

S1 20 199

**JUGEMENT DU 6 JUIN 2023**

**Tribunal cantonal du Valais  
Cour des assurances sociales**

Composition : Candido Prada, président ; Jean-Bernard Fournier et Christophe Joris, juges ; Véronique Largey, greffière

**en la cause**

**X** \_\_\_\_\_, recourant, représenté par Maître Stéphane Riand, avocat, 1951 Sion

**contre**

**OFFICE CANTONAL AI DU VALAIS**, intimé

(art. 6, 7, 8 al. 1, 43 al. 1 et 44 LPGA ; impartialité, indépendance et récusation d'un expert, valeur probante d'un rapport médical, incapacité de travail et de gain, invalidité)

## Faits

A. Le 27 juillet 2018, X \_\_\_\_\_, né en 1985, originaire du Kosovo, arrivé en Suisse le 10 août 2005, au bénéfice d'un permis d'établissement, a déposé une demande de prestations AI pour adultes. Il a indiqué souffrir de crises d'angoisse et de panique ainsi que d'anxiété psychique depuis août/septembre 2015, être en incapacité totale de travail dès janvier 2016 et avoir travaillé comme sableur à plein temps du 1<sup>er</sup> mai 2010 au 1<sup>er</sup> mars 2014, pour un revenu mensuel brut de 4500 francs (pièce 2, pages 16 à 24 du dossier d'assurance-invalidité, d'où toutes les pièces citées ci-dessous sont, sauf mention contraire, tirées).

Le Dr A \_\_\_\_\_, médecin généraliste et homéopathe, a répondu le 9 octobre 2018 au questionnaire médical de l'assurance-invalidité. Sous les antécédents médicaux, il a fait état d'une hernie inguinale droite opérée, d'une fissure anale avec hémorroïdes opérée, d'une hernie hiatale et d'une œsophagite. Dans la rubrique des symptômes médicaux actuels, il a précisé que depuis la fin juin 2018, son patient souffrait de diarrhée, de constipation, de vomissements, de fortes douleurs abdominales quand il mangeait et d'une perte de poids de cinq kilos. Il a mentionné sous les diagnostics incapacitants que l'assuré ne pouvait pas travailler et relativement au potentiel de réadaptation de celui-ci, qu'il n'était pas en mesure de répondre à cette question (pièce 12, pages 37 à 41).

Le 30 octobre 2018, l'Office cantonal AI du Valais (ci-après : l'Office AI) a reçu de nombreuses pièces médicales, en particulier :

- des rapports de consultations aux urgences de B \_\_\_\_\_ ou du C \_\_\_\_\_ des 22 novembre 2015 (pièce 13, page 134 : diagnostic principal : crise d'angoisse sur douleurs pariétales ; anamnèse personnelle : déjà consulté à plusieurs reprises pour un problème similaire, sans objectivation de troubles cardiaques ; attitude : rassurer le patient, l'orienter vers une consultation psychiatrique pour la prise en charge des angoisses), 22 janvier 2016 (pièce 13, page 128 : diagnostic : douleurs thoraciques pariétales ; antécédents : sans particularités ; attitude : retour à domicile avec antalgie, nouvelle consultation si pas d'amélioration), 18 juin 2016 (pièce 13, pages 117 et 118 : douleurs thoraciques aspécifiques en cours d'investigation ; pas d'embolie ni de foyer pulmonaire, pas d'arguments en faveur d'une ischémie ou d'une dissection aortique), 28 juin 2016 (pièce 13, pages 113 et 114 : diagnostic : épisode de

