

GE_GERICHTE A/4120/2018 vom 12. März 2020

GE Cour de justice, 2020-03-12, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_4120_2018

FR: GE_GERICHTE A/4120/2018 du 12 mars 2020

IT: GE_GERICHTE A/4120/2018 del 12 marzo 2020

Erwägungen

E. 10

ème Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié à LES ACACIAS, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Marie-Josée COSTA recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Monsieur A_____ (ci-après: l'assuré), né le _____ 1975, électronicien, a déposé une demande de prestations auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après: l'OAI) le 26 avril 2016. Il était suivi, depuis 1995, par le docteur B_____, spécialiste FMH en médecine générale, et par le docteur C_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, depuis mars 2016. L'atteinte à la santé relevait de la « maladie », existant depuis 1995. 2. Le 28 juin 2016, le service médical régional (ci-après : le SMR) a invité le psychiatre traitant à lui indiquer quelle était l'atteinte à la santé de son patient, si celle-ci était incapacitante, et dans l'affirmative depuis quand, et pour quelles raisons médicales l'assuré n'était pas en mesure de reprendre une activité professionnelle. 3. Le 15 juillet 2016, le Dr C_____ a répondu au SMR en mentionnant que l'assuré présentait un trouble dysthymique (F60.2) ainsi qu'une dépendance aux opiacés qui était actuellement gérée au moyen d'un régime de maintenance ou de substitution sous surveillance médicale (F11.22). S'y ajoutait une personnalité dyssociale et émotionnellement labile de type borderline (F60.31). L'atteinte était incapacitante depuis 2005, suite à des hospitalisations à l'hôpital psychiatrique de Belle-Idée pour décompensations psychotiques. L'état actuel de l'assuré ne lui permettait de s'investir ni dans une activité professionnelle ou occupationnelle « moyennement structurée », ni dans un projet de réinsertion professionnelle. 4. Sur cette base, le médecin SMR a établi un rapport final subséquent aux termes duquel il n'a reconnu aucune incapacité de travail. L'assuré avait été capable de se former et d'obtenir un CFC en 1995 et malgré des périodes de décompensation psychotique, il ne souffrait d'aucune atteinte psychiatrique incapacitante en soi. Par ailleurs, il avait exercé un emploi de durée déterminée à plein temps chez Caritas du 3 janvier au 3 juillet 2012. Tout portait à croire que la toxicomanie de l'assuré, selon toute vraisemblance, était primaire. Quant à la personnalité dyssociale, elle ne constituait en aucun cas une cause d'incapacité de travail. En conclusion, il n'existait aucune atteinte à la santé au sens de l'assurance-invalidité et les diagnostics posés par le Dr C_____ étaient sans influence sur la capacité de travail exigible de l'assuré qui était entière dans l'activité habituelle et dans toute activité. 5. Par projet de décision du 26 janvier 2017, confirmé par décision du 7 mars 2017, l'OAI a rejeté la demande de prestations du 26 avril 2016, motif pris que la capacité de travail de l'assuré était entière dans toute activité entrant en ligne de compte. 6. Dans un rapport du 5 avril 2017, le Dr C_____ a rappelé les diagnostics déjà évoqués le 15 juillet 2016, incapacitants depuis 2005 selon lui, en précisant qu'ils se manifestaient par une fatigue chronique, de la tristesse, de l'anxiété, un manque d'énergie et d'élan vital, une aboulie et

une labilité émotionnelle lors de confrontations aux situations impliquant une frustration, des insomnies, des troubles des fonctions exécutives avec une grande difficulté à prioriser et planifier les tâches, ainsi qu'un manque de confiance en soi. La chronicité de sa maladie ainsi que l'absence d'un traitement spécialisé l'avaient empêché de consolider ses acquis après l'obtention d'un CFC; il avait vécu dans la marginalité avec un manque d'investissement sur le plan professionnel et social. Depuis qu'il bénéficiait d'un traitement psychothérapeutique à raison d'une séance tous les quinze jours, complété par un traitement psychopharmacologique quotidien (Cipralex et L-Polamidon), il avait évolué de manière satisfaisante. Si le pronostic était favorable concernant l'amélioration de la qualité de vie, on ne pouvait nullement en dire autant pour la capacité de travail dans une activité moyennement structurée. 7. Par avis du 21 avril 2017, le médecin SMR a estimé après réexamen qu'en tenant compte de l'atteinte à la santé annoncée par le Dr C_____ et du parcours professionnel de l'assuré, le dossier ne comportait pas d'anamnèse circonstanciée corroborant la probabilité d'une toxicomanie primaire. Aussi, convenait-il de reprendre l'instruction médicale, soit de questionner tous les médecins traitants - somaticiens et psychiatres -, et d'obtenir les rapports d'hospitalisation, notamment afin de se prononcer en pleine connaissance de cause sur la nature même de la toxicomanie et de ses éventuelles conséquences sur la capacité de travail. 8. Statuant sur le recours interjeté par l'assuré contre la décision du 7 mars 2017, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice a admis celui-ci par arrêt du 24 mai 2017 (ATAS/413/2017), annulé l'acte attaqué et renvoyé la cause à l'OAI pour instruction complète sur le plan médical, cas échéant par la mise en oeuvre d'une expertise, et nouvelle décision. 9. Dans un avis du 11 septembre 2017, le SMR a estimé qu'en vue d'investiguer l'atteinte psychique de l'assuré, de déterminer, d'une part, si sa toxicomanie était primaire ou secondaire, s'il présentait une atteinte psychique incapacitante, notamment un trouble de la personnalité décompensée et, d'autre part, quelle était l'exigibilité du suivi et du traitement, il était nécessaire d'ordonner une expertise psychiatrique et, en parallèle, de demander les rapports d'hospitalisation de Belle-Idée pour l'expert. 10. Invité par l'OAI, à adresser les rapports d'hospitalisation de l'assuré à Belle-Idée, le psychiatre traitant a répondu le 25 septembre 2017 que le patient n'avait jamais été hospitalisé à Belle-Idée. 11. Par courrier du 11 octobre 2017, l'OAI a informé l'assuré de la mise en place de l'expertise médicale psychiatrique, en indiquant le nom de l'expert pressenti, la liste des questions à lui poser, en offrant la possibilité à l'assuré de poser d'éventuelles questions supplémentaires et de se prononcer sur d'éventuelles objections fondées quant à la désignation de l'expert pressenti. 12. L'expert désigné, le docteur D_____, FMH en psychiatrie et psychothérapie à Genève, a rendu son rapport le 6 novembre 2017. Celui-ci était basé sur la lecture du dossier, un entretien de trois heures avec l'expertisé, en date du 24 octobre 2017, un entretien téléphonique de vingt minutes avec son médecin généraliste traitant, le docteur E_____, spécialiste en médecine interne, et un entretien téléphonique de quinze minutes avec le Dr C_____. Après avoir établi le status clinique de l'assuré, retracé son anamnèse et recueilli ses plaintes, le Dr D_____ a considéré que les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel modéré sans symptômes psychotiques (F33.2), et troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de drogues multiples et troubles liés à l'utilisation d'autres substances psychoactives, syndrome de dépendance, avec suivi actuel d'un régime de substitution sous surveillance médicale (F19.22), avaient une incidence sur la capacité de travail, contrairement à la personnalité borderline (F60.3). Cependant, la préexistence de ce dernier diagnostic tendait à rendre l'évolution du trouble dépressif et de la polytoxicomanie plus défavorable que dans

la population générale, c'est-à-dire avec un risque de comorbidité et de chronicisation accru. Ainsi, le trouble dépressif et la toxicomanie, sur fond de personnalité émotionnellement labile, influent de façon significative sur son fonctionnement habituel, même dans les activités les plus banales comme à son domicile. De plus, ses troubles psychiques et mentaux limitaient sa capacité d'organisation, de motivation, de collaboration avec autrui et de résistance au stress. Invité à se prononcer sur la thérapie suivie jusqu'à présent, l'expert a estimé que le suivi nécessaire avait été mis en place et qu'il était bien fonctionnel. S'agissant de la coopération de l'assuré au cours des thérapies effectuées, elle n'avait pas toujours été optimale depuis 1994, la difficulté à s'investir dans une relation constituant un des symptômes principaux du trouble de la personnalité borderline ; et cela concernait également la relation d'aide. Depuis 2009 cependant, il était suivi très régulièrement par son médecin généraliste et, depuis trois ans, par le Dr C_____ également. Cela étant, cette alliance ne débouchait pas sur une alliance efficiente. Invité à se prononcer sur les options thérapeutiques encore ouvertes, le Dr D_____ a indiqué qu'au vu de la fixation du trouble de la personnalité, il y avait peu de perspectives d'amélioration, même s'il convenait d'adapter à la hausse son traitement antidépresseur et de valider la compliance de l'assuré par des monitorings répétés, de manière à suivre aisément son évolution alcoolique. Cependant, il n'y avait pas de bénéfice majeur à attendre du traitement, si ce n'était une limitation des symptômes. Prié de donner des indications relatives à la coopération de l'assuré au cas où ses propres efforts de réadaptation n'auraient pas été couronnés de succès, l'expert a indiqué que cette coopération était de plus en plus fragilisée en raison de la dépression chronique de l'intéressé (retrait social, aboulie, procrastination, perte de l'élan vital, absence de projection dans l'avenir, pessimisme), du syndrome de dépendance sévère (consommation d'héroïne ayant entraîné les difficultés cognitives irréversibles que l'assuré présentait aujourd'hui avec, au status clinique, des difficultés de mémoire différée, la nécessité de le recentrer sur les questions posées en raison de difficultés exécutives à planifier et à s'organiser) et du trouble grave de la personnalité borderline (comportements impulsifs et/ou dysfonctionnels dans les relations interpersonnelles, notamment en cas de conflits, avec vécu de jugement et de méfiance, tendance à la projectivité) au sujet duquel le Dr C_____, joint par téléphone, avait fait part de faibles perspectives d'amélioration et d'un fonctionnement d'évitement. Vu la gravité et la chronicité des troubles psychiatriques de l'assuré, des mesures de réadaptation n'étaient actuellement pas exigibles. Sous l'angle de la cohérence, le Dr D_____ ne notait aucune divergence entre les symptômes décrits et les observations faites par son psychiatre traitant d'une part, et le comportement de l'assuré en situation d'examen d'autre part. Si divergences il y avait, celles-ci reposaient sur les appréciations des capacités fonctionnelles rédigées dans les certificats de travail et le vécu exprimé de l'assuré lors de ses périodes d'activité professionnelle. L'assuré ne travaillait plus depuis 2008 (excepté une courte période de six mois en 2012), suite à des troubles psychiatriques, qui s'étaient aggravés depuis 2005 (selon l'anamnèse et le certificat du 5 avril 2017 du Dr C_____), au point qu'actuellement, il n'était plus capable de maintenir une activité professionnelle ou occupationnelle ni de s'occuper de son ménage. Sa capacité de travail était nulle dans toute activité. Son atteinte à la santé s'était développée depuis l'adolescence (trouble de la personnalité borderline) et avait mené à une toxicomanie et à un état dépressif chronicisés. Il n'avait pu valider son cursus de formation qu'avec difficulté et son adaptation au travail était devenue de plus en plus compromise avec la poursuite des consommations de drogues. De plus, il n'avait plus travaillé dans aucun domaine depuis 2008 - excepté six mois en 2012. 13. Par avis du 6 décembre 2017, relatif au rapport

