

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1929/2023

ATAS/570/2024

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Ordonnance d'expertise du 12 juillet 2024

Chambre 15

En la cause

A _____
représenté par Me Sarah BRAUNSCHMIDT SCHEIDEGGER,
avocate

recourant

contre

**OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE
GENÈVE**

intimé

Siégeant : Marine WYSSENBACH, Présidente

EN FAIT

- A.**
- a.** Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1987, peintre en bâtiment à temps complet, a été victime d'un accident avec impact au niveau du genou droit le 17 décembre 2013.
 - b.** S'étant vu diagnostiquer une entorse sévère du genou droit avec rupture du ligament croisé antérieur (LCA), il a été placé en arrêt de travail complet par son médecin traitant, le docteur B_____.
 - c.** L'assuré a déposé une demande de prestations AI le 17 juin 2014 auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé).
 - d.** En décembre 2014, il a subi une plastie du LCA, puis une arthrolyse avec mobilisation sous anesthésie générale le 12 février 2015 et une seconde arthrolyse avec résection d'un cyclope le 6 juillet 2015.
 - e.** L'assuré a séjourné à la clinique romande de réadaptation (CRR) du 28 juin au 19 juillet 2016. À teneur du résumé de séjour de la CRR du 4 août 2016, aucun diagnostic supplémentaire n'avait été posé lors du séjour, en particulier aucune psychopathologie n'avait été décelée. À la sortie, l'état était stabilisé et diverses limitations fonctionnelles définitives étaient retenues, soit : pas de travail en terrain irrégulier, pas de flexion prolongée du genou en charge ni d'appui prolongé sur cette articulation, pas de port de charges lourdes. La capacité de travail demeurait nulle dans l'activité habituelle.
 - f.** Dans son rapport final du 18 janvier 2017, le service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a estimé que la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle. Elle était en revanche entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues par la CRR.
 - g.** Par décision du 3 mai 2018, la SUVA, assureur-accidents, a octroyé à l'assuré une indemnité pour atteinte à l'intégrité de CHF 6'300.-, correspondant à une diminution de 5%. Elle a en revanche refusé l'octroi d'une rente, faute de diminution notable de la capacité de gain du fait de l'accident. La capacité de travail résiduelle de l'intéressé, entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles lui permettait de réaliser un revenu de CHF 59'365.- au lieu des CHF 62'244.- réalisables sans l'accident. La perte de gain de 5% était dès lors insuffisante pour ouvrir un droit à une rente.
 - h.** Cette décision a été confirmée sur opposition le 21 juin 2018.
 - i.** Tardif, le recours de l'intéressé contre la décision sur opposition de la SUVA a été déclaré irrecevable par la chambre de céans (ATAS/1184/2018, confirmé par le Tribunal fédéral 8C_61/2019) et la décision de la SUVA est entrée en force.

j. Par projet de décision du 9 septembre 2019, l'OAI a informé l'assuré de ce qu'il envisageait de lui octroyer une rente entière du 17 décembre 2014 au 31 mars 2016.

Dans la mesure où l'intéressé disposait cependant d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée dès le 31 décembre 2015, aucune prestation ne lui serait accordée à partir du 1^{er} avril 2016. Il ne subissait en effet plus aucune perte de gain, son revenu avec invalidité (CHF 59'969.-) étant plus élevé que son revenu sans invalidité (CHF 36'849.-).

k. Le 4 octobre 2019, l'assuré a fait état de son désaccord avec le projet de l'OAI. Sous la plume de son avocat, il a indiqué qu'il n'était plus en mesure d'accomplir une quelconque activité nécessitant des déplacements, des efforts physiques, une mobilisation, de se tenir debout ou exigeant une concentration soutenue. Il était relevé que sa résistance psychique à la douleur se détériorait de jour en jour, ce qui était notamment attesté par divers rapports établis à partir de juin 2018 par la docteure C_____, médecin adjointe auprès du service de médecine de premier recours (SMPR) des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG). La Dre C_____ y relevait notamment la possibilité d'un trouble somatoforme persistant.

l. Le 6 décembre 2019, l'OAI a rendu une décision en tout point conforme à son projet du 9 septembre 2019, refusant toute prestation au-delà du 31 mars 2016.