bradychardie sinusale sans signes de gravité, peut-être secondaire à la prise de métoprolol en raison de nausées depuis deux semaines ; diagnostic différentiel : troubles électrolytiques, mesures normales du potassium, du sodium, du calcium et du magnésium ; antécédents : consultations aux urgences et investigations en raison des douleurs atypiques), 20 septembre 2016 (pièce 13, page 112 : anamnèse : douleur ombilicale depuis trois jours après manipulation brutale, méléna intermittent depuis plusieurs semaines ; antécédents : status après opération de hernie inguinale à droite et à gauche, trouble anxieux généralisé traité par anxiolytique ; diagnostics : trouble anxieux généralisé avec personnalité hypochondriaque, *melaena* chronique, asthénie chronique), 24 septembre 2016 (pièce 13, page 110 : diagnostic : douleurs de la paroi abdominale suite à un traitement physique par un thérapeute alternatif ; antécédents : crise d'angoisse, hernie hiatale ; suivi : examen physique et bilan biologique alignés, retour à domicile avec traitement conservateur, contrôle et suivi chez le médecin traitant dans les quarante-huit heures, nouvelle consultation en cas d'aggravation [fièvre, etc...]), 28 septembre 2016 (pièce 13, page 101 : diagnostic : possible passage de calcul rénal à droite ; antécédents : trouble somatoforme, crise d'angoisse ; suivi : traitement symptomatique par anti-inflammatoires non stéroïdiens pendant trois jours au maximum, retour à domicile et nouvelle consultation aux urgences en cas d'aggravation [fièvre, hématurie, douleurs en péjoration]) et 22 novembre 2016 (pièce 13, pages 76 et 77 : diagnostic : douleurs thoraciques récurrentes sur probable crise d'angoisse ; synthèse : douleurs thoraciques et plaintes multiples mal systématisées dans un contexte anxieux, avec des consultations multiples pour les mêmes motifs, des changements fréquents de médecins et un contrôle clinique et para-clinique entièrement rassurant) ;

- un courrier du Dr D \_\_\_\_\_, spécialiste en cardiologie, du 12 janvier 2016 (pièce 13, pages 130 et 131 : motif de consultation : douleurs thoraciques, contrôle électif ; diagnostic : douleurs thoraciques atypiques de repos et d'effort avec une ergométrie cliniquement positive et électriquement négative ; comorbidités et antécédents : reflux gastro-œsophagien avec gastrite discrète chronique non érosive ; réticence du patient concernant un contrôle invasif du réseau artériel coronaire par une coronarographie) ;
- des rapports d'imagerie, soit d'une échographie de l'abdomen complet du 3 mars 2016 (pièce 13, page 126 : hernie inguinale gauche directe à contenu grêle avec

un sac herniaire, le reste de l'échographie abdominale est dans les limites de la norme), d'un scanner thoracique du 24 juin 2016 (pièce 13, pages 115 et 116 : scanner thoraco-abdominal supérieur dans les limites de la norme), d'un scanner des sinus du 31 août 2016 (pièce 13, page 119 : conclusions : discrète pansinusopathie, avec un épaississement muqueux polypoïde du toit du sinus frontal gauche, une discrète déviation vers la gauche de la cloison nasale et une procidence carotidienne dans les deux sinus sphénoïdaux), d'un scanner de l'abdomen complet du 28 septembre 2016 (pièce 13, pages 99 et 100 : conclusion : pas de calcul radio-opaque décelable au niveau des voies urinaires, petite dilatation pyélique droite de dix millimètres de diamètre [passage post-calcul ?], pas de liquide libre intra-abdominal), d'une échographie de l'abdomen complet et du pli inguinal droit du 20 décembre 2016 (pièce 13, page 74 : conclusion : échographie abdominale complète dans les limites de la norme ; pas d'élément pour une récurrence de hernie inguinale droite, pas de hernie de Spiegel) ;

- un courrier du Dr E \_\_\_\_\_, spécialiste en cardiologie, du 14 octobre 2016 (pièce 13, pages 80 et 81 : consultation pour des épisodes de malaise avec palpitations ; résultats des examens spécialisés : pas d'arythmie particulière lors du ressenti de palpitations mais, à l'occasion, des pulsations plus basses au repos, sans problématique rythmique associée) ;
- un consilium de l'appareil locomoteur du 18 octobre 2016 auprès du Dr F \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie à la G \_\_\_\_\_ (ci-après : la G \_\_\_\_\_ ; pièce 13, pages 78 et 79 : motif de la consultation : bilan de thoracalgies d'origine peu claire ; appréciation : examen physique de l'appareil locomoteur sans particularité, pas de diagnostic susceptible d'expliquer le tableau douloureux, manifestement conditionné par l'anxiété ; difficultés contextuelles majeures [famille à charge en Suisse et au Kosovo, absence de formation professionnelle, épuisement des indemnités de chômage, sentiment d'impuissance, autodépréciation des aptitudes, etc...] représentant un très mauvais pronostic de reprise professionnelle) ;
- des rapports de consultations aux urgences de B \_\_\_\_\_ des 15 janvier 2017 (pièce 13, pages 72 et 73 : diagnostic : douleurs abdominales d'étiologie indéterminée multi-investiguées ; antécédent : anxiété depuis dix-huit mois ; syndrome coronarien et embolie pulmonaire exclus, pas de perturbation des tests hépatiques), 21 février 2017 (pièce 13, pages 67 et 68 : diagnostic : douleurs