d'expertise du Dr D_____, le SMR a observé que l'expert concluait aux atteintes suivantes avec répercussion sur la capacité de travail : un trouble dépressif récurrent, épisode actuel modéré, sans symptômes psychotiques, et des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de drogues multiples et troubles liés à l'utilisation d'autres substances psychoactives, syndrome de dépendance, l'expertisé suivant actuellement un régime de substitution, sous surveillance médicale ; et sans effet sur la capacité de travail, les diagnostics suivants : personnalité borderline. Le SMR relevait toutefois qu'alors que les diagnostics retenus comme incapacitants ne l'étaient pas au sens de l'assurance-invalidité, l'expert expliquait retenir une capacité de travail nulle dans toute activité depuis 2005, avec peu d'espoir d'amélioration, principalement en raison d'un grave trouble de la personnalité et avec comorbidités addictives et dépressives chronicisées. Il retenait cependant ce trouble comme non incapacitant. L'expert retenait en outre comme limitation fonctionnelle, un abaissement de l'humeur avec des idées suicidaires, une réduction de l'énergie et de la motivation, une anhédonie, une aboulie, un retrait social, une diminution de l'aptitude à se concentrer, une fatigue importante et une difficulté à accomplir les tâches de la vie quotidienne pour l'aspect dépressif et une instabilité des relations interpersonnelles, de l'image de soi, des affects avec une impulsivité marquée, une difficulté dans la gestion des émotions pour le trouble de la personnalité borderline. Il retenait également une limitation de la capacité d'organisation, de motivation, de collaboration avec autrui et de résistance au stress. Le SMR a conclu qu'au vu des incohérences et contradictions majeures que comportait cette expertise (à savoir des limitations fonctionnelles retenues et une capacité de travail jugée nulle dans toute activité principalement en lien avec un diagnostic non incapacitant), il ne pouvait pas en suivre les conclusions. Il proposait dès lors la mise en place d'une nouvelle expertise afin d'investiguer l'atteinte psychique de l'assuré, de déterminer si la toxicomanie était primaire ou secondaire, si l'assuré présentait une atteinte psychique incapacitante (notamment un trouble de la personnalité décompensée) et de déterminer également l'exigibilité du suivi et du traitement. Le nouvel expert pressenti était le docteur F_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie à Lausanne. 14. Par courrier du 2 février 2018, l'OAI a informé l'assuré de la mise en place de cette nouvelle expertise, et lui a imparti un délai pour poser d'éventuelles questions complémentaires (à celles annexées) à l'expert et faire valoir d'éventuels motifs de récusation à l'encontre du Dr F_____. 15. Le Dr F_____ a rendu son rapport d'expertise le 5 juillet 2018. Celui-ci se fondait sur un entretien personnel de l'expert avec l'assuré du 27 avril 2018, des tests psychométriques (et leurs corrections) que l'expert a fait passer à l'assuré le 3 avril 2018, ainsi que sur le dossier soumis par l'OAI. Sur le plan anamnestique, l'expert a relevé que le début de la consommation de drogues remontait à l'âge de 15 à 16 ans, l'assuré exposant avoir consommé essentiellement de l'ecstasy et de la cocaïne en fréquentant des rave parties avec ses amis. Ensuite, l'assuré était devenu rapidement dépendant de l'héroïne, d'abord utilisée pour permettre « la descente » des psychostimulants, avant d'être associée à la consommation d'alcool. Apparemment, pour avoir accès plus facilement à sa consommation d'héroïne, l'assuré s'était établi à Carouge et avait travaillé chez Fust de 1998 à 2001, employeur par lequel « il aurait été apprécié car globalement [il] consommait un « grip » soit 5 gr. d'héroïne par jour ». Néanmoins, en raison de son état de santé, l'assuré avait été licencié et avait retrouvé, deux ans plus tard, chez N_____ Trading, un poste qu'il aurait occupé de 2003 jusqu'à son licenciement en 2008. Au chapitre des « antécédents psychiatriques et extraits du dossier », l'expert a uniquement fait mention de la prescription d'Escitalopram® par le Dr C_____ et de la consommation d'alcool et de stupéfiants, la

consommation d'héroïne actuelle - apparemment réduite au cours de ces dernières années mais s'élevant tout de même à une fois par mois en moyenne - en fonction de ses revenus. Quant à la consommation d'alcool, elle avait toujours été problématique semble-t-il (« avant je prenais du whisky ») mais elle était un peu plus modérée ces dernières années (bière 2 l/jour minimum dès 12h00 ou 13h00), avec une hausse notable de la consommation (6 l/jour et, occasionnellement, du whisky) en cas de prise d'héroïne. Au registre des plaintes, l'assuré n'en avait pas en particulier, si ce n'était qu'il déclarait manquer souvent de motivation tout en reconnaissant être une charge pour la société. Son fonctionnement psychosocial (hors profession) était caractérisé par un sommeil relativement mauvais, un réveil entre 10h00 et 11h00, suivi d'un café puis de bière(s). Il passait ses journées à regarder la télévision, à jouer à la Playstation ou sur son ordinateur. Il sortait très peu car il y voyait peu d'intérêt. Selon l'expert, l'assuré n'en donnait pas moins le sentiment d'être très passif et indulgent face à lui-même. Le Dr F_____ a ensuite relevé les résultats des tests psychométriques d'hétéro-évaluation et d'auto-évaluation en en faisant la synthèse, distinguant les tests généraux des tests de personnalité. Il a également consigné ses observations lors de l'examen clinique du 27 avril 2018. Dans le cadre de la discussion, l'expert a procédé notamment à l'appréciation diagnostique et retenu uniquement des diagnostics sans incidence sur la capacité de travail : - dysthymie (F34.1) (diagnostic différentiel : trouble dépressif induit par l'alcool [F10.4] et par les opiacés [F11.14]) ; - personnalité état limite et immaturité psycho-affective [F60.3]). Prenant position sur les avis médicaux antérieurs, le Dr F_____ a indiqué que d'un point de vue psychopathologique, le dossier comprenait deux diagnostics bien distincts, celui de dysthymie, retenu à plusieurs reprises par le psychiatre traitant, alors que le Dr D_____ retenait, pour sa part, les diagnostics (avec effet sur la capacité de travail) de trouble dépressif récurrent, épisode actuel modéré sans symptômes psychotiques (F33.2) et troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de drogues multiples et troubles liés à l'utilisation d'autres substances psychoactives, syndrome de dépendance, avec suivi actuel d'un régime de substitution sous surveillance médicale (F19.22), et comme diagnostics sans effet sur la capacité de travail : personnalité borderline (F 60. 3). Analysant ces différents diagnostics, en rappelant les critères requis pour les retenir, l'expert a exclu le trouble dépressif majeur de gravité moyenne à sévère, retenant, à l'instar du Dr C_____, celui de dysthymie; il a relevé que si l'assuré paraissait plus somnolent et apragmatique, il s'agissait là des conséquences de sa consommation d'alcool et d'héroïne. Dans ce cas, il aurait fallu, de l'avis du Dr F_____, plutôt constater un trouble dépressif induit par une substance (héroïne et/ou alcool), probablement de gravité légère au vu des éléments anamnestiques du rapport du médecin traitant qui le suivait régulièrement depuis mars « 2019 » (recte : probablement 2017). Le Dr F_____ a ajouté qu'il n'y avait « aucune évidence » en faveur d'antécédents d'épisodes de dépression majeure, ni de symptômes psychotiques nécessitant une hospitalisation, ce qui avait été confirmé par le bref rapport manuscrit du psychiatre traitant sur une ordonnance médicale datée du 25 septembre 2017. S'agissant des troubles de l'usage des opiacés et de l'alcool, l'expert a conclu que l'on pouvait parler, au vu des quantités de bière absorbées quotidiennement, d'un trouble de l'usage de l'alcool moyen à sévère. En revanche, le trouble de l'usage de l'héroïne paraissait léger, car l'assuré n'avait pas les moyens financiers d'accéder fréquemment à cette substance. Sur la base d'observations détaillées, l'expert a conclu à un trouble de l'usage de l'alcool et des opiacés primaire. En effet, l'intéressé avait débuté la consommation de différents toxiques, notamment l'héroïne et l'alcool, dans un contexte festif, autrement dit sans relation avec une