B. a. L'assuré a recouru contre cette décision le 21 janvier 2021, concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente entière au-delà du 31 mars 2016. À titre préalable, il sollicitait que soit mise en œuvre une expertise judiciaire portant tant sur les aspects psychiques que physiques, y compris les troubles somatoformes douloureux.

b. Dans le cadre de la procédure, l'intéressé a produit un rapport du 27 janvier 2021 des docteurs D_____ et E_____ des HUG, indiquant qu'il était suivi auprès du centre ambulatoire de psychiatrie et de psychothérapie intégrées (CAPPI) de la Servette depuis novembre 2018 pour une symptomatologie dépressive avec un retrait social. L'évolution clinique ne montrait pas d'amélioration sensible malgré plusieurs traitements antidépresseurs. La capacité d'introspection était faible, ce qui limitait l'implication dans un travail psychothérapeutique. Des troubles de la concentration étaient également relevés.

b. Suite à la production de ce rapport, l'OAI a demandé à la chambre de céans que le dossier lui soit renvoyé pour instruction complémentaire de la situation psychiatrique qui lui était inconnue jusqu'alors.

c. Par arrêt du 30 mars 2021 (ATAS/300/2021), la chambre de céans a annulé la décision de l'OAI du 6 décembre 2019 et lui a renvoyé la cause pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

C. a. Le 28 février 2022, l'OAI a informé l'assuré de la mise en œuvre d'une expertise bi-disciplinaire (chirurgie orthopédique et psychiatrie).

b. Le mandat d'expertise a été confié aux docteurs F_____ (chirurgie orthopédique) et G_____ (psychiatrie) tous deux experts auprès de H_____ (ci-après : H_____) qui ont examiné l'assuré le 10 juin 2022.

c. Au terme de leur rapport du 6 juillet 2022, les experts ont conclu consensuellement à une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle depuis l'accident. En revanche, la capacité de travail était considérée entière, depuis juin 2016, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles d'ordre purement orthopédique, soit : position assise, pas de montée d'escaliers, ni d'échelle, pas de port de charge de plus de 5 kg.

Sur le plan orthopédique, étaient retenus les diagnostics incapacitants de status post plastie des ligaments croisés antérieurs du genou et une raideur post opératoire. Le diagnostic d'hydrocèle gauche était évoqué, mais considéré comme non incapacitant.

Sur le plan psychiatrique en revanche, aucune psychopathologie spécifique n'était retenue. En particulier, les diagnostics de trouble dépressif récurrent et de syndrome douloureux somatoforme étaient expressément écartés par l'expert. La capacité de travail était entière dans tout type d'activité.

d. Le 29 juillet 2022, le SMR s'est aligné avec les conclusions de l'expertise qu'il considérait convaincante, détaillée et cohérente. Il retenait ainsi une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle depuis décembre 2013, mais entière dans une activité adaptée (position assise, pas de montée d'escaliers, ni d'échelle, pas de port de charge de plus de 5 kg) depuis juillet 2016.

e. Le 21 octobre 2022, l'OAI a adressé à l'assuré un nouveau projet de décision au terme duquel il lui a octroyé une rente entière d'invalidité du 1^{er} décembre 2014 au 30 septembre 2016. Par la suite, l'assuré n'avait en revanche le droit à aucune prestation, dans la mesure où sa capacité de travail était entière dans une activité adaptée dès juillet 2016 et qu'il ne subissait dès lors pas de perte de gain sur la base d'une comparaison des revenus.

f. Par décision du 5 mai 2023, l'OAI a octroyé une rente entière d'invalidité à l'assuré du 1^{er} décembre 2014 au 30 septembre 2016 et refusé toute prestation pour la suite.

D. a. Assisté d'un nouveau conseil, l'assuré a déposé un recours contre cette décision le 8 juin 2023 et l'a complété le 11 septembre 2023. Il a conclu à l'annulation de la décision de l'OAI et à l'octroi d'une rente entière jusqu'en novembre 2021, puis d'une demi-rente d'invalidité, subsidiairement à l'octroi de mesures professionnelles.

S'il admettait disposer, sur le plan somatique, d'une capacité de travail théorique entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues par le SMR, il contestait en revanche que tel fût le cas sur le plan psychiatrique, l'expertise n'étant pas convaincante à cet égard. À l'appui de ses dires, il

produisait un rapport du 19 juillet 2023 de la Dre C_____ attestant de ce que sa thymie avait énormément fluctué en fonction des douleurs et des difficultés sociales. Par exemple, en septembre 2018, les tests réalisés étaient compatibles avec un épisode dépressif sévère. Ce symptôme dépressif s'était en outre manifesté par des troubles de la concentration et de la mémoire, qui auraient pu avoir un impact sur la capacité de travail du patient s'il avait été en emploi à l'époque. Enfin, il ressortait de son suivi psychiatrique un ralentissement psychomoteur, une thymie triste, une anhédonie, des idées de mort passive et des ruminations. Une amélioration était relevée depuis le printemps 2022. Le patient demeurait cependant très focalisé sur les douleurs et le handicap lié à sa jambe, avec des difficultés d'aller de l'avant dans sa vie professionnelle.