abdominales d'origine indéterminée, avec possible constipation ; comorbidité : trouble anxieux ; antécédent : status après cure de hernie inguinale droite ; examens clinique, biologique et radiologiques rassurants), 14 mars 2017 (pièce 13, pages 62 et 63 : diagnostic : douleurs thoraciques d'origine indéterminée, sur probable crise d'angoisse ; comorbidités : trouble anxieux et douleurs épigastriques oppressives, avec de multiples consultations aux urgences pour des douleurs thoraciques ; diagnostic différentiel : trouble somatoforme), 19 janvier 2018 (pièce 13, pages 50 et 51 : diagnostic : saignement trois jours après une hémorroïdectomie ; comorbidité : état anxio-dépressif), 27 mars 2018 (pièce 13, pages 48 et 49 : diagnostic : syndrome grippal), 19 août 2018 (pièce 13, pages 46 et 47 : diagnostics : douleurs abdominales, vomissements et odynodysphagie ; antécédent : état anxio-dépressif), 22 août 2018 (pièce 13, pages 44 et 45 : diagnostic : épigastralgie dans un contexte d'œsophagite de stade 1 ; diagnostic différentiel : gastrite ; antécédent : état anxio-dépressif notamment) et 11 septembre 2018 (pièce 13, pages 42 et 43 : consultation pour divers symptômes, notamment une douleur à la gorge et une toux avec des expectorations ; à la radiographie du thorax, pas de syndrome inflammatoire ni de foyer infectieux ; antécédent : état anxio-dépressif notamment) ;

- des rapports du Dr H \_\_\_\_\_, spécialiste en cardiologie, des 13 février 2017 (pièce 13, pages 69 et 70 : consilium cardiologique du 7 février 2017, dans le cadre de malaises ; diagnostic principal : malaises d'étiologie indéterminée en cours d'investigation ; diagnostic différentiel : malaise vasovagal *versus* autre) et 30 mars 2017 (pièce 13, page 52 : investigation de malaises non syncopaux ; examen « Holter » de vingt-quatre heures dans les limites de la norme, sans substrat cardiologique).

Le 6 mai 2019, les spécialistes du Centre de psychiatrie et psychothérapie I \_\_\_\_\_ (ci-après : le I \_\_\_\_\_) ont établi un rapport à l'attention de l'Office AI. Selon les renseignements y figurant, le traitement auprès d'eux avait débuté le 15 octobre 2018, un suivi ayant été dispensé d'octobre 2016 à juin 2018 au J \_\_\_\_\_ (ci-après : le J \_\_\_\_\_). Il s'agissait d'un traitement psychiatrique et psychothérapeutique intégré, avec des entretiens bimensuels. Lors de ses vacances en été 2015, l'assuré avait fait un malaise avec chute, sans perte de connaissance, et depuis lors, il présentait des angoisses et des crises de panique, avec la peur de mourir par arrêt cardiaque. Il avait multiplié les consultations en urgence. Le bilan somatique s'était à chaque fois révélé normal et l'origine des troubles ne pouvait être que psychologique, ce qui avait conduit

le patient à changer de médecin traitant, de cardiologue et de psychiatre. L'investigation psychiatrique avait mis en évidence un état dépressif avec attaques de panique récurrentes sous la forme de douleurs thoraciques remontant à la mâchoire et à l'épaule gauche, de tremblements, de sensations de chaleur et de nausées. La symptomatologie dépressive était marquée, avec une perte de poids importante de quinze voire vingt kilos, une perte de l'appétit, des troubles du sommeil, une perte de l'élan vital et un retrait social important mais sans idées suicidaires. Les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique (F33.11), d'anxiété épisodique paroxystique (F41.0) et de trouble hypocondriaque (F45.2) ont été posés et attestés à partir d'octobre 2016 au moins, date du début du traitement au J \_\_\_\_\_.