problématique psychique au premier plan. Il a rappelé également que cette consommation ne se greffait pas sur une histoire personnelle difficile - puisque l'assuré paraissait au contraire avoir été souvent pris sous l'aile et protégé par ses parents, en particulier son père - et que le seul trouble de personnalité ne pouvait ni expliquer ni justifier. S'agissant d'un tel trouble, l'expert a remarqué que l'on ne savait pas si l'assuré avait des difficultés ou une certaine intolérance aux frustrations, celle-ci s'inscrivant également dans une consommation excessive d'alcool et d'héroïne. Ce trouble de la personnalité était limite et ne paraissait ni gravement décompensé ni suffisamment sévère pour expliquer un tant soit peu la toxicomanie. À cet égard, l'expert a rappelé que l'assuré ne souhaitait pas s'établir dans le canton du Jura, en raison d'éléments tout à fait concrets que l'intéressé expliquait par le menu: il y avait moins d'accès à la consommation de drogue dans le canton du Jura, les services sociaux étaient moins généreux et, d'autre part, il lui serait plus difficile d'obtenir un logement qui lui convienne. Sous l'angle de la cohérence, l'expert a retenu que celle-ci était bonne avec l'appréciation diagnostique du Dr C _____. En revanche, force était de constater qu'elle n'était pas superposable à l'appréciation du Dr D _____, qui ne se prononçait pas sur le caractère primaire ou secondaire de la dépendance à l'alcool et aux opiacés et classait celle-ci à tort dans les diagnostics avec effet sur la capacité de travail. Le Dr D _____ semblait avoir maximisé la problématique dépressive, contrairement au psychiatre traitant et lui-même (Dr F _____), sans tenir compte d'ailleurs, de l'impact des diverses consommations qui entraînait souvent passivité et apragmatisme. Le précédent expert paraissait avoir aussi largement sous-estimé l'importance de la consommation d'alcool, malgré une CDT [NDR : transferrine déficiente en carbohydrate] à plus de 5 %, ce qui n'était pas la moindre des contradictions. Les conclusions de cet expert étaient en ce sens peu pertinentes puisqu'elles se fondaient sur une appréciation erronée sur différents points. S'agissant de sa propre appréciation de la capacité de travail « sur le plan de la médecine des assurances », le Dr F _____ a indiqué qu'il retenait les diagnostics de dysthymie (affection qui, en tant que telle, n'avait aucune incidence sur la capacité de travail) et de trouble de l'usage de l'alcool et de l'héroïne primaire. C'était bien celui-ci, d'ailleurs, qui avait une incidence sur la capacité de travail. Les traits de personnalité ou personnalité borderline n'étaient « pas bruyants » et n'avaient pas empêché l'assuré d'exercer une activité lucrative jusqu'en 2008. En d'autres termes, si l'on excluait les dépendances secondaires, rien n'empêchait l'assuré de s'insérer professionnellement. Cependant, l'intéressé ne nourrissait pas un tel dessein et semblait se satisfaire de sa situation actuelle avec une existence relativement oisive qui lui permettait de s'adonner à ses loisirs, qu'il s'agisse de la télévision ou de la Playstation. Il avait des contacts sociaux avec sa famille, respectivement sa mère et son frère. Il n'y avait pas non plus de facteur de stress intercurrent majeur qui pût expliquer la chronicisation de sa consommation. L'isolement social ne paraissait guère l'affecter en tant que tel. L'expert n'avait dès lors aucune proposition de traitement. La prise en charge actuelle était réalisée dans les règles de l'art (psychothérapie et suivi délégué par un psychologue) et ses thérapeutes semblaient percevoir une certaine amélioration de l'équilibre psychique de l'assuré et de sa consommation. Quant au pronostic, l'expert a retenu qu'il était conditionné par les possibilités d'obtenir l'abstinence et son maintien, ce qui paraissait « illusoire en l'absence de demande motivée dans ce sens ». Une réadaptation de facto n'était pas indiquée. Néanmoins, il n'y avait aucune contre-indication à ce que l'assuré reprît son activité antérieure. Enfin, l'expert a répondu à toutes les questions posées et estimé en particulier que la capacité de travail de l'assuré était entière dans son activité habituelle, s'il parvenait à être sobre et à s'abstenir durablement de

consommer des opiacés. La diminution de rendement, l'incapacité de travail présente dès 2008 et l'évolution défavorable de celle-ci étaient totalement attribuables aux conséquences de sa consommation d'alcool et d'opiacés, qui était primaire. 16. Le 3 septembre 2018, après retour de l'expertise du Dr F_____, le SMR a considéré qu'il pouvait suivre les conclusions de ce médecin, son expertise étant convaincante. En conclusion il n'y avait pas d'atteinte à la santé au sens de l'assurance-invalidité mais uniquement des atteintes sans répercussion sur la capacité de travail (dysthymie [F34.1], personnalité état limite et immaturité psycho-affective [F60.3]). La capacité de travail exigible était de 100 % dans toute activité, sans aucune limitation fonctionnelle. 17. Par courrier du 4 septembre 2018, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision lui refusant le droit à une rente d'invalidité et à des mesures professionnelles. 18. Par courrier du « 31 septembre 2018 », l'assuré a contesté ce projet de décision en faisant valoir que l'expertise du Dr F_____ avait duré à peine 45 minutes et que ce médecin avait omis toute la période de l'adolescence ainsi que ses problèmes physiques et psychologiques avérés. L'expertise avait été bâclée et la décision était « déjà prise ». Par ailleurs, il était surprenant de n'avoir aucun retour de l'expertise du Dr D_____ qui avait été longue et complexe. Aussi, l'assuré a demandé la mise en oeuvre d'une nouvelle expertise. 19. Le 3 octobre 2018, l'OAI a transmis au Dr C_____, à la demande de l'assuré, une copie des rapports d'expertise des Drs D_____ et F_____. 20. Par pli du 18 octobre 2018, l'OAI a notifié une décision de refus de rente et mesures professionnelles identique au projet du 4 septembre 2018. 21. Dans un rapport du 14 novembre 2018, adressé au conseil du recourant, le Dr C_____ a indiqué que son patient souffrait d'un trouble dépressif chronique (dysthymie) dans le cadre d'une personnalité dyssociale et émotionnellement labile de type borderline. Son évolution chronique passait par des phases d'instabilité au cours desquelles il recourait aux toxiques comme mode de maîtrise d'une anxiété extrême - dans la relation à autrui - qui se manifestait depuis son enfance et son adolescence. On trouvait, dans ce sens, des éléments anamnestiques révélant une focalisation sur les aspects liés à la relation à autrui. Il en résultait une grande détresse qui le poussait à l'observation attentive d'autrui, ce qui avait pour conséquence l'évitement des situations sociales. Ses peurs l'avaient poussé à consommer de l'alcool et des opiacés pour pallier cet état. Sur ses phobies s'était greffé un trouble dépressif, caractérisé par une diminution de l'estime de soi et la peur d'être critiqué. En outre, l'impulsivité et l'instabilité, qui caractérisaient sa personnalité, s'ajoutaient à sa faible estime de soi et renforçaient sa conduite d'évitement ainsi que son refuge dans les substances. La consommation de ces dernières constituait donc un trouble secondaire, même si elle avait créé à son tour une problématique spécifique qui était en cours de traitement. Son état clinique était caractérisé par une fatigue chronique, de la tristesse, de l'angoisse, un manque d'énergie et d'élan vital, une aboulie et une labilité émotionnelle lors des confrontations aux situations impliquant une frustration. S'y ajoutaient des insomnies, un trouble des fonctions exécutives avec une grande difficulté à prioriser et planifier les tâches ainsi qu'un manque de confiance en soi. La chronicité de sa maladie ainsi que l'ensemble d'un traitement spécialisé l'avaient empêché de consolider ses acquis après l'obtention d'un CFC. Il avait vécu ensuite dans la marginalité avec un manque d'investissement sur le plan professionnel et social. Bien qu'il connût, depuis le début de son traitement psychothérapeutique et pharmacologique (antidépresseur Cipralex et opioïde de synthèse L-Polamidon), une évolution satisfaisante, les graves troubles de la personnalité avec des éléments addictifs et dépressifs chronicisés n'en nécessitaient pas moins la poursuite de ce suivi afin de limiter la consommation d'héroïne et d'alcool. Sa bonne

compliance pharmacologique et psychothérapeutique se traduisait par une amélioration significative de sa qualité de vie mais non de sa capacité de travail dans une « activité moyennement structurée ». En conséquence, le Dr C_____ soutenait le recourant dans ses démarches en vue de l'octroi d'une rente d'invalidité, tout en précisant que des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées. À l'exception d'une parenthèse en 2012, le recourant n'avait plus travaillé depuis 2008. À noter que les périodes d'activité professionnelle passées n'avaient pas empêché la poursuite de la consommation de toxiques avec beaucoup de difficultés professionnelles à la clé (incapacité de participer aux réunions obligatoires, de porter des charges, d'assumer des responsabilités, etc.). Prenant position au sujet de deux expertises réalisées à six mois d'intervalle, le Dr C_____ a fait part de son étonnement au sujet de l'expertise du Dr F_____, qu'il ne comprenait pas, d'autant que cet expert n'avait pas les compétences nécessaires dans le domaine de l'addictologie et de la comorbidité psychiatrique secondaire à celle-ci. Aussi, le Dr C_____ pensait qu'une nouvelle expertise, confiée à un expert spécialisé dans le domaine des conduites addictives, serait indiquée afin d'y intégrer les dernières données cliniques consignées dans son rapport du 14 novembre 2018. 22. Le 26 novembre 2018, l'assuré, assisté d'un conseil, a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice d'un recours contre cette décision, concluant préalablement, à l'audition des Drs D_____ et C_____ et à la mise en oeuvre d'une expertise judiciaire; principalement, à l'annulation de la décision du 18 octobre 2018 et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} octobre 2016 et, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'intimé pour réalisation d'une expertise, le tout sous suite de dépens. À l'appui de ses conclusions, le recourant reproche en substance à l'intimé d'avoir mandaté, sans l'en informer préalablement des motifs, un second expert, alors que le premier avait conclu à une incapacité de travail totale. Ce mode de procéder n'était pas conforme au principe de l'expertise consensuelle, et partant son droit d'être entendu avait été violé. L'instruction complémentaire était lacunaire et ne respectait pas l'arrêt du 24 mai 2017 dans lequel la chambre de céans avait constaté que l'intimé n'avait pas questionné tous les médecins qui suivaient le recourant. En particulier, le psychiatre traitant n'avait pas été appelé à rendre un rapport médical circonstancié. Il apparaissait toutefois à lecture du dossier qu'après la reprise de l'instruction ordonnée par l'arrêt du 24 mars 2017, l'intimé n'avait pas sollicité un tel rapport ni interrogé les autres médecins du recourant, notamment le Dr E_____. Dans ces circonstances, l'intimé avait ordonné une première expertise psychiatrique reposant sur un dossier lacunaire. L'expert D_____ avait néanmoins conclu, après une analyse complète du dossier, un long entretien de plusieurs heures et des prélèvements sanguins, que le recourant ne disposait d'aucune capacité de travail. Le SMR avait estimé, dans un avis du 6 décembre 2017 dû à la plume de la doctoresse G_____ (qui n'était pas reconnue par la FMH), que le rapport du Dr D_____ comportait des contradictions. Aussi, le SMR avait décidé, pour ce motif, de mandater le Dr F_____ pour une nouvelle expertise. Selon le recourant, l'intimé aurait dû, cas échéant, questionner le Dr D_____ au lieu d'organiser une seconde expertise. En outre, l'intimé n'avait tenté aucun consensus au sujet du nouvel expert et le recourant n'avait pas pu exercer ses droits de partie. En effet, dès lors qu'il avait pas eu connaissance du rapport d'expertise du Dr D_____ et qu'il ignorait les raisons d'une nouvelle expertise, il n'avait pas été en mesure de prendre réellement position, que ce soit sur les questions à poser à l'expert ou sur le choix de ce dernier. Pour cette raison déjà, le rapport du second expert devait être écarté. En effet, celui-ci résultait d'une grave violation du droit d'être entendu qui ne pouvait pas être réparée dès lors que la décision entreprise se fondait exclusivement sur ce rapport d'expertise. Par