Le recourant contestait également le revenu sans invalidité et l'abattement retenus dans la décision entreprise.

b. L'intimé a répondu au recours le 16 octobre 2023, concluant à son rejet. L'expertise n'était pas critiquable et répondait aux exigences jurisprudentielles en la matière. Quant à l'abattement de 10%, aucune pièce au dossier ne justifiait qu'il soit augmenté.

c. Par déterminations du 15 janvier 2024, le recourant a persisté dans les termes et conclusions de son recours.

d. Par courrier du 4 juin 2024, la chambre de céans a informé les parties de sa décision de confier une mission d'expertise à la docteure I_____ et leur a communiqué les questions qu'elle soumettrait à l'expert.

e. Le 24 juin 2024, le recourant et l'intimé ont indiqué ne pas avoir de motif de récusation à l'encontre de l'expert pressenti. L'intimé a en revanche sollicité qu'une question supplémentaire soit intégrée dans la mission d'expertise. Celle-ci a dès lors été complétée en ce sens.

EN DROIT

1.

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

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

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

Le 1^{er} janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Dans la mesure où le recours a été interjeté postérieurement au 1^{er} janvier 2021, il est soumis au nouveau droit (cf. art. 82a LPGA *a contrario*).

Interjeté en temps utile, le recours est recevable (art. 60 LPGA).

2. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité entière jusqu'en novembre 2021, puis d'une demi-rente, subsidiairement de mesures professionnelles.

3.

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

En cas de changement de règles de droit, la législation applicable est, en principe, celle qui était en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières de droit transitoire (ATF 136 V 24 consid. 4.3 et la référence).

En l'occurrence, un éventuel droit à une rente d'invalidité naîtrait antérieurement au 1^{er} janvier 2022, l'incapacité de travail invoquée débutant en décembre 2013 et la demande de prestations ayant été déposée en 2014, de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur ancienne teneur.

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

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

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

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

La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 ; ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 ; ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

Dans l'ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a revu et modifié en profondeur le schéma d'évaluation de la capacité de travail, respectivement de l'incapacité de travail, en cas de syndrome douloureux somatoforme et d'affections psychosomatiques comparables. Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'un catalogue d'indicateurs (ATF 141 V 281 consid. 4). Le Tribunal fédéral a ensuite étendu ce nouveau schéma d'évaluation aux autres affections psychiques (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références). Aussi, le caractère invalidant d'atteintes à la santé psychique doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance du trouble psychique à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 143 V 409 consid. 4.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2019 du 17 mars 2020 consid. 3 et les références).

Le Tribunal fédéral a en revanche maintenu, voire renforcé la portée des motifs d'exclusion définis dans l'ATF 131 V 49, aux termes desquels il y a lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble au sens de la classification sont réalisées. Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psycho-social

intact (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1 et 2.2.2 ; ATF 132 V 65 consid. 4.2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_16/2016 du 14 juin 2016 consid. 3.2).

3.4 L'organe chargé de l'application du droit doit, avant de procéder à l'examen des indicateurs, analyser si les troubles psychiques dûment diagnostiqués conduisent à la constatation d'une atteinte à la santé importante et pertinente en droit de l'assurance-invalidité, c'est-à-dire qui résiste aux motifs dits d'exclusion tels qu'une exagération ou d'autres manifestations d'un profit secondaire tiré de la maladie (cf. ATF 141 V 281 consid. 2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_756/2018 du 17 avril 2019 5.2.2 et la référence).

Pour des motifs de proportionnalité, on peut renoncer à une appréciation selon la grille d'évaluation normative et structurée si elle n'est pas nécessaire ou si elle est inappropriée. Il en va ainsi notamment lorsqu'il n'existe aucun indice en faveur d'une incapacité de travail durable ou lorsque l'incapacité de travail est niée sous l'angle psychique sur la base d'un rapport probant établi par un médecin spécialisé et que d'éventuelles appréciations contraires n'ont pas de valeur probante du fait qu'elles proviennent de médecins n'ayant pas une qualification spécialisée ou pour d'autres raisons (ATF 143 V 409 consid. 4.5.3 et 418 consid. 7.1 ; arrêts du Tribunal fédéral 8C_43/2023 du 29 novembre 2023 consid. 5.2 ; 9C_101/2019 du 12 juillet 2019 consid. 4.3 et la référence ; 9C_724/2018 du 11 juillet 2019 consid. 7). En l'absence d'un diagnostic psychiatrique, une telle appréciation n'a pas non plus à être effectuée (arrêt du Tribunal fédéral 9C_176/2018 du 16 août 2018 consid. 3.2.2).

3.5 Selon la jurisprudence, en cas de troubles psychiques, 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 d'évaluer globalement, sur une base individuelle, les capacités fonctionnelles effectives de la personne concernée, en tenant compte, d'une part, des facteurs contraignants extérieurs incapacitants et, d'autre part, des potentiels de compensation (ressources) (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). L'accent doit ainsi être mis sur les ressources qui peuvent compenser le poids de la douleur et favoriser la capacité d'exécuter une tâche ou une action (arrêt du Tribunal fédéral 9C_111/2016 du 19 juillet 2016 consid. 7 et la référence).

Il y a lieu de se fonder sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4).

Ces indicateurs sont classés comme suit :

I. Catégorie « degré de gravité fonctionnelle »

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

A. Axe « atteinte à la santé »

1. Caractère prononcé des éléments et des symptômes pertinents pour le diagnostic

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 (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.1).