Le seul traitement médicamenteux toléré et accepté par le patient était un anxiolytique par benzodiazépine. La médication psychotrope par antidépresseur et neuroleptique avait été marquée par une recrudescence des symptômes somatiques sous forme de palpitations et de tremblements, à l'origine de consultations aux urgences. Des symptômes dépressifs sévères avec des idéations suicidaires avaient motivé une demande d'hospitalisation en service spécialisé au cours du mois de février 2019. Le patient avait cependant changé d'avis, demandé l'annulation de ce séjour stationnaire et accepté pour la deuxième fois une prise en charge de crise avec des entretiens hebdomadaires. La situation sur le plan professionnel, social et familial était précaire. L'assuré se plaignait d'une grande fatigue, d'une tendance à la clinophilie et d'un isolement important. Il sortait très peu de chez lui, sauf pour les rendez-vous médicaux ou les urgences de B \_\_\_\_\_. Il était surtout préoccupé par ses symptômes anxieux et sa médication anxiolytique, avec une peur permanente de mourir. Il n'exerçait plus d'activité professionnelle depuis octobre 2016 en tout cas et, après une période de chômage, n'avait plus de revenu depuis octobre 2017 au moins. L'épouse travaillait à 60% comme vendeuse et son salaire constituait le revenu de la famille. Le couple avait deux enfants de dix et treize ans. L'incapacité de travail en tant qu'ouvrier du bâtiment était totale dès octobre 2018 au plus tard. L'état de santé psychique actuel du patient ne permettait aucune activité professionnelle. Les limitations fonctionnelles consistaient en une grande fatigabilité, des angoisses permanentes et une intolérance au stress (pièce 18, pages 140 à 145).

En date du 20 mai 2019, le Dr K \_\_\_\_\_, psychiatre au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), a estimé que le diagnostic de trouble dépressif récurrent ne pouvait pas être admis, puisque le critère principal de la répétition des épisodes dépressifs n'était pas retrouvé. Il a ajouté que les crises d'angoisse prenaient

une telle ampleur qu'elles entraînaient des symptômes susceptibles d'être confondus avec ceux d'un trouble de l'humeur, comme la perte de poids, la perte de l'élan vital, la clinophilie, les troubles du sommeil ou la fatigabilité. Il a en revanche validé les diagnostics d'anxiété épisodique paroxystique et de trouble hypocondriaque, lesquels n'étaient pas incapacitants. Il a mentionné que s'ajoutaient aux angoisses des inquiétudes d'ordre psychosocial, telles que l'absence de ressources financières, hormis celles générées par le seul travail de l'épouse, et la charge d'une famille en Suisse et au Kosovo. Le psychiatre du SMR a conclu que la capacité de travail était entière dans toute activité (pièce 20, pages 148 à 154).

**B.** Le 27 mai 2019, l'Office AI a établi un projet de décision portant sur le refus de prestations de l'assurance-invalidité (mesures d'ordre professionnel, indemnités journalières, rente d'invalidité), en l'absence d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique susceptible de justifier une incapacité de travail de longue durée.

Dans une lettre du 24 juin 2019, l'assuré, représenté par Me Philippe Zimmermann, a brièvement contesté ce projet. Il s'est référé à l'incapacité totale de travail dans une activité quelconque depuis octobre 2016 au moins, qui ressortait clairement du rapport du I \_\_\_\_\_.

Ces objections ont été complétées le 14 août 2019. Aux termes de celles-ci, le SMR n'avait pas donné les raisons pour lesquelles il avait écarté, d'ailleurs sans examen de l'assuré, le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique, posé dans ledit rapport spécialisé et circonstancié. Le fait que certains symptômes ne fussent pas en lien avec ce trouble ne suffisait pas pour exclure celui-ci. Un état anxio-dépressif avait en outre été constaté dans de nombreux rapports médicaux figurant au dossier. Les spécialistes du I \_\_\_\_\_ avaient également attesté l'existence des diagnostics retenus à compter d'octobre 2016 au moins, date du début du traitement au J \_\_\_\_\_. Le projet de décision, qui n'était pas motivé de façon sérieuse et documentée, devait donc être revu ou, à défaut, le droit à la rente constaté.

Sur conseil donné le 27 août 2019 par le SMR (pièces 27 et 28, pages 167 à 169), un mandat d'expertise mono-disciplinaire a été confié le 2 septembre suivant au Dr L \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie (pièce 29, pages 170 à 176).

A cette dernière date, l'assuré a été invité à formuler d'éventuels motifs de rejet ou de récusation de cet expert ainsi que d'éventuelles questions supplémentaires à l'attention de celui-ci (pièce 30, pages 177 et 178).

Le 24 septembre 2019, le Dr L \_\_\_\_\_ a convoqué l'assuré pour le 4 octobre suivant à treize heures, en vue d'un entretien d'expertise d'une durée de deux heures et demie à trois heures (pièce 32, page 181).