ailleurs, les rapports d'expertise du Dr F_____ étaient connus notamment pour leur manque de qualité et d'impartialité, ce qui avait déjà été relevé par la presse et avait abouti à un rapport du Conseil d'État vaudois. En comparant les deux rapports d'expertise, on notait d'importantes différences s'agissant du vécu du recourant : entre autres divergences, le second expert, à la différence du Dr D_____, ne faisait aucune référence aux idées suicidaires présentes depuis l'adolescence. De même, le Dr F_____ ne mentionnait pas le redoublement de la neuvième année de scolarité du recourant ni ses angoisses, dues à la précarité de l'entreprise familiale. Or, ces éléments étaient essentiels pour se déterminer sur un trouble de la personnalité qui avait conduit à la toxicomanie. S'agissant des plaintes exprimées, le second expert les avait manifestement niées alors que le premier avait pris soin de les répertorier. Il en allait de même de la consommation d'alcool, qui différait très largement d'un expert à l'autre, et des diagnostics, très différents eux aussi. Le Dr F_____ avait certes pris le soin d'interpeller le Dr C_____ par écrit mais il avait poursuivi son expertise sans même attendre les réponses de son confrère. Au vu des critiques émises et explications données par le Dr C_____ dans son rapport du 14 novembre 2018, il était manifeste que le rapport d'expertise du Dr F_____ était dépourvu de valeur probante et que la décision querellée, qui se fondait exclusivement sur ce rapport, devait être annulée, d'autant que le principe inquisitoire avait à nouveau été violé puisque l'intimé n'avait pas demandé de rapports détaillés aux médecins du recourant. En définitive, non seulement l'état psychique n'avait pas été suffisamment investigué mais encore, les atteintes physiques avaient été ignorées. 23. L'intimé s'est déterminé par courrier du 18 décembre 2018 et a conclu au rejet du recours. En tant qu'il avait mis en oeuvre une expertise psychiatrique à la suite de l'arrêt de la chambre de céans du 24 mai 2017, puis une deuxième expertise psychiatrique au vu des incohérences et contradictions majeures du premier rapport d'expertise, relevées le 6 décembre 2017 par le SMR, on ne pouvait lui reprocher d'avoir procédé à une instruction lacunaire. Au contraire, les mesures d'instruction diligentées avaient permis d'aboutir à l'expertise du Dr F_____ qui revêtait une pleine valeur probante. Si désormais, la jurisprudence prévoyait que la capacité de travail réellement exigible des personnes souffrant d'atteinte à la santé psychique devait être évaluée à l'aide d'une procédure d'établissement des faits structurée et sur la base d'une vision d'ensemble à la lumière des circonstances du cas particulier, cette procédure pouvait être écartée lorsqu'un rapport médical revêtant une pleine valeur probante concluait de manière convaincante à l'absence d'incapacité de travail. En l'absence d'atteinte à la santé invalidante - démontrée par le Dr F_____ -, l'analyse des indicateurs n'avait pas lieu d'être. Quant à l'argument du recourant, selon lequel l'auteur du rapport SMR du 6 décembre 2017 - la Dresse G_____, ne disposerait pas de titre FMH, il tombait à faux : selon la jurisprudence, un tel titre n'était pas indispensable, pas plus que l'appartenance à l'organisation professionnelle correspondante. En tout état de cause, l'intéressée disposait d'un titre FMH en médecine interne depuis 2013, ainsi qu'en oncologie, et elle était certifiée expert SIM. En outre, il y avait lieu de relever que le droit de participation du recourant dans le cadre de la procédure d'instruction avait été respecté. Par courrier du 2 février 2018, celui-ci avait été en effet invité à se prononcer sur les questions posées à l'expert ainsi que sur d'éventuels motifs de récusation. Quant au rapport médical du 14 novembre 2018 du Dr C_____, il avait été soumis au SMR ; la Dresse G_____ avait considéré, par avis du 4 décembre 2018, que le psychiatre traitant avait fait une évaluation différente d'un même état de fait, alors que l'expert F_____ avait très bien expliqué pour quels motifs il s'écartait des conclusions de l'expertise du Dr D_____. Les pièces médicales versées dans le cadre de la procédure de

recours - en particulier le rapport du 14 novembre 2018 du Dr C_____ - n'étaient ainsi pas susceptibles de modifier les conclusions du rapport SMR du 3 septembre 2018, qui restaient valables. 24. Le recourant a répliqué par courrier du 15 février 2019 et persisté intégralement dans ses conclusions et développements précédents. Ses droits de participation avaient bien été violés dans le cadre de la mise en oeuvre de la seconde expertise, contrairement à ce que prétendait l'intimé. Aucun consensus n'avait été tenté. De plus, le recourant n'avait pas été informé des raisons pour lesquelles il devait être à nouveau expertisé. Par ailleurs, le rapport d'expertise du Dr D_____ ne lui avait pas été communiqué. Étant donné qu'aucune information ne lui avait été transmise au sujet du changement d'expert et qu'il n'avait pas été informé de la possibilité de faire également valoir des motifs matériels, on ne pouvait pas considérer que le recourant avait été en mesure d'exercer ses droits de partie. Quant à l'appréciation du SMR du 4 décembre 2018, relative au rapport du psychiatre traitant du 14 novembre 2018, elle ne répondait pas aux arguments développés dans le mémoire de recours, pas plus qu'à ceux exposés dans le rapport du 14 novembre 2018 du Dr C_____. Le recourant a également versé au dossier un rapport du 14 février 2019 du Dr C_____ - correspondant en substance à celui du 14 novembre 2018 - dans lequel ce médecin précisait qu'il était globalement d'accord avec les conclusions de l'expertise du Dr D_____ et en désaccord avec le Dr F_____. Ce dernier ne disposait pas des compétences nécessaires dans le domaine de l'addictologie et banalisait les répercussions d'une consommation de toxiques à long terme, non accompagnée d'un traitement adéquat de la comorbidité psychiatrique primaire. De plus, il laissait entrevoir que cette comorbidité psychiatrique serait secondaire à la consommation de toxiques. En réalité, le recourant souffrait d'un trouble dépressif chronique - dysthymie - dans le cadre d'une personnalité dyssociale et émotionnellement labile de type borderline. Son évolution chronique passait par des phases d'instabilité au cours desquelles il recourait aux toxiques comme mode de maîtrise d'une anxiété extrême - dans la relation à autrui - qui se manifestait depuis son enfance et son adolescence. En outre, il souffrait également de phobie sociale, affection qui s'était greffée sur un trouble dépressif caractérisé par une diminution de l'estime de soi et la peur d'être critiqué. Enfin, l'impulsivité et l'instabilité qui caractérisaient sa personnalité s'ajoutaient à une faible estime de soi et renforçaient sa conduite d'évitement et son refuge dans les substances. Sa capacité de travail était nulle en raison de l'évolution de son tableau clinique et de son état actuel. Si l'on pouvait s'attendre à une amélioration de la qualité de vie à la faveur de la thérapie entreprise, le pronostic restait sombre, pour une durée définitive, quant à la reprise d'une activité professionnelle, même occupationnelle. 25. L'intimé s'est déterminé, dans le cadre d'une brève duplique, par courrier du 11 mars 2019; il a produit un nouvel avis SMR (Dresse G_____), du 21 janvier 2019, se prononçant sur le rapport du 14 février 2019 du Dr C_____. Selon le SMR, le Dr C_____ ne faisait que répéter les éléments qui figuraient déjà dans son rapport du 14 novembre 2018, mais en y ajoutant le diagnostic de phobie sociale, atteinte n'apparaissant dans aucune des deux expertises, et qui était en contradiction avec les constatations du Dr F_____. Ce dernier avait en effet relevé que le recourant était souriant, volubile et pas avare de détails. Et le médecin SMR d'en conclure que le recourant paraissait donc très à l'aise, ce qui parlait en défaveur d'une phobie sociale dans une situation stressante, qui plus est d'expertise médicale. 26. Entendu le 1^{er} avril 2019 en audience de comparution personnelle des parties, le recourant a déclaré que son état de santé s'était considérablement détérioré, en particulier sur le plan somatique. La problématique remontait à l'adolescence, où il avait commencé à absorber différentes substances à l'âge de 15 - 16 ans, pour ensuite