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

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

Le déroulement et l'issue d'un traitement médical sont en règle générale aussi d'importants indicateurs concernant le degré de gravité du trouble psychique évalué. Il en va de même du déroulement et de l'issue d'une mesure de réadaptation professionnelle. Ainsi, l'échec définitif d'une thérapie médicalement indiquée et réalisée selon les règles de l'art de même que l'échec d'une mesure de réadaptation - malgré une coopération optimale de l'assuré - sont en principe considérés comme des indices sérieux d'une atteinte invalidante à la santé. À l'inverse, le défaut de coopération optimale conduit plutôt à nier le caractère invalidant du trouble en question. Le résultat de l'appréciation dépend toutefois de l'ensemble des circonstances individuelles du cas d'espèce (arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.2.1.3 et la référence).

3. Comorbidités

La présence de comorbidités ou troubles concomitants est un indicateur à prendre en considération en relation avec le degré de gravité fonctionnel (arrêt du Tribunal fédéral 9C_650/2019 du 11 mai 2020 consid. 3.3 et la référence). On ne saurait toutefois inférer la réalisation concrète de l'indicateur "comorbidité" et, partant, un indice suggérant la gravité et le caractère invalidant de l'atteinte à la santé, de la seule existence de maladies psychiatriques et somatiques concomitantes. Encore faut-il examiner si l'interaction de ces troubles ayant valeur de maladie prive l'assuré de certaines ressources (arrêt du Tribunal fédéral 9C_756/2018 du 17 avril 2019 consid. 5.2.3 et la référence). Il est nécessaire de procéder à une approche globale de l'influence du trouble avec l'ensemble des pathologies concomitantes. Une atteinte qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidante en tant que

telle (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_98/2010 du 28 avril 2010 consid. 2.2.2, in : RSAS 2011 IV n° 17, p. 44) n'est pas une comorbidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1040/2010 du 6 juin 2011 consid. 3.4.2.1, in : RSAS 2012 IV n° 1, p. 1), mais doit à la rigueur être prise en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité (ATF 141 V 281 consid. 4.3.2). Ainsi, un trouble dépressif réactionnel au trouble somatoforme ne perd pas toute signification en tant que facteur d'affaiblissement potentiel des ressources, mais doit être pris en considération dans l'approche globale (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.3).

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

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

Le « complexe personnalité » englobe, à côté des formes classiques du diagnostic de la personnalité qui vise à saisir la structure et les troubles de la personnalité, le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du moi » qui désignent des capacités inhérentes à la personnalité, permettant des déductions sur la gravité de l'atteinte à la santé et de la capacité de travail (par exemple : auto-perception et perception d'autrui, contrôle de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation ; cf. ATF 141 V 281 consid. 4.3.2). Étant donné que l'évaluation de la personnalité est davantage dépendante de la perception du médecin examinateur que l'analyse d'autres indicateurs, les exigences de motivation sont plus élevées (ATF 141 V 281 consid. 4.3.2).

Le Tribunal fédéral a estimé qu'un assuré présentait des ressources personnelles et adaptatives suffisantes, au vu notamment de la description positive qu'il avait donnée de sa personnalité, sans diminution de l'estime ou de la confiance en soi et sans peur de l'avenir (arrêt du Tribunal fédéral 8C_584/2016 du 30 juin 2017 consid. 5.2).

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 (ATF 141 V 281 consid. 4.3.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_756/2018 du 17 avril 2019 consid. 5.2.3).

Lors de l'examen des ressources que peut procurer le contexte social et familial pour surmonter l'atteinte à la santé ou ses effets, il y a lieu de tenir compte notamment de l'existence d'une structure quotidienne et d'un cercle de proches [...]. Le contexte familial est susceptible de fournir des ressources à la personne assurée pour surmonter son atteinte à la santé ou les effets de cette dernière sur sa capacité de travail, nonobstant le fait que son attitude peut rendre plus difficile les relations interfamiliales (arrêt du Tribunal fédéral 9C_717/2019 du 30 septembre 2020 consid. 6.2.5.3). Toutefois, des ressources préservées ne sauraient être inférées de relations maintenues avec certains membres de la famille dont la personne assurée est dépendante (arrêt du Tribunal fédéral 9C_55/2020 du 22 octobre 2020 consid. 5.2).

II. Catégorie « cohérence »

Il convient ensuite d'examiner si les conséquences qui sont tirées de l'analyse des indicateurs de la catégorie « degré de gravité fonctionnel » résistent à l'examen sous l'angle de la catégorie « cohérence ». Cette seconde catégorie comprend les indicateurs liés au comportement de l'assuré (ATF 141 V 281 consid. 4.4). À ce titre, il convient notamment d'examiner si les limitations fonctionnelles se manifestent de la même manière dans la vie professionnelle et dans la vie privée, de comparer les niveaux d'activité sociale avant et après l'atteinte à la santé ou d'analyser la mesure dans laquelle les traitements et les mesures de réadaptation sont mis à profit ou négligés. Dans ce contexte, un comportement incohérent est un indice que les limitations évoquées seraient dues à d'autres raisons qu'une atteinte à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.3).