Ce spécialiste a rédigé son rapport d'expertise en date du 16 janvier 2020 (pièce 41, pages 190 à 227). Il a indiqué que l'entretien s'était tenu l'après-midi du 4 octobre 2019, d'une heure à trois heures et demie.

Lors de cet examen, l'assuré s'était spontanément plaint d'anxiété, de fatigue et de douleurs multiples l'empêchant de travailler. D'après les renseignements obtenus ensuite par le Dr L \_\_\_\_\_, l'expertisé avait vécu avec sa famille en Valais de 1990 à 2000, sous le statut de réfugié. Scolarisé en Suisse, il avait redoublé à plusieurs reprises et n'avait pas suivi de formation certifiante. De retour au Kosovo, il avait secondé son père dans une activité du domaine sanitaire et épousé une compatriote au bénéfice d'un permis d'établissement en Suisse. Il était venu s'établir à Sion en 2005 et avait effectué des missions temporaires dans la menuiserie et le génie civil ou comme couvreur. De mai 2010 à mars 2014, il avait été employé auprès d'une société active dans le déménagement, le sablage et la démolition. Il avait été licencié pour des raisons économiques et l'entreprise en question avait fait faillite. Annoncé à l'assurance-chômage, il avait fait de multiples recherches d'emploi, sans succès. C'était durant cette période qu'il était tombé malade. Son permis de conduire lui avait été retiré deux fois pour alcool au volant. Il avait d'autres problèmes avec la justice.

Son épouse travaillait en tant que vendeuse à temps partiel. Elle avait bon caractère, le soutenait et s'occupait bien de leurs enfants, nés respectivement en 2006 et 2009. Elle gérait leurs affaires administratives et financières. Le couple avait de nombreuses dettes et poursuites en cours dont l'expertisé ne connaissait ni le montant ni l'origine. Lui-même n'était pas en mesure de s'occuper de ses enfants. Il avait des contacts normaux, mais sans plus, avec sa nombreuse belle-famille en Suisse, notamment en Valais. Après son arrivée en Suisse, il avait entretenu de bonnes relations avec deux oncles paternels à Nyon. Du fait de sa maladie, il ne les avait plus contactés et avait perdu tout son réseau d'amis. Il vivait dans un appartement de trois pièces à Sion. Il dormait mal, se levait à point d'heure pour prendre ses médicaments et se recouchait car il tremblait et avait des vertiges. Il restait de temps en temps sur le canapé à ne rien faire et à se demander pourquoi il se sentait mal. Il se levait pour aller fumer des cigarettes à la fenêtre de la cuisine, à raison d'un paquet par jour. Il ne lisait pas, n'allumait pas la télévision, ne s'occupait pas de ses enfants, ne s'acquittait d'aucune tâche ménagère et n'accompagnait pas son épouse et ses enfants lorsqu'ils sortaient pour leurs loisirs. Le

soir, il buvait deux bières d'un demi-litre pour « oublier et être défoncé », se couchait entre vingt-deux et vingt-trois heures et trouvait facilement le sommeil. Il mesurait sa tension artérielle toute la journée, en raison de crises de tachycardie qui n'étaient pas quotidiennes. Il s'était rendu au Kosovo en 2018. Il s'estimait incapable de travailler, même à temps partiel.

Il avait actuellement des idées suicidaires, *a priori* non scénarisées, car il ne supportait plus son état. L'appétit était mauvais. Il avait perdu trente kilos. Les états d'anxiété ne semblaient pas liés à des situations particulières. Ils se manifestaient par une oppression thoracique, une peur de devenir fou et de mourir ainsi que de la transpiration. S'il n'allait pas seul chez son psychiatre, c'était parce qu'il se sentait fatigué et qu'il manquait parfois de motivation et d'envie. Il n'y avait autrement pas de développement évident d'agoraphobie. Il se rendait en consultation au I \_\_\_\_\_ trois à quatre fois par mois. La médication anxiolytique importante n'avait pas d'effet véritable sur les crises anxieuses. Les traitements antidépresseurs, interrompus après trois jours en décembre 2018, l'avaient rendu plus anxieux. Il n'avait pas voulu être hospitalisé. Il ne savait pas pourquoi il était déprimé. Il n'avait pas d'explication claire au fait que les tachycardies n'étaient pas quotidiennes mais qu'il estimait nécessaire de contrôler sa tension artérielle et son pouls dix fois par jour. Au niveau somatique, il avait fait état de fatigabilité, de vomissements dès qu'il mangeait, de douleurs digestives, de troubles du transit et de tachycardie.