axer sa consommation sur l'héroïne. Au début, c'était de l'ecstasy et d'autres substances excitantes, et il prenait ensuite de l'héroïne pour « redescendre ». Cette période n'avait pas duré très longtemps car il avait poursuivi uniquement avec l'héroïne, drogue avec laquelle il s'était détruit peu à peu, mais dont la consommation l'aidait à calmer ses angoisses. Il la prenait en quelque sorte comme un médicament. Il se soignait tout seul, jusqu'à 17 ans, âge auquel il avait commencé à être suivi par plusieurs médecins successifs, le dernier en date étant le Dr E_____. Sur le plan psychiatrique, il était suivi par le Dr C_____ depuis 2016. Interrogé sur ses pathologies physiques, le recourant a indiqué qu'il souffrait tout d'abord d'un kyste osseux en haut du fémur, d'origine congénitale, qui irradiait jusque dans le dos. À ce sujet, le recourant a versé au dossier un rapport du 25 mars 2014 de la docteure H_____, radiologue, décrivant notamment des signes en faveur d'un rétrécissement du canal rachidien lombaire et des discopathies D12-L1 et L5-S1 se traduisant par une perte de hauteur discale. S'y ajoutait, entre autres, un pincement de la partie postérieure des espaces intersomatiques pluri-étagés aux niveaux L2-L3, L3-L4 et L4-L5, ainsi qu'une bascule du bassin vers la gauche. Il a également produit un certificat du 9 avril 2014 du docteur I_____, rhumatologue, attestant qu'en raison d'une affection chronique de la colonne vertébrale, il n'était pas à même de porter plus de 5 kg de manière répétitive, mais une rééducation du rachis au long cours était bien suivie. Le recourant a ajouté qu'il souffrait également de troubles intestinaux et digestifs (dont des diarrhées), également consécutifs à sa consommation d'héroïne. Il avait été traité avec un nombre conséquent de produits de substitution, méthadone, ketalgine, et actuellement du L-Polamidon. Il présentait également des nausées, des vomissements et, depuis un certain temps, des maux de tête. Il avait également des « troubles du nez » qui perturbaient également son sommeil, et qui étaient consécutifs à un accident survenu pendant l'adolescence. Trente ans de toxicomanie n'arrangeaient pas les choses non plus. Interrogé sur sa consommation d'alcool, le recourant a affirmé qu'en tant que le Dr F_____ faisait état d'une consommation de 4 à 6 litres de bière, c'était « vraiment n'importe quoi », d'autant qu'il ne dégageait, de l'aveu même de cet expert, aucun foetor éthylique, et qu'il n'avait vu cet expert qu'au cours d'une discussion ayant duré environ quarante minutes. Le reste du temps avait été consacré au remplissage de questionnaires - pour l'essentiel à choix multiples. Il avait d'ailleurs été extrêmement surpris par le type de questions posées. Quant à la discussion en tant que telle, elle avait beaucoup porté sur le sexe, le Dr F_____ voulant connaître le statut de sa libido et savoir s'il se masturbait. Sinon cet expert avait évoqué diverses choses qui ne le concernaient à vrai dire pas personnellement mais qui avaient trait à son entourage familial, telle la septicémie qui avait emporté son père. Le recourant a affirmé que s'il avait effectivement consommé quotidiennement de l'héroïne pendant des dizaines d'années, il avait pratiquement mis fin à cette consommation depuis qu'il était suivi par le Dr C_____, hormis deux ou trois fois. Avant d'être suivi par ce psychiatre, les précédents médecins consultés depuis 1994 l'avaient tous mis sous méthadone; mais cela ne l'avait pas empêché de cumuler ce produit de substitution avec l'héroïne. Depuis 2016, il ne prenait plus que de la méthadone - hormis les nombreux autres médicaments qu'il prenait pour les autres aspects de sa santé. Sur question de son conseil, qui lui faisait observer que l'intimé, respectivement le SMR et le Dr F_____ semblaient penser qu'il se satisfaisait de son existence actuelle, insistant notamment sur la pratique de la Playstation, le recourant a indiqué que c'était « vraiment n'importe quoi ». Il se trouvait dans une situation où il lui était impossible d'avoir une vie sereine. Il vivait essentiellement chez lui, isolé, car c'était ainsi qu'il se sentait le mieux. Il ne savait pas d'où était sorti le mot de Playstation. S'il était vrai qu'il en possédait une, cela

remontait à de très nombreuses années et cela n'avait rien d'actuel, puisque tout ce qui concernait les nouvelles technologies, les réseaux sociaux, n'était « pas [son] truc ». Il n'avait pas de famille (sa mère et son frère étaient encore plus malades que lui et vivaient dans le Jura) et pas d'amis non plus. Il devait pourvoir à ses charges, soit se loger et se nourrir, et avait l'impression d'être plus en survie qu'autre chose. Le conseil du recourant a précisé, en relation avec une nouvelle expertise que le psychiatre traitant estimait nécessaire, que l'expert à désigner devrait être, selon lui, un spécialiste en addictologie, et qu'il avait en tête deux noms de spécialistes dans ce domaine, soit la Dresse J_____ et le Dr K_____. Également entendue le 1^{er} avril 2019, la représentante de l'intimé a indiqué prendre note de ces propositions tout en persistant dans sa position. 27. Le 4 septembre 2019, en réponse à un courrier du 26 juillet 2019 de la chambre de céans qui l'invitait à énumérer les différentes atteintes à la santé sur le plan somatique et leur incidence sur la capacité de travail, le Dr E_____ a indiqué qu'il n'avait vu le recourant qu'à deux reprises depuis sa prise en charge par le Dr C_____ : une première fois en février 2019, pour des questions administratives (bons de délégation pour son assurance-maladie), et une seconde fois le 7 mars 2019 en raison de poussées d'herpès labial récidivantes, pour lesquelles il avait prescrit un antiviral. Il lui était ainsi impossible de se prononcer sur des questions de capacité de travail, le Dr C_____ étant plus à même d'éclairer la chambre de céans à ce sujet et sur les limitations liées aux problèmes psychiques et d'addiction. Pour le reste, le Dr E_____ a joint à son courrier le rapport radiologique du 25 mars 2014 précité (Dresse H_____), et un courrier du 29 avril 2014 que le Dr I_____ avait adressé au prédécesseur (désormais retraité) du Dr E_____, le docteur B_____ : le Dr I_____ avait reçu le recourant une première fois à fin février 2014 pour des lombalgies en barre, d'allure clairement mécanique. Le recourant avait déclaré, lors de cette consultation, qu'il souffrait après dix minutes de marche, en portant des charges et en flexion antérieure du tronc, sans qu'il y ait d'irradiation aux membres inférieurs. Cliniquement, le Dr I_____ avait noté des signes d'irritation de la charnière lombo-sacrée et organisé, dans ce contexte, un bilan de la colonne lombaire auprès de la Dresse H_____, qui avait confirmé la discopathie L5-S1, ainsi que le rétrolisthésis L3-L4 sans majoration sur les épreuves fonctionnelles en flexion ou extension. Au contrôle du 9 avril 2014, le Dr I_____ avait repris tous ces éléments avec le recourant en lui indiquant que la seule mesure envisageable consistait en une rééducation (gainage) de la région lombaire. Une physiothérapie avait été organisée à cet effet. 28. Le 13 septembre 2019, la chambre de céans a transmis à l'intimé une copie de la détermination du Dr E_____ du 4 septembre 2019 en l'invitant à faire part de ses remarques éventuelles. 29. Par courrier du 23 septembre 2019, l'intimé a observé que le rapport précité du Dr E_____ n'apportait, de l'aveu même de ce médecin, aucun élément nouveau. Comme pour la plupart des atteintes à la santé, la présence d'un diagnostic lié à la dépendance ne signifiait pas automatiquement que celui-ci eût un impact sur la capacité de travail. Les répercussions d'un tel diagnostic sur les capacités fonctionnelles de la personne assurée devaient être déterminées d'un point de vue médical dans le cas concret. Si dans le cadre d'une expertise, il convenait, selon la jurisprudence récente, d'appliquer la procédure probatoire structurée en cas de syndrome de dépendance, on pouvait néanmoins y renoncer pour des motifs de proportionnalité. Il en allait notamment ainsi lors qu'il n'existait aucun indice en faveur d'une incapacité de travail durable, ou si l'existence d'une incapacité de travail avait été niée de manière convaincante par un avis médical spécialisé ayant pleine valeur probante et que les éventuels avis contraires pouvaient être écartés s'ils n'étaient pas probants. En l'espèce, le Dr F_____ avait démontré l'absence d'atteinte à la santé

invalidante, de sorte qu'une autre expertise ne se justifiait pas. 30. Par courrier du 24 septembre 2019, le recourant a relevé que les documents que le Dr E_____ avait transmis à la chambre de céans le 4 septembre 2019 attestaient d'atteintes physiques, notamment au dos. S'il n'avait revu que rarement le Dr E_____ depuis son suivi psychiatrique par le Dr C_____, c'était parce qu'il n'avait pas eu la force, compte tenu de son état de santé, de continuer à se traiter sur le plan physique. 31. Le 27 septembre 2019, une copie de ce courrier a été transmise, pour information, à l'intimé. 32. Sur quoi, la cause a été gardée à juger. 33. Par courrier du 2 mars 2020, la chambre de céans a interpellé les parties pour leur indiquer qu'elle entendait ordonner une expertise judiciaire rhumatologique et psychiatrique du recourant et commettre à ces fins les docteurs L_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et M_____, spécialiste FMH en rhumatologie. Elle leur a transmis la liste des questions aux experts selon projet de dispositif de l'ordonnance d'expertise, et leur a fixé un délai au 13 mars 2020 pour faire valoir d'éventuels motifs de récusation à l'encontre des experts pressentis et lui communiquer les questions complémentaires éventuelles à leur poser. 34. L'intimé a répondu par courrier du 12 mars 2020. Il s'est formellement opposé au principe même d'une expertise complémentaire bidisciplinaire. Après avoir rappelé les principes jurisprudentiels pertinents en l'espèce, obligeant notamment le juge des assurances sociales à mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas, et les raisons pour lesquelles il apparaît nécessaire de la mettre en oeuvre, l'OAI a rappelé avoir mis en place deux expertises et conclu que celle du Dr F_____ devait, selon lui, se voir reconnaître une pleine valeur probante et relevé que le SMR, dans un avis (dont il a produit copie) du 12 mars 2020, observait que les éléments du dossier ne faisait pas état de problèmes ostéo-articulaires, justifiant une incapacité de travail chez cet assuré, et que sur le plan psychiatrique, il avait retenu la dernière expertise comme convaincante. Ceci dit, l'intimé n'a fait valoir aucun motif de récusation à l'encontre des experts pressentis, ni n'a proposé de modifications ou compléments de la mission d'expertise qui lui a été soumise. 35. Le conseil du recourant a répondu par courrier du 12 mars 2020. Elle a indiqué à la chambre de céans que le recourant n'avait pas de motif de récusation à invoquer ni de remarques s'agissant de la mission d'expertise. EN DROIT 1. a. 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, la décision attaquée ayant été rendue en application de la LAI. b. La procédure devant la chambre de céans est régie par les dispositions de la LPGA et celles du titre IVA (soit les art. 89B à 89I) de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 (LPA - E 5 10), complétées par les autres dispositions de la LPA en tant que ses articles précités n'y dérogent pas (art. 89A LPA), les dispositions spécifiques que la LAI contient sur la procédure restant réservées (art. 1 al. 1 LAI ; cf. notamment art. 69 LAI). Aux termes de l'art. 60 LPGA, le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (al. 1). Les art. 38 à 41 sont applicables par analogie (al. 2). Selon l'art. 38 al. 3, 1^{ère} phrase LPGA, lorsque le délai échoit un samedi, un dimanche ou un jour férié selon le droit fédéral ou cantonal, son terme est reporté au premier jour ouvrable qui suit. Datée du 18 octobre 2018, la décision entreprise a été reçue le 26 octobre 2018 par le conseil du recourant. Ayant commencé à courir le 27 octobre, le