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

Il s'agit ici de se demander si l'atteinte à la santé limite l'assuré de manière semblable dans son activité professionnelle ou dans l'exécution de ses travaux habituels et dans les autres activités (par exemple, les loisirs). Le critère du retrait social utilisé jusqu'ici doit désormais être interprété de telle sorte qu'il se réfère non seulement aux limitations mais également aux ressources de l'assuré et à sa capacité à les mobiliser. Dans la mesure du possible, il convient de comparer le niveau d'activité sociale de l'assuré avant et après la survenance de l'atteinte à la santé (ATF 141 V 281 consid. 4.4.1).

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

L'interruption de toute thérapie médicalement indiquée sur le plan psychique et le refus de participer à des mesures de réadaptation d'ordre professionnel sont des indices importants que l'assuré ne présente pas une évolution consolidée de la

douleur et que les limitations invoquées sont dues à d'autres motifs qu'à son atteinte à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 9C_569/2017 du 18 juillet 2018 consid. 5.5.2).

La prise en compte d'options thérapeutiques, autrement dit la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, permet d'évaluer le poids effectif des souffrances. Tel n'est toutefois pas le cas lorsque le comportement est influencé par la procédure assécurologique en cours. Il ne faut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsque le refus ou la mauvaise acceptation du traitement recommandé est la conséquence d'une incapacité (inévitable) de l'assuré à reconnaître sa maladie (anosognosie). Les mêmes principes s'appliquent pour les mesures de réadaptation. Un comportement incohérent de l'assuré est là aussi un indice que la limitation fonctionnelle est due à d'autres raisons qu'à l'atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4.2).

3.6 Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1). La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. Dans le cas des maladies psychiques, les indicateurs sont importants pour évaluer la capacité de travail, qui - en tenant compte des facteurs incapacitants externes d'une part et du potentiel de compensation (ressources) d'autre part -, permettent d'estimer la capacité de travail réellement réalisable (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_286/2020 du 6 août 2020 consid. 4 et la référence).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3). Il faut en outre que le médecin dispose de la formation spécialisée

nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêt du Tribunal fédéral 9C_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les références).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux.

Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références ; ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 143 V 269 consid. 6.2.3.2 et les références ; ATF 135 V 465 consid. 4.4. et les références ; ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGa) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; ATF 142 V 58 consid. 5.1; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5 ; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

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

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV n° 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

3.7 Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b et les références ; 125 V 193 consid. 2 et les références ; cf. 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et la référence).

3.8 Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices

résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

4. En l'espèce, le recourant soutient que le volet psychiatrique de l'expertise du H_____ n'est pas convaincant, du fait des lacunes qu'il comporte.

Il convient donc d'examiner la valeur probante de l'expertise sur laquelle se fonde la décision litigieuse.

La chambre de céans relève tout d'abord qu'à la forme, l'expertise, qui comprend les données objectives du dossier - soit les pièces médicales, les données subjectives de l'assuré, l'anamnèse, l'examen psychiatrique - comporte une partie relative à l'analyse des indicateurs jurisprudentiels pertinents, ainsi que des conclusions et réponses claires aux questions. Elle remplit ainsi tous les réquisits jurisprudentiels. L'aspect formel ne semble d'ailleurs pas être critiqué par le recourant.

En revanche, pour ce qui est du fond, la chambre de céans relève que, pour diverses raisons, le volet psychiatrique de l'expertise, et particulièrement les conclusions auxquelles il aboutit, ne sont pas convaincants.

Tout d'abord, il sied de relever que, si les pièces médicales sont bien listées dans l'expertise, elles ne sont pas prises en compte ni discutées par l'expert psychiatre. Ce dernier ne prend en particulier pas position sur l'opinion médicale divergente des médecins traitants ni ne motive ses propres conclusions. Il ne tient pas non plus compte des plaintes du recourant. Au final, l'expert semble exclusivement fonder ses conclusions sur son propre examen clinique lequel paraît plutôt sommaire, dans la mesure où l'expert n'indique pas avoir procédé aux tests usuels pour évaluer l'état dépressif ou l'anxiété.

Sur cette base, l'expert conclut à une situation exempte de toute psychopathologie spécifique et encore moins incapacitante. Il ne discute pas les avis médicaux détaillés et motivés qui figurent pourtant dans le long résumé des pièces médicales

à disposition des experts (Expertise, pages 19 et 21), se contentant d'écarter les diagnostics qui y figurent sans réelle motivation.

Concernant le diagnostic de trouble dépressif récurrent, il le rejette du fait que l'expertisé est né en 1987 alors que « cette psychologie diagnostique, cause des troubles bipolaires, débute durant la cinquième décennie » et qu'il n'y a « à l'évidence pas d'épisode dépressif » au sens de la classification internationale des maladies (CIM), « les items sémiologiques requis » faisant défaut (p. 61).

