rapports médicaux réalisés par des spécialistes – permet ou non une évaluation concluante à la lumière des indicateurs déterminants. Suivant

---

le degré et l'ampleur de clarification nécessaire, un complément ponctuel peut dans certaines circonstances suffire (ATF 141 V 281 consid. 8).

9) La loi prévoit différentes méthodes pour évaluer l'invalidité d'un assuré en fonction du statut de ce dernier.

a) Chez les assurés qui exerçaient une activité lucrative à plein temps avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique, il s'agit d'appliquer la méthode générale de comparaison des revenus (art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA) et ses sous-variantes, la méthode de comparaison en pour-cent (ATF 114 V 310 consid. 3a) et la méthode extraordinaire de comparaison des revenus (ATF 128 V 29 consid. 4).

b) Chez les assurés qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique et dont il ne peut être exigé qu'ils en exercent une, il y a lieu d'effectuer une comparaison des activités, en cherchant à établir dans quelle mesure l'assuré est empêché d'accomplir ses travaux habituels; c'est la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 8 al. 3 LPGA). L'art. 27 du règlement sur l'assurance-invalidité (RAI - RS 831.201) dispose que par travaux habituels, il faut notamment entendre l'activité usuelle dans le ménage, l'éducation des enfants ainsi que toute activité artistique ou d'utilité publique (ATF 137 V 334 consid. 3.1.2).

c) Chez les assurés qui n'exerçaient que partiellement une activité lucrative, l'invalidité est, pour cette part, évaluée selon la méthode générale de comparaison des revenus. S'ils se consacraient en outre à leurs travaux habituels au sens des art. 28a al. 2 LAI et 8 al. 3 LPGA, l'invalidité est fixée, pour cette activité, selon la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité. Dans une situation de ce genre, il faut dans un premier temps déterminer les parts respectives de l'activité lucrative et de l'accomplissement des travaux habituels, puis dans un second temps calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont la personne est affectée dans les deux domaines d'activité en question ; c'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27<sup>bis</sup> RAI ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_36/2013 du 21 juin 2013 consid. 4.1.3).

Une modification de l'art. 27<sup>bis</sup> RAI est entrée en force le 1<sup>er</sup> janvier 2018. Dès cette date, pour les personnes qui exercent une activité lucrative à temps partiel et accomplissent par ailleurs des travaux habituels visés à l'art. 7 al. 2 LAI, le taux d'invalidité est déterminé par l'addition des taux suivants : le taux d'invalidité en lien avec l'activité lucrative (let. a) ; le taux d'invalidité en lien avec les travaux habituels (let. b) (al. 2). Le calcul du taux d'invalidité en lien avec l'activité lucrative est régi par l'art. 16 LPGA, étant entendu que: le revenu que l'assuré aurait pu obtenir de l'activité lucrative exercée à temps partiel, s'il n'était pas invalide, est extrapolé pour la même activité lucrative exercée à plein temps (let. a); la perte de gain exprimée en pourcentage est pondérée au moyen du taux d'occupation qu'aurait l'assuré s'il n'était pas invalide (let. b) (al. 3).

---

En règle générale, on part du principe que l'activité lucrative et les travaux habituels sont complémentaires, en ce sens que le temps qui n'est pas consacré à l'activité professionnelle tombe dans le champ des travaux habituels. En d'autres termes, l'addition des deux champs conduit en règle générale à un taux de 100 % (ATF 141 V 15 consid. 4.5). Toutefois, cela n'a pas pour conséquence qu'une part dévolue aux travaux habituels doive être retenue pour tous les assurés qui travaillent à temps partiel et qui ont leur propre ménage. Lorsqu'une personne a réduit son temps de travail afin de disposer de plus de temps libre pour ses loisirs et non pour accomplir ses tâches ménagères, il n'y a pas de part consacrée aux travaux habituels et la méthode mixte n'est pas applicable (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_846/2015 du 3 juin 2016 consid. 5.2). Si un assuré, en mesure sur le plan de la santé d'exercer une activité lucrative à plein temps, décide de son propre gré de réduire son horaire de travail pour s'accorder plus de loisirs, l'assurance-invalidité n'a pas à intervenir. Les activités de loisirs sont ainsi exclues de la définition des travaux habituels. Dans un tel cas, la méthode générale de comparaison des revenus est applicable pour procéder au calcul du taux d'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_432/2016 du 10 février 2017 consid. 5.1). En effet, dans l'assurance-invalidité, dont le but est d'atténuer les conséquences économiques de l'invalidité, le risque assuré est l'incapacité de gain, qui dépend des diminutions de gain effectives résultant d'atteintes à la santé. Une personne assurée sans problèmes de santé qui n'exploite pas complètement sa capacité lucrative, en ce sens qu'elle décide d'avoir une activité à temps partiel afin de jouir de plus de temps libre alors qu'elle serait en mesure de travailler à temps plein, se satisfait d'un salaire correspondant à un temps partiel et renonce ainsi délibérément à une partie de la rémunération qu'elle pourrait obtenir en cas d'activité à temps plein. La diminution de son revenu est une conséquence de son choix. La partie non mise en valeur de sa capacité lucrative n'est ainsi pas assurée et une compensation par l'assurance-invalidité n'est pas conforme au droit. Partant, une personne assurée active à temps partiel qui n'a pas de travaux habituels subit une perte de gain résultant d'une atteinte à la santé uniquement dans sa sphère professionnelle, qui correspond au taux (hypothétique) d'activité, et ne peut être indemnisée que dans cette mesure. Le degré d'invalidité correspond à la réduction proportionnelle dans l'activité lucrative et ne peut ainsi pas excéder le domaine assuré, déterminé par le taux hypothétique d'activité à temps partiel (ATF 142 V 290 consid. 7.1 et 7.3)