délai de recours est arrivé à échéance le dimanche 25 novembre 2018, et a par conséquent été reporté au lendemain. Posté le 26 novembre 2018, le recours a été interjeté en temps utile. Respectant également les formes prescrites par la loi, il est a priori recevable (art. 56 à 61 LPGA). 2. Le litige concerne le droit du recourant à une rente d'invalidité. 3. a. Le recourant se plaint en premier lieu d'une violation de son droit d'être entendu. Il convient d'examiner préalablement ce grief dès lors qu'il s'agit d'un droit de nature formelle dont la violation conduit à l'annulation de la décision entreprise indépendamment des chances de succès du recours sur le fond (ATF 127 V 431 consid. 3d/aa). Il fait valoir que l'intimé n'aurait tenté aucun consensus s'agissant du nouvel expert et qu'il n'aurait pas pu exercer ses droits de partie. N'ayant pas eu connaissance du rapport d'expertise du Dr D_____ et ignorant les raisons d'une nouvelle expertise, il n'aurait pas pu réellement prendre position, ni sur les questions à poser, ni sur le choix de l'expert et aurait donc été empêché d'exercer ses droits de partie. b. Le droit d'être entendu garanti par l'art. 29 al. 2 Cst. comprend le droit pour les parties de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à leur détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'obtenir qu'il soit donné suite aux offres de preuves pertinentes, celui d'avoir accès au dossier et celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos. En tant que droit de participation, le droit d'être entendu englobe tous les droits qui doivent être attribués aux parties pour qu'elles puissent faire valoir efficacement leur point de vue dans une procédure (arrêt du Tribunal fédéral 9C_372/2018 du 29 octobre 2018 consid. 5.1 et les arrêts cités). Les parties n'ont toutefois pas droit à l'administration d'une preuve dépourvue de pertinence lorsqu'elle porte sur une circonstance sans rapport avec le litige ou qu'une appréciation anticipée des preuves déjà recueillies démontre qu'elle ne serait pas de nature à emporter la conviction de la juridiction saisie (cf. ATF 140 I 285 consid. 6.3.1). Dans la procédure de préavis, le droit d'être entendu est régi par l'art. 57a LAI et est concrétisé par l'art. 42 LPGA (arrêt du Tribunal fédéral 8C_504/2014 du 29 septembre 2014 consid. 4.1). Selon l'art. 42, 2^{ème} phrase LPGA, il n'est pas nécessaire d'entendre les parties avant une décision sujette à opposition. Le Tribunal fédéral considère cependant que dans la mesure où l'assureur, une fois en possession de l'expertise, est en droit de poser à l'expert les questions complémentaires qu'il estime nécessaires, ce même droit appartient à l'assuré, compte tenu de son droit de se prononcer sur le résultat des preuves administrées et de faire administrer des preuves. En conséquence, il incombe à l'assureur, lorsqu'il entend poser des questions complémentaires à l'expert, d'en informer l'assuré et de lui faire parvenir une copie du rapport d'expertise. S'il s'en abstient, il viole le droit d'être entendu de l'assuré, même lorsque la procédure se clôt par une décision sujette à opposition (cf. ATF 136 V 113 consid. 5.4). c. En l'espèce, il sied de relever que le recourant s'est vu accorder la possibilité, le 2 février 2018, de se prononcer sur le nom de l'expert proposé et de lui poser des questions complémentaires. Pour le reste, la question d'une éventuelle violation du droit d'être entendu souffre de rester indéfinie dans la mesure où celle-ci peut être considérée comme réparée. En effet, il était tout à fait loisible au recourant, une fois son psychiatre traitant en possession des rapports d'expertise des Drs D_____ et F_____ - soit avant la prise de la décision litigieuse du 18 octobre 2018 - de demander à ce que des questions complémentaires soient soumises à l'expert F_____ avant que la décision du 18 octobre 2018 ne soit rendue (cf. ATF 136 V 113 consid. 5.5). En toute hypothèse, au vu du sort qui sera réservé à l'expertise du Dr F_____ sous l'angle de l'appréciation des preuves (cf. infra consid. 8), la chambre de céans se dispensera d'examiner plus avant le moyen tiré de la violation du droit d'être entendu. 4. a. 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).

b. 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).

b. Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

c. En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA.

5. a. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c; ATF 102 V 165 consid. 3.1; VSI 2001 p. 223 consid. 2b; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 et 141 V 281 consid. 2.2 et 3.2; arrêt du Tribunal fédéral 8C_841/2016 du 30 novembre 2017 consid. 4.5.2). Les principes jurisprudentiels développés en matière de troubles somatoformes douloureux sont également applicables à la fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.1), au syndrome de fatigue chronique ou de neurasthénie (ATF 139 V 346 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_662/2009 du 17 août 2010 consid. 2.3 in SVR 2011 IV n° 26 p. 73), à l'anesthésie dissociative et aux atteintes sensorielles (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 9/07 du 9 février 2007 consid. 4 in SVR 2007 IV n° 45 p. 149), à l'hypersomnie (ATF 137 V 64 consid. 4) ainsi qu'en matière de troubles moteurs dissociatifs (arrêt du Tribunal fédéral 9C_903/2007 du 30 avril 2008

consid. 3.4), de traumatisme du type « coup du lapin » (ATF 141 V 574 consid. 5.2 et ATF 136 V 279 consid. 3.2.3) et d'état de stress post-traumatique (ATF 142 V 342 consid. 5.2). En revanche, ils ne sont pas applicables par analogie à la fatigue liée au cancer (cancer-related Fatigue) (ATF 139 V 346 consid. 3; arrêt du Tribunal fédéral 9C_73/2013 du 2 septembre 2013 consid. 5). Dans sa jurisprudence récente (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7), le Tribunal fédéral a modifié sa pratique lors de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques. La jurisprudence développée pour les troubles somatoformes douloureux, selon laquelle il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (ATF 141 V 281), s'applique dorénavant à toutes les maladies psychiques, troubles dépressifs de degré léger ou moyen compris (ATF 143 V 409 consid. 4.5.1). En effet, celles-ci ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée. b. Selon la jurisprudence applicable jusqu'ici, un syndrome de dépendance primaire à des substances psychotropes (dont l'alcool) ne pouvait conduire à une invalidité au sens de la loi que s'il engendrait une maladie ou occasionnait un accident ou s'il résultait lui-même d'une atteinte à la santé physique ou psychique ayant valeur de maladie. Cette jurisprudence reposait sur la prémisse que la personne souffrant de dépendance avait provoqué elle-même fautivement cet état et qu'elle aurait pu, en faisant preuve de diligence, se rendre compte suffisamment tôt des conséquences néfastes de son addiction et effectuer un sevrage ou à tout le moins entreprendre une thérapie (cf. notamment ATF 124 V 265 consid. 3c). Dans un arrêt du 11 juillet 2019 (ATF 145 V 215), le Tribunal fédéral est parvenu à la conclusion que sa pratique en matière de syndrome de dépendance ne pouvait plus être maintenue. D'un point de vue médical, les syndromes de dépendance et les troubles liés à la consommation de substances diagnostiqués par un spécialiste doivent également être considérés comme des atteintes (psychiques) à la santé, significatives au sens du droit de l'assurance invalidité (consid. 5.3.3 et 6). Par conséquent, il s'agit, comme pour tous les autres troubles psychiques, de déterminer selon une grille d'évaluation normative et structurée (à cet égard, ATF 141 V 281) si, et le cas échéant dans quelle mesure, un syndrome de dépendance diagnostiqué par un spécialiste influence dans le cas concret la capacité de travail de l'assuré. La gravité de la dépendance dans un cas particulier peut et doit être prise en compte dans la procédure de preuve structurée (consid. 6.3). Ceci est d'autant plus important que dans le cas des troubles de la dépendance - comme dans celui d'autres troubles psychiques - il y a souvent un mélange de troubles ayant valeur de maladie ainsi que de facteurs psychosociaux et socio-culturels. L'obligation de diminuer le dommage (art. 7 LAI) s'applique également en cas de syndrome de dépendance, de sorte que l'assuré peut être tenu de participer activement à un traitement médical raisonnablement exigible (art. 7 al. 2 let. d LAI). S'il ne respecte pas son obligation de diminuer le dommage, mais qu'il maintient délibérément son état pathologique, l'art. 7 b al. 1 LAI en liaison avec l'art. 21 al. 4 LPGA permet le refus ou la réduction des prestations (consid 5.3.1). c. La capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant de mettre en regard les facteurs extérieurs incapacitants d'une part et les ressources de compensation de la personne d'autre part (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). Il n'y a plus lieu de se fonder sur les critères de l'ATF 130 V 352 , mais sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4). Dans ce cadre, il convient d'évaluer globalement, sur une base

individuelle, les capacités fonctionnelles effectives de la personne concernée en tenant compte, d'une part, des facteurs contraignants extérieurs limitant les capacités fonctionnelles et, d'autre part, les potentiels de compensation (ressources). Les indicateurs standard qui doivent être pris en considération en règle générale peuvent être classés selon leurs caractéristiques communes : -