À nouveau, cette analyse omet non seulement les différents rapports médicaux figurant au dossier du recourant, mais également divers éléments de la lignée dépressive, évoqués à l'anamnèse par l'intéressé non discutés.

L'expert écarte tout diagnostic de la lignée dépressive essentiellement sur la base de quelques éléments relevés lors de l'entretien et repris à de multiples reprises dans l'expertise, à savoir que : « le recourant a su se marier » (p. 31, 59), est parti en vacances (p. 31, 32, 38, 52, 53, 55, 58) et a un réseau relationnel amical fonctionnel (p. 31, 55, 59, 60, 62, 63).

Ces explications sont cependant décontextualisées et peu nuancées. Ainsi, si le recourant est effectivement marié, il vit seul, son épouse demeurant au Kosovo depuis leur mariage. C'est d'ailleurs au Kosovo, dans un cadre familial et auprès de son épouse que le recourant a passé les seules vacances dont l'expertise fait mention. En outre, le contenu de ces vacances n'a pas été abordé lors de l'expertise, le Dr G_____ retenant que leur seule existence permet d'établir une absence de baisse thymique et la présence d'une capacité hédonique.

L'existence d'un réseau relationnel amical fonctionnel est également discutable, bien que non discuté par l'expert, chez un individu qui indique expressément être tout le temps tout seul, esseulé et ne pas avoir d'amis (p. 31, 61). L'expert écarte rapidement ces déclarations, estimant qu'elles sont incohérentes avec d'autres propos du recourant selon lesquels il partage des cigarettes et des cafés avec des amis, de manière vespérale, après leur journée de travail (p. 31, 60) ou que des amis lui ont prêté de l'argent dont ils demandent maintenant le remboursement (p. 52). À nouveau, le raisonnement semble un peu court, étant rappelé que l'expert avait tout le loisir de questionner l'intéressé afin d'obtenir des clarifications sur ces potentielles contradictions. De telles investigations complémentaires paraissent d'autant plus nécessaires que l'intéressé ne parle pas français et que ses propos (et donc ses éventuelles incohérences) étaient ainsi retranscrits par un interprète. Surtout, l'isolement social, la solitude et la difficulté de communiquer du recourant sont mentionnés de manière récurrente par ses psychiatres comme des facteurs importants de sa dépression (cf. rapports médicaux du CAPPI du 14 novembre 2018 au 5 janvier 2022 du CAPPI Servette, pages 1246 à 1298 du dossier de l'intimé).

Enfin, l'expert met en avant que l'assuré a interrompu lui-même tout traitement pharmacologique antidépresseur, ce qui ne serait guère compatible notamment

avec l'inflexion thymique constante dont il fait état (p. 31). Il n'a cependant pas discuté les motifs de cet arrêt avec l'expertisé, ce quand bien même plusieurs rapports au dossier font état d'effets secondaires des différents traitements et de leur absence de bénéfice (cf. notamment le rapport du 3 septembre 2021 du Dr E._____).

En résumé, l'expert écarte un diagnostic posé et expliqué par les psychiatres traitants, pour des motifs peu compréhensibles et peu argumentés, sans même discuter l'analyse de ses confrères.

La manière dont l'expert écarte le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant paraît encore moins convaincante, dans la mesure où il se contente d'indiquer que ce syndrome « a été investigué au sein de notre travail selon les indicateurs de l'ATF du 3 juin 2015. Nous ne pouvons que nous éloigner de cette supposition diagnostique » (p. 31 et 61).

Aucune trace de ces investigations ne figure à l'expertise, alors que le recourant a fait état, lors de l'examen, de multiples symptômes d'allure somatoforme, soit notamment des céphalées, des douleurs oculaires, une scapulalgie gauche, une douleur thoracique, une lombalgie droite, des douleurs du membre inférieur droit permanentes. À nouveau, ces plaintes ne sont pas discutées, pas plus que les rapports des psychiatres traitants développant les motifs pour lesquels ils soupçonnent un syndrome douloureux somatoforme persistant.

Ces lacunes au stade du diagnostic posent évidemment problème quant à la validité de nombreux autres aspects de l'expertise. En effet, l'application de la grille d'évaluation des indicateurs selon l'ATF 141 V 281 présuppose l'existence d'un diagnostic d'un degré de gravité certain, émanant d'un expert, s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281, consid. 2.1 et 2.1.1).

En ne retenant pas de tels diagnostics et en les écartant de manière non convaincante, l'expertise ne permet pas un tel examen. Ainsi, à titre d'exemple, l'indicateur de comorbidités (entre les effets d'atteintes considérées inexistantes) ne peut être investigué de manière pertinente. Il en va de même de l'indicateur des chances de succès du traitement relativement auquel l'expert relève : « les chances de guérison d'une absence de psychopathologie spécifique sont bonnes » (p. 30 et 62).