d) Pour déterminer la méthode applicable à un cas particulier, il faut selon la jurisprudence non pas, malgré la teneur de l'art. 8 al. 3 LPGA, chercher à savoir dans quelle mesure l'exercice d'une activité lucrative aurait été exigible de la part de l'assuré, mais se demander ce qu'il aurait fait si l'atteinte à la santé n'était pas survenue (ATF 133 V 504 consid. 3.3). Lorsque l'assuré accomplit ses travaux habituels, il convient d'examiner, à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle, s'il aurait consacré, étant valide, l'essentiel de son activité à son ménage ou s'il aurait également vaqué à une occupation lucrative. Pour déterminer, voire circonscrire le champ d'activité probable de l'assuré, il faut

---

notamment tenir compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels. Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de l'exercice d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 137 V 334 consid. 3 et les références). On rappellera encore que le choix de la méthode d'évaluation de l'invalidité est une question de droit. En revanche, la constatation du statut (comme personne sans invalidité), c'est-à-dire le point de savoir si et dans quelle mesure l'assuré aurait exercé une activité lucrative, relève d'une question de fait (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_432/2016 du 10 février 2017 consid. 2.2 et les références).

- 10) En l'espèce, il convient en préambule de relever que les modalités de mise en œuvre de l'expertise confiée au Dr M\_\_\_\_\_ ne sont pas conformes aux exigences rappelées ci-dessus. En effet, le recourant n'a pas été informé du choix de l'expert et n'a pu se prononcer sur ce point, et le mandat d'expertise a du reste été considérablement réduit par rapport aux volets prévus selon la communication au recourant du 18 novembre 2014. Ces seuls éléments suffisent à conduire à l'annulation de la décision litigieuse, puisqu'une des expertises qui la fonde a été diligentée en violation du droit d'être entendu du recourant.

Sur le fond, si une expertise neurologique n'apparaît effectivement pas indispensable eu égard aux rapports rendus par les Drs B\_\_\_\_\_ et I\_\_\_\_\_ et surtout à l'absence de nouveaux diagnostics de cet ordre, on ne peut suivre l'intimé lorsqu'il affirme que l'atteinte relève essentiellement de la médecine interne. En effet, comme l'a souligné à plusieurs reprises le Dr G\_\_\_\_\_, le recourant est affecté d'une maladie endocrinologique rare, qui justifie une expertise par un spécialiste dans ce domaine et non par un interniste. Le Dr O\_\_\_\_\_, qui disposait pourtant du rapport du Dr M\_\_\_\_\_, a du reste lui-même souligné la nécessité d'une expertise endocrinologique afin de clarifier certains points.

Or, l'intimé n'a pas mis en œuvre une telle mesure, et il n'existe aucun rapport médical au dossier qui satisfasse à tous les critères jurisprudentiels en matière de valeur probante de tels rapports. L'intimé a certes déclaré se rallier à l'estimation de la capacité de travail ressortant du rapport du 11 novembre 2017 du Dr G\_\_\_\_\_, soit 50 % à 60 % dans une activité adaptée. Au plan formel, ce certificat ne contient toutefois pas tous les éléments nécessaires pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. En outre, sur le fond, ce spécialiste semble fonder ses conclusions sur des hypothèses non établies au degré de la vraisemblance prépondérante, puisqu'il évoque une « probable » dérégulation de l'adaptation du recourant au stress. Quant aux symptômes perdurant malgré la surrénalectomie gauche, soit notamment les maux de tête et les troubles de l'humeur, il convient de souligner qu'il s'agit là d'atteintes dont le recourant se plaint depuis 2003 en tout cas, comme

cela ressort des expertises réalisées à cette date, et dont il n'est ainsi pas établi à ce stade qu'elles soient en lien avec le syndrome de Cushing ou qu'elles aient été aggravées en raison de cette pathologie. En outre, le Dr G\_\_\_\_\_ paraît avoir procédé à une estimation de la baisse de rendement en se fondant sur les seules déclarations du recourant quant à sa productivité antérieure, ce qui ne paraît guère suffisant. Enfin, il eût été utile que l'endocrinologue traitant expose les motifs qui le conduisaient à s'écarter du pronostic qu'il avait émis en mars 2014, indiquant alors que le traitement du syndrome de Cushing devrait permettre une évolution de la capacité de travail, et de son rapport du 1<sup>er</sup> décembre 2015, dans lequel il semblait implicitement admettre une capacité de travail totale dans un environnement professionnel adapté.