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

Catégorie « Cohérence » (aspects du comportement; consid. 4.4) Limitation uniforme du niveau d'activité dans tous les domaines comparables de la vie (consid. 4.4.1), poids des souffrances révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation (consid. 4.4.2). Le « complexe personnalité » englobe à côté des formes classiques du diagnostic de la personnalité qui vise à saisir la structure et les troubles de la personnalité, le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du moi » qui désignent des capacités inhérentes à la personnalité, permettant des déductions sur la gravité de l'atteinte à la santé et de la capacité de travail (par exemple : autoperception et perception d'autrui, contrôle de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation; cf. ATF 141 V 281 consid. 4.3.2). La question des effets fonctionnels d'un trouble doit dès lors être au centre. La preuve d'une invalidité ouvrant le droit à une rente ne peut en principe être considérée comme rapportée que lorsqu'il existe une cohérence au niveau des limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation de la capacité de travail invalidante n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée. Même si un trouble psychique, pris séparément, n'est pas invalidant en application de la nouvelle jurisprudence, il doit être pris en considération dans l'appréciation globale de la capacité de travail, qui tient compte des effets réciproques des différentes atteintes. Ainsi, une dysthymie, prise séparément, n'est pas invalidante, mais peut l'être lorsqu'elle est accompagnée d'un trouble de la personnalité notable. Par conséquent, indépendamment de leurs diagnostics, les troubles psychiques entrent déjà en considération en tant que comorbidité importante du point de vue juridique si, dans le cas concret, on doit leur attribuer un effet limitatif sur les ressources (ATF 143 V 418 consid. 8.1). d. Les indicateurs précités sont classés comme suit : I. Catégorie « degré de gravité fonctionnelle » Les indicateurs relevant de cette catégorie représentent l'instrument de base de l'analyse. Les déductions qui en sont tirées devront, dans un second temps, résister à un examen de la cohérence (ATF 141 V 281 consid. 4.3). A. Axe « atteinte à la santé » 1. Expression des éléments pertinents pour le diagnostic et des symptômes Les constatations relatives aux manifestations concrètes de l'atteinte à la santé diagnostiquée permettent de distinguer les limitations fonctionnelles causées par cette atteinte de celles dues à des facteurs non assurés. Le point de départ est le degré de gravité minimal inhérent au diagnostic. Il doit être rendu vraisemblable compte tenu de l'étiologie et de la pathogenèse de la pathologie déterminante pour le diagnostic (consid. 4.3.1.1). 2. Succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à ces derniers Ce critère est un indicateur important pour apprécier le degré de gravité. L'échec définitif d'un traitement indiqué, réalisé lege artis sur un assuré qui coopère de manière optimale, permet de conclure à un pronostic négatif. Si le traitement ne correspond pas ou plus aux connaissances médicales actuelles ou paraît inapproprié dans le cas d'espèce, on ne peut rien en déduire s'agissant du degré de gravité de

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

3. Comorbidités La comorbidité psychique ne doit être prise en considération qu'en fonction de son importance concrète dans le cas d'espèce, par exemple pour juger si elle prive l'assuré de ressources. Il est nécessaire de procéder à une approche globale de l'influence du trouble psychique considéré avec l'ensemble des pathologies concomitantes. Un trouble qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidant en tant que tel (cf. consid. 4.3.1.2; arrêt du Tribunal fédéral 9C_98/2010 du 28 avril 2010, consid. 2.2.2, in : RSAS 2011 IV n° 17, p. 44) n'est pas une comorbidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1040/2010 du 6 juin 2011, consid. 3.4.2.1, in : RSAS 2012 IV n° 1, p. 1) mais doit à la rigueur être pris en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité (ATF 141 V 281 consid. 4.3.2). Ainsi, un trouble dépressif réactionnel à un trouble somatoforme ne perd pas toute signification en tant que facteur d'affaiblissement potentiel des ressources, mais doit être pris en considération dans l'approche globale (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.3).

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

C. Axe « contexte social » Si des difficultés sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles continuent à ne pas être prises en considération. En revanche, le contexte de vie de l'assuré peut lui procurer des ressources mobilisables, par exemple par le biais de son réseau social. Il faut toujours s'assurer qu'une incapacité de travail pour des raisons de santé ne se confond pas avec le chômage non assuré ou avec d'autres difficultés de vie (consid. 4.3.3).

II. Catégorie « cohérence » Cette seconde catégorie comprend les indicateurs liés au comportement de l'assuré. (consid. 4.4).

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

B. Poids de la souffrance, révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation. La prise en compte d'options thérapeutiques, autrement dit la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, permet d'évaluer le poids effectif des souffrances. Tel n'est toutefois pas le cas lorsque le comportement est influencé par la

procédure 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 (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). e. Le diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) doit être justifié médicalement de telle manière que les personnes chargées d'appliquer le droit puissent vérifier que les critères de classification ont été effectivement respectés. Il suppose l'existence de limitations fonctionnelles dans tous les domaines de la vie (tant professionnelle que privée). Les médecins doivent en outre prendre en considération les critères d'exclusion de ce diagnostic retenus par la jurisprudence (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1. et 2.2). Ainsi, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (ATF 131 V 49 consid. 1.2). L'organe chargé de l'application du droit doit, avant de procéder à l'examen des indicateurs mentionnés, analyser si les troubles psychiques dûment diagnostiqués conduisent à la constatation d'une atteinte à la santé importante et pertinente en droit de l'assurance-invalidité, c'est-à-dire qui résiste aux motifs dits d'exclusion tels qu'une exagération ou d'autres manifestations d'un profit secondaire tiré de la maladie (cf. ATF 141 V 281 consid. 2.2). L'examen des indicateurs standards reste toutefois superflu lorsque l'incapacité de travail est niée sur la base de rapports probants établis par des médecins spécialistes et que d'éventuelles appréciations contraires n'ont pas de valeur probante du fait qu'elles proviennent de médecins n'ayant pas une qualification spécialisée ou pour d'autres raisons (voir ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 125 V 351 consid. 3a). 6. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1). La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; ATF 115 V 133 consid. 2; ATF 114 V 310 consid. 3c; arrêt du Tribunal fédéral 8C_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2). b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), 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).

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

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

c/bb. 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).

c/cc. 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).

7. a. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Il n'existe pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel

l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a). b. 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 oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en oeuvre 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 lorsqu'il apparaît nécessaire d'élucider une question demeurée non instruite jusque-là ou qu'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). 8. En l'espèce, la décision entreprise se fonde exclusivement sur le rapport d'expertise du Dr F_____, aux termes duquel la capacité de travail du recourant serait entière dans toute activité, compte tenu du caractère primaire d'un trouble de l'usage des opiacés et de l'alcool et, pour le reste, de diagnostics sans effet sur la capacité de travail (dysthymie [F34.1], personnalité état limite et immaturité psychoaffective [F60.3]). Une nouvelle jurisprudence ou un changement de celle-ci s'appliquant immédiatement et valant pour tous les cas futurs, ainsi que pour les affaires pendantes devant un tribunal au moment de l'adoption de la nouveauté ou du changement (ATF 140 V 154 consid. 6.3.2), c'est à l'aune de l'ATF 145 V 215 du 11 juillet 2019 précité qu'il convient d'examiner la valeur probante de cette expertise. En se livrant à cet exercice, il apparaît que si le Dr F_____ retient bien un trouble de l'usage de l'alcool moyen à sévère et un trouble de l'usage des opiacés léger selon les critères du DSM-V, troubles qu'il qualifie d'incapacitants dès 2008 à raison de 20 % au moins et évoluant « défavorablement » (sans plus de précisions), ce médecin n'indique cependant pas si et, dans l'affirmative, comment, le recourant serait en mesure de parvenir à être sobre et à maintenir son abstinence quant à la consommation d'alcool et d'opiacés, condition que l'expert estime lui-même indispensable pour que le recourant recouvre une capacité de travail entière, sans diminution de rendement, dans son activité habituelle. En deuxième lieu, on ignore également si d'éventuels facteurs étrangers à l'invalidité (tels que chômage, situation économique difficile, compétences linguistiques déficientes, âge, niveau de formation) ou socio-culturels - qui, selon la nouvelle jurisprudence, demeurent non pertinents en tant qu'ils se répercutent directement et de manière défavorable sur les capacités fonctionnelles de l'assuré (cf. le consid. 6.3 de l'ATF 145 V 215 précité) - pèsent (ou ne pèsent pas) suffisamment lourdement face au poids du trouble de l'usage de l'alcool et des opiacés et des autres diagnostics psychiatriques (dysthymie [F34.1] versus trouble dépressif induit par l'alcool [F10.14] et par les opiacés [F11.14], respectivement au vu de la personnalité état limite et immaturité psycho-affective [F60.3]). En troisième lieu, les diagnostics de ces comorbidités - qui apparaissent en marge du trouble de l'usage de l'alcool et des opiacés - n'emportent pas la conviction de la chambre de céans: à la base du diagnostic de la personnalité état-limite et immaturité psycho-affective, l'expert tombe dans