Pour cette raison également, l'expertise ne peut pas être considérée comme probante et ses conclusions relatives notamment à la capacité de travail ne peuvent être suivies.

À cet égard, comme le relève à juste titre le recourant, il n'est pas non plus satisfaisant que l'expert psychiatre indique que la capacité sur le plan psychique est pleine de tout temps, mais sans indiquer comment il évalue son évolution depuis 2018. Pourtant, les rapports des médecins des HUG qui ont suivi l'intéressé dès 2018 relèvent que ce n'est qu'en 2021 que son état de santé

psychique s'est amélioré permettant, selon eux, d'estimer alors la capacité de travail à 80% (rapport des HUG du 17 janvier 2022). Auparavant, soit en novembre 2018, le médecin du CAPPI notait un épisode dépressif sévère avec des idées de mort passive et un score au questionnaire de Beck de 50/63 (rapport des HUG du 6 novembre 2018). En mars 2019, c'était une composante dépressive en pénétration, une thymie triste, une anxiété des troubles du sommeil, une anhédonie, une aboulie, une perte de l'élan vital qui était décrite. Le recourant expliquant passer ses journées devant la télévision en s'occupant de sa jambe et ne sortir que pour les rendez-vous médicaux ou quand un ami lui propose de le voir ce qui n'est pas fréquent (rapport des HUG du 4 mars 2019). Un usage excessif d'alcool durant une certaine période en 2019 est également relaté dans les documents établis par les médecins du CAPPI (rapports des 11 novembre 2019 et 17 janvier 2022). En novembre 2019, il était fait état d'un épisode dépressif modéré à sévère stationnaire et notait que le recourant restait souvent enfermé, n'avait pas de loisirs, à part regarder un peu la télévision. Il était également indiqué qu'il voyait parfois des amis, mais peu de temps, car ces derniers étaient occupés et s'éloignaient peu à peu de lui (rapport des HUG du 11 novembre 2019).

À nouveau, bien que toutes ces pièces figurent au dossier, elles ne sont pas prises en compte par l'expert psychiatre et l'évolution de la capacité de travail au fil du temps n'est pas analysée.

Pour l'ensemble de ces raisons, le volet psychiatrique de l'expertise ne peut pas être considéré comme probant.

Pour autant, les rapports des psychiatres traitants, attestant d'atteintes à la santé et d'une capacité de travail réduite, ne suffisent pas non plus à trancher la cause eu égard à leur faible densité de motivation. Ils ne permettent notamment pas de se déterminer sur la capacité de travail du recourant à l'aune des indicateurs développés par la jurisprudence applicable en matière de troubles psychiques.

Partant, il est indispensable de compléter l'instruction médicale en ordonnant une nouvelle expertise psychiatrique.

5. En l'état, il n'apparaît en revanche pas nécessaire de faire procéder à une nouvelle expertise orthopédique, dans la mesure où les conclusions de la Dre F_____ sont convaincantes et sont d'ailleurs admises par le recourant. L'experte en chirurgie orthopédique ne faisant en outre aucune référence au volet psychiatrique de l'expertise, le seul fait que celui-ci soit écarté ne porte pas atteinte à sa valeur probante. Il pourrait cependant en aller autrement s'il appert que les constatations et résultats de l'expertise psychiatrique à venir peuvent avoir une incidence ou donner un éclairage différent sur l'appréciation orthopédique et pluridisciplinaire de la situation.

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

Statuant préparatoirement

- I. Ordonne une expertise psychiatrique de Monsieur A_____.
- Commet à ces fins la Dre I_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Dit que la mission d'expertise sera la suivante :
- A. Prendre connaissance du dossier de la cause.
 - B. Si nécessaire, prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité la personne expertisée notamment les psychiatres étant intervenus auprès du centre ambulatoire de psychiatrie et de psychothérapie intégrées (CAPPI) de la Servette ainsi que la Dre C_____.
 - C. Examiner et entendre la personne expertisée et si nécessaire, ordonner d'autres examens.
 - D. Charge l'expert d'établir un rapport détaillé comprenant les éléments suivants :
 - 1. Anamnèse détaillée (avec la description d'une journée-type)**
 - 2. Plaintes de la personne expertisée**
 - 3. Status clinique et constatations objectives**
 - 4. Diagnostics (selon un système de classification reconnu)**

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

 - 4.1 Avec répercussion sur la capacité de travail
Dates d'apparition
 - 4.2 Sans répercussion sur la capacité de travail
Dates d'apparition
 - 4.3 Quel est le degré de gravité de chacun des troubles diagnostiqués (faible, moyen, grave) ?
 - 4.4 Y a-t-il exagération des symptômes ou constellation semblable (discordance substantielle entre les douleurs décrites et le comportement observé ou l'anamnèse, allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, absence de demande de soins médicaux, plaintes très démonstratives laissant insensible l'expert, allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) ?