Sur le plan psychiatrique, il convient de relever ce qui suit. Le Dr O\_\_\_\_\_ n'a pas apprécié l'incidence du trouble somatoforme douloureux sur la capacité de travail conformément aux critères nouvellement dégagés par le Tribunal fédéral dans l'arrêt précité, délibéré le 3 juin 2015, soit plusieurs mois avant l'expertise réalisée. En outre, l'expert psychiatre a retenu que le recourant présentait depuis janvier 2015 une baisse de rendement de 30 % dans toute activité, eu égard aux limitations fonctionnelles induites par les troubles psychiques. Or, cette conclusion contraste notamment avec les observations ressortant du status. En effet, le Dr O\_\_\_\_\_ a souligné l'absence d'aboulie, l'absence de ralentissement psychomoteur et des capacités de concentration, mnésiques et de réflexion nettement au-dessus de la moyenne, ce qui plaide contre un épisode dépressif significatif avec des limitations fonctionnelles. Il a également relevé l'absence de retentissement des plaintes dans la vie quotidienne. Au vu de ces apparentes contradictions, la diminution de rendement de 30 % admise est insuffisamment motivée pour emporter la conviction.

Eu égard à ces éléments, la chambre de céans ne dispose pas des éléments nécessaires pour déterminer la capacité de travail et de gain du recourant au plan somatique et psychique. Il y a ainsi lieu de renvoyer la cause à l'intimé, à charge pour ce dernier de procéder à une expertise endocrinologique. En fonction des conclusions de dite expertise, il appartiendra à l'intimé de déterminer si un complément d'expertise auprès du Dr O\_\_\_\_\_ – voire une nouvelle expertise psychiatrique – s'avère nécessaire, notamment pour justifier la diminution de rendement retenue. Cette mesure se révélera cependant superfétatoire si le calcul du degré d'invalidité, tenant compte d'une éventuelle incapacité de travail ou de gain d'ordre somatique et de la diminution de rendement de 30 % retenue par l'expert psychiatre, conduit à un taux insuffisant pour ouvrir le droit à des prestations d'invalidité. La chambre de céans rappelle en outre que ces mesures devront être mises en œuvre de manière conforme aux exigences en matière de droit d'être entendu rappelées ci-dessus. Il conviendra également dans ce cadre d'inviter les experts à se prononcer consensuellement sur la capacité de travail globale du recourant, étant toutefois rappelé que contrairement à ce qu'il allègue, le taux de

l'incapacité de travail déterminant pour l'assurance-invalidité ne résulte généralement pas de la simple addition de deux taux d'incapacité de travail (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.1).

- 11) Par économie de procédure, et dès lors que les parties ont eu l'occasion de se déterminer sur ce point, la chambre de céans souligne que le nouveau calcul du degré d'invalidité auquel devra procéder l'intimé une fois doté des renseignements médicaux nécessaires devra se fonder non sur la méthode mixte, mais sur la méthode de comparaison des revenus telle qu'elle s'applique aux personnes actives à temps partiel sans domaine réservé aux travaux habituels.

En effet, l'instruction a révélé que le recourant réside à l'étranger, en particulier en Thaïlande, pendant plusieurs mois chaque année. Il ressort de ses explications que ces voyages relèvent essentiellement de loisirs, ponctués d'activités non rémunérées en espèces. Il n'est du reste pas établi que le recourant disposerait lors de ces voyages d'un logement à l'entretien duquel il se consacrerait pleinement. Par conséquent, contrairement à ce qu'allègue l'intimé, il existe des indices sérieux plaçant pour l'absence d'une sphère ménagère. On ne peut pas non plus suivre le recourant lorsqu'il affirme avoir travaillé à 100 % en Suisse, de sorte qu'il ne devrait pas être considéré comme actif à temps partiel. Le fait que le recourant alterne des périodes d'activité complète avec des plages de vacances plutôt que de réduire son taux d'activité sur toute l'année est sans pertinence. En effet, il est patent que la moyenne actuelle d'activité est inférieure à un taux d'activité plein. Partant, on se trouve ici dans la même constellation que celle qui a donné lieu aux arrêts précités, où la diminution du taux d'activité vise à dégager du temps pour des loisirs, et non pour les travaux habituels.

- 12) En conséquence de ce qui précède, le recours est partiellement admis.

Le recourant, qui obtient partiellement gain de cause, a droit à des dépens fixés à CHF 2'000.- (art. 61 let. g LPGA).

La procédure en matière d'assurance-invalidité n'étant pas gratuite, l'intimé supporte l'émolument de CHF 500.- (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI).

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

**Statuant**

**À la forme :**

- 1) Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

- 2) L'admet partiellement.
- 3) Annule la décision de l'intimé du 8 août 2017.
- 4) Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision dans le sens des considérants.
- 5) Condamne l'intimé à verser au recourant une indemnité de CHF 2'000.- à titre de dépens.
- 6) Met un émolument de CHF 500.- à la charge de l'intimé.
- 7) Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Julia BARRY

Valérie MONTANI

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