la contradiction en faisant état, tantôt, d'un « apragmatisme sexuel » (cf. p. 30, § 2) alors qu'il mentionne, un peu plus haut, que le recourant « n'est pas [...] dans l'apragmatisme sexuel » (cf. p. 25, avant-dernier §) et tire argument de cette dernière affirmation en faveur du diagnostic de dysthymie, respectivement en défaveur du trouble dépressif majeur de gravité moyenne à sévère. Dans ces circonstances, la chambre de céans ne saurait considérer, comme le soutient l'intimé dans son écriture du 23 septembre 2019, qu'il n'existerait aucun indice en faveur d'une incapacité de travail durable et qu'il ne serait par conséquent pas nécessaire d'appliquer la procédure probatoire structurée de l'ATF 141 V 281 au syndrome de dépendance du recourant. Ainsi, en tant que le rapport d'expertise repose sur la distinction dépassée entre dépendance secondaire et primaire (cette dernière étant retenue par l'expert dans le cas particulier) et qu'il s'abstient d'en examiner les répercussions fonctionnelles de même que les ressources mobilisables du recourant à l'aune des indicateurs de l'ATF 141 V 281 auxquels l'ATF 145 V 215 précité renvoie, le rapport d'expertise du Dr F_____ est dépourvu de valeur probante. La chambre de céans ne saurait pas non plus, pour d'autres motifs, se fonder sur le rapport d'expertise du Dr D_____. Alors que ce dernier indique qu'il est difficile de poser un diagnostic de trouble de la personnalité suite à un entretien d'expertise et qu'à cet égard, il s'en remet pour l'essentiel à l'appréciation diagnostique du Dr C_____ ainsi qu'à l'anamnèse pour poser le diagnostic de trouble de la personnalité borderline (cf. p. 17), il est surprenant que d'une part, ce dernier trouble soit qualifié de grave, sans passage en revue des critères diagnostiques de la CIM-10 ni status clinique particulièrement fouillé (cf. p. 2-3), et d'autre part, que ce trouble de la personnalité n'ait, de l'avis de l'expert, aucune incidence sur la capacité de travail qu'il considère nulle, sans répondre à la question de son évolution (à tout le moins avant 2012 ; cf. p. 12, point 1.2, dernier § et p. 23, question 3), ce qui revient à faire l'impasse sur toute forme d'argumentation médicale qui permettrait de comprendre le parcours professionnel relativement régulier du recourant (deux employeurs entre 1998 et 2008 et une période d'inactivité entre le licenciement prononcé par Fust en 2001 et la reprise d'une activité professionnelle chez N_____ en 2003), malgré un trouble de la personnalité borderline et une dépendance à l'alcool et aux drogues qui seraient apparus à l'adolescence, ainsi qu'un trouble dépressif récurrent dont les « symptômes seraient apparus au moins depuis 2005 » (cf. p. 16). Pour le reste, force est de constater qu'indépendamment des critiques qui précèdent, les divergences entre les deux experts sont nombreuses sur le plan médical et concernent à tout le moins les trois points suivants : alors que le Dr D_____ évoque des « difficultés de mémoire différée » et des « difficultés cognitives irréversibles » induites par la consommation d'héroïne (cf. rapport d'expertise du Dr D_____, p. 7), le deuxième expert indique dans son rapport du 5 juillet 2018 qu'il n'existe « aucun problème d'attention et de concentration », que « l'intelligence est vive » et que le « jugement et le raisonnement sont conservés » (expertise du Dr F_____, p. 18, § 3). En outre, les conclusions que les deux experts tirent des analyses sanguines (CDT de 5.4 % le 25 octobre 2017) diffèrent également. Si le Dr D_____ paraît s'en tenir aux déclarations du recourant (« consommation de quatre bières par jour, avec une banalisation totale. Le prélèvement sanguin du 25.10.2017 confirme ce trouble avec une valeur de la CDT à 5.4 % » ; cf. expertise du Dr D_____, p. 16, in fine), le Dr F_____ considère au contraire que « comme le commande le simple bon sens [une consommation de quatre bières par jour] s'accorde mal avec une CDT de 5.4 %, réalisée le 25.10.2017 » (rapport d'expertise du Dr F_____, p. 28). Enfin, alors que le Dr D_____ indique que la passation de l'échelle d'hétéro-évaluation de Hamilton aboutit à une dépression modérée (expertise du Dr

D_____, p. 16), le Dr F_____ mentionne une « très mauvaise concordance entre les tests d'hétéro- et auto-évaluation, massivement surcotés » et une symptomatologie dépressive tout au plus subclinique à légère » (expertise du Dr F_____, p. 15). 9. Au regard de ce qui précède et en l'état de l'instruction médicale du dossier sur le plan psychiatrique, la chambre de céans n'est pas en mesure de se prononcer sur le droit aux prestations du recourant, de sorte qu'une expertise judiciaire sera ordonnée. Sur le plan somatique, les réponses données par le Dr E_____ au courrier du 26 juillet 2019 de la chambre de céans ne font pas état d'atteintes à la santé récentes qui seraient durables et/ou incapacitantes (poussées d'herpès labial récidivantes). Cependant, bien que le Dr E_____ ne s'estime pas à même de se prononcer sur la capacité de travail du recourant et qu'il explique n'avoir vu le patient qu'à deux reprises depuis début 2017, date du transfert de cure de substitution à la méthadone du cabinet du Dr B_____ à celui du Dr C_____, il n'en demeure pas moins que les informations sur les problèmes lombaires objectivés par les radiographies du 25 mars 2014 demeurent lacunaires et qu'à cet égard, les limitations fonctionnelles retenues par le Dr I_____ dans son certificat du 9 avril 2014 (incapacité de porter plus de 5 kg de manière répétitive) ne permettent ni de se faire une représentation précise de la capacité de travail du recourant dans son activité habituelle, ni de connaître l'ensemble des critères auxquels devrait satisfaire, cas échéant, une activité adaptée, d'autant qu'on ignore l'évolution de la pathologie lombaire depuis 2014 et l'issue de « la rééducation du rachis au long cours », qualifiée de « bien suivie » par le Dr I_____ le 9 avril 2014. Ainsi, il conviendra de compléter l'expertise psychiatrique par un volet rhumatologique. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant préparatoirement

A. Ordonne une expertise psychiatrique et rhumatologique du recourant. B. Commet à ces fins les docteurs L_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et M_____, spécialiste FMH en rhumatologie. C. Dit que la mission d'expertise sera la suivante : 1) prendre connaissance du dossier de la cause, 2) si nécessaire, prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité l'assuré, en particulier le Dr C_____ ; 3) examiner et entendre l'assuré, après s'être entouré de tous les éléments utiles, au besoin d'avis d'autres spécialistes ; 4) si nécessaire, ordonner d'autres examens. D. Charge chacun des experts d'établir un rapport détaillé et de répondre aux questions suivantes : 1. Anamnèse détaillée. 2. Plaintes et données subjectives de l'assuré. 3. Status clinique et constatations objectives. 4. Diagnostics selon la classification internationale. Précisez quels critères de classification sont remplis et de quelle manière (notamment l'étiologie et la pathogénèse). 5. Depuis quand les différentes atteintes sont-elles présentes ? 6. Les plaintes sont-elles objectivées ? 7. Dans quelle mesure les atteintes diagnostiquées limitent-elles les fonctions nécessaires à la gestion du quotidien ? (N'inclure que les déficits fonctionnels émanant des observations qui ont été déterminantes pour le diagnostic de l'atteinte à la santé, en confirmant ou en rejetant des limitations fonctionnelles alléguées par l'assuré). 8. a) 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) ? b) Dans l'affirmative, considérez-vous que cela suffise à exclure une atteinte à la santé significative ? 9. Quels ont été les traitements entrepris et avec quel succès (évolution et résultats des thérapies) ? 10. L'assuré a-t-il fait preuve de résistance à l'égard des traitements

proposés ? La compliance est-elle bonne ? 11. Dans quelle mesure les traitements ont-ils été mis à profit ou négligés ? 12. Les limitations du niveau d'activité sont-elles uniformes dans tous les domaines (professionnel mais aussi personnel) ? Quel est le niveau d'activité sociale et comment a-t-il évolué depuis la survenance de l'atteinte à la santé ? 13. Mentionner, pour chaque diagnostic posé, les limitations fonctionnelles qu'il entraîne, a) dans l'activité habituelle, b) dans une activité adaptée. 14. Mentionner globalement les conséquences des divers diagnostics retenus sur la capacité de travail de l'assuré, en pourcent, a) dans l'activité habituelle, b) dans une activité adaptée. 15. Dater la survenance de l'incapacité de travail durable, le cas échéant, indiquer l'évolution de son taux et décrire son évolution. 16. Évaluer l'exigibilité, en pourcent, d'une activité adaptée, indiquer depuis quand une telle activité est exigible et quel est le domaine d'activité adapté. 17. Dire s'il y a une diminution de rendement et la chiffrer. 18. Évaluer la possibilité d'améliorer la capacité de travail par des mesures médicales. Indiquer quelles seraient les propositions thérapeutiques et leur influence sur la capacité de travail. 19. Commenter et discuter les avis médicaux du SMR, des experts s'étant déjà prononcés et des médecins traitants et indiquer - cas échéant - pour quelles raisons ces avis sont confirmés ou écartés. 20. Formuler un pronostic global. 21. Toute remarque utile et proposition des experts.

E. S'agissant plus précisément des troubles psychiques, charge l'expert psychiatre de répondre également aux questions suivantes : 1. Quel est le degré de gravité de chacun des troubles diagnostiqués (faible, moyen, grave) ? 2. Existe-t-il une dépendance (alcoolisme, pharmacodépendance ou toxicomanie) ? Dans l'affirmative, le syndrome de dépendance a-t-il entraîné un trouble irréversible ? 3. Quelles sont les interactions entre les différents diagnostics établis et leurs incidences sur les capacités fonctionnelles de l'assuré dans tous les domaines de la vie (tant professionnelle que privée) ? 4. Les troubles psychiques constatés nécessitent-ils une prise en charge spécialisée ? 5. Existe-t-il un trouble de la personnalité ou une altération des capacités inhérentes à la personnalité ? Quelles sont ses répercussions fonctionnelles (conscience de soi et de l'autre, appréhension de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité, motivation, notamment) sur la capacité à gérer le quotidien, à travailler et/ou en termes de réadaptation) ? Motiver votre position. 6. De quelles ressources mobilisables l'assuré dispose-t-il ? 7. Quel est le contexte social ? L'assuré peut-il compter sur le soutien de ses proches ? 8. Pour le cas où il y aurait refus ou mauvaise acceptation d'une thérapie recommandée ou accessible : cette attitude doit-elle être attribuée à une incapacité de l'assuré à reconnaître sa maladie ? 9. Dans l'ensemble, le comportement de l'expertisé vous semble-t-il cohérent ? Pourquoi ? F. Invite les experts à faire une appréciation consensuelle du cas s'agissant de toutes les problématiques ayant des interférences entre elles, notamment l'appréciation de la capacité de travail résiduelle. G. Invite les experts à déposer à leur meilleure convenance un rapport en trois exemplaires à la chambre de céans. H. Réserve le fond. La greffière Florence SCHMUTZ Le président Mario-Dominique TORELLO Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties par le greffe le