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

5. Limitations fonctionnelles

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

Dates d'apparition

- 5.2 Les plaintes sont-elles objectivées ?

6. Cohérence

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

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

- 6.3 Est-ce qu'il y a des discordances entre les plaintes et le comportement de la personne expertisée, entre les limitations alléguées et ce qui est connu des activités et de la vie quotidienne de la personne expertisée ? En d'autres termes, les limitations du niveau d'activité sont-elles uniformes dans tous les domaines (professionnel, personnel) ?

- 6.4 Quels sont les niveaux d'activité sociale et d'activités de la vie quotidienne (dont les tâches ménagères) et comment ont-ils évolué depuis la survenance de l'atteinte à la santé ?

- 6.5 Dans l'ensemble, le comportement de la personne expertisée vous semble-t-il cohérent et pourquoi ?

7. Personnalité

- 7.1 Est-ce que la personne expertisée présente un trouble de la personnalité selon les critères diagnostiques des ouvrages de référence et si oui, lequel ? Quel code ?

- 7.2 Est-ce que la personne expertisée présente des traits de la personnalité pathologiques et, si oui, lesquels ?

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

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

8. Ressources

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

- 8.2 Quelles sont les ressources résiduelles de la personne expertisée sur les plans :
- a) psychique
 - b) mental
 - c) social et familial. En particulier, la personne expertisée peut-elle compter sur le soutien de ses proches ?

9. Capacité de travail

- 9.1 Dater la survenance de l'incapacité de travail durable dans l'activité habituelle pour chaque diagnostic, indiquer son taux pour chaque diagnostic et détailler l'évolution de ce taux pour chaque diagnostic.
- 9.2 La personne expertisée est-elle capable d'exercer son activité lucrative habituelle ?
- 9.2.1 Si non, ou seulement partiellement, pourquoi ? Quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ?
- 9.2.2 Depuis quelle date sa capacité de travail est-elle réduite/ nulle ?
- 9.3 La personne expertisée est-elle capable d'exercer une activité lucrative adaptée à ses limitations fonctionnelles ?
- 9.3.1 Si non, ou dans une mesure restreinte, pour quels motifs ? Quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ?
- 9.3.2 Si oui, quel est le domaine d'activité lucrative adaptée ? À quel taux ? Depuis quelle date ?
- 9.3.3 Dire s'il y a une diminution de rendement et la chiffrer.
- 9.4 Comment la capacité de travail de la personne expertisée a-t-elle évolué depuis juin 2018 ?
- 9.5 Des mesures médicales sont-elles nécessaires préalablement à la reprise d'une activité lucrative ? Si oui, lesquelles ?
- 9.6 Quel est votre pronostic quant à l'exigibilité de la reprise d'une activité lucrative ?

10. Traitement

- 10.1 Examen du traitement suivi par la personne expertisée et analyse de son adéquation.
- 10.2 Est-ce que la personne expertisée s'est engagée ou s'engage dans les traitements qui sont raisonnablement exigibles et possiblement efficaces dans son cas ou n'a-t-elle que peu ou pas de demande de soins ?

- 10.3 En cas de refus ou mauvaise acceptation d'une thérapie, cette attitude doit-elle être attribuée à une incapacité de la personne expertisée à reconnaître sa maladie ?
- 10.4 Propositions thérapeutiques et analyse de leurs effets sur la capacité de travail de la personne expertisée.
- 10.5 En cas de prise de psychotropes et d'antidouleurs, prière d'effectuer un dosage sanguin afin d'évaluer la compliance de l'assuré.

11. Appréciation d'avis médicaux du dossier

- 11.1 Êtes-vous d'accord avec les avis des différents psychiatres ayant suivi l'intéressé auprès du CAPPI de la Servette (cf. pages 1244 à 1298 du dossier de l'OAI). En particulier avec les rapports des 6 novembre 2018, 2 octobre 2019, 28 octobre 2020, 14 octobre et 9 décembre 2021 faisant état d'un diagnostic de trouble dépressif récurrent avec des épisodes dépressifs légers à sévères selon les périodes et relatant l'évolution du status psychiatrique ? Si non, pourquoi ?
- 11.2 Êtes-vous d'accord avec les avis de la Dre C_____ du 21 juin 2018 et du 19 juillet 2023 ? En particulier avec le diagnostic évoqué de possible trouble somatoforme ?
- 11.3 Êtes-vous d'accord avec l'expertise du Dr G_____ du 6 juillet 2022 ? En particulier avec les diagnostics écartés, l'absence de limitations fonctionnelles constatées et l'estimation d'une capacité de travail de 100% depuis toujours ? Si non, pourquoi ?

12. Quel est le pronostic ?

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

14. Faire toutes autres observations ou suggestions utiles.

II. Invite l'expert à déposer, **dans les meilleurs délais**, son rapport en trois exemplaires auprès de la chambre de céans.

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

La greffière

La présidente

Nathalie KOMAISKI

Marine WYSSENBACH

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