Selon les constatations de l'expert, l'assuré était légèrement amaigri. Il s'était déplacé sans limitation jusqu'au bureau du spécialiste. Le contact visuel n'était pas très « clair ». De la souffrance était difficilement perceptible chez l'expertisé. Il en allait de même d'une irritabilité. Celui-ci était plaintif et centré sur lui-même. Il ne paraissait pas spécialement tendu, donnait l'impression d'être légèrement effondré mais n'avait pleuré à aucun moment pendant la discussion. Il pouvait reconstituer son histoire personnelle avec clarté et logique mais sur certains points, notamment sa situation financière et son parcours professionnel, il demeurait plutôt flou et affirmait ne pas s'en souvenir. Il n'y avait pas de troubles patents de la concentration, de la mémoire d'évocation ou de la fixation. Le jugement et le raisonnement étaient conservés. Du point de vue anxieux, le Dr L \_\_\_\_\_ n'a pas relevé d'argument pour un trouble de l'anxiété généralisé ou un trouble panique, tel que définis dans la cinquième version du « Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders » éditée par l'Association américaine de psychiatrie (ci-après : DSM-5), ni pour un état de stress post-traumatique. L'expertisé ne présentait pas de troubles alimentaires. Il n'y avait pas de signes florides de la lignée psychotique. Sur

le plan de la personnalité, l'assuré avait montré une importante passivité et une mise en échec de tous les possibles, affirmant être trop fatigué pour effectuer les tests psychométriques. L'attitude était parfois caricaturale et le discours souvent excessif, avec une multiplication des plaintes et une absence de réponse aux benzodiazépines, même à hautes doses. Il existait une discordance importante dans la présentation des éléments objectifs, souvent flous et imprécis. Rien n'indiquait toutefois un trouble significatif de la personnalité, puisque l'expertisé avait toujours bien fonctionné au niveau personnel, familial, social et professionnel jusqu'à son licenciement en mars 2014.

L'expert a analysé les diagnostics retenus par le I \_\_\_\_\_ à la lumière des critères développés par le DSM-5 et la dixième édition de la Classification internationale des maladies émanant de l'Organisation mondiale de la santé (ci-après : CIM-10). Concernant la dépression, il n'y avait pas d'évidence d'antécédent de trouble dépressif et la récurrence ne pouvait pas être retenue. Le tableau clinique était difficile à préciser chez un sujet très dramatique, au discours souvent flou et contradictoire. La fatigue semblait être au centre de ce tableau. L'assuré ne paraissait pas incapable d'investir la relation avec ses proches. Cela suggérait dans l'ensemble un trouble dépressif de gravité difficile à déterminer mais il fallait tenir compte d'éléments de surcharge à examiner dans un second temps. Relativement à un trouble panique, l'assuré avait affirmé présenter une anxiété paroxystique, en l'absence de facteur déclenchant clairement identifiable et être déprimé sans savoir pourquoi. Il s'inquiétait au sujet des manifestations cardiaques, raison pour laquelle il mesurait sa tension et son pouls plusieurs fois par jour. Il avait mentionné des oppressions thoraciques, une peur de devenir fou, de la transpiration mais pas de développement d'agoraphobie. La consommation d'alcool était peut-être excessive. Un trouble anxieux pouvait être retenu. Sa gravité était difficile à déterminer, au motif d'une sursimulation. Il n'y avait pas de trouble majeur de la personnalité. Le comportement était passif-agressif, avec mise en échec de tous les possibles. Il existait des éléments allant dans le sens d'une tendance à l'amplification des plaintes, dans le cadre de l'entité diagnostique de majoration des symptômes physiques et psychiques pour des raisons psychologiques selon la CIM-10 (F68.0). Le Dr L \_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de trouble dépressif de gravité difficile à déterminer, de trouble anxieux de gravité difficile à déterminer et de majoration des symptômes physiques et psychiques pour des raisons psychologiques (F68.0). Il a expliqué ce dernier diagnostic par un tableau comportant les champs suivants : « nature des symptômes : amplification des symptômes ; explication des symptômes : insuffisante, souvent vague ; description des symptômes : peu précise, variable, incohérente, sur un ton souvent dramatique et

démonstratif ; poids de la souffrance manifeste : peu perceptible, évitement du contact visuel ; coopération, participation, disposition à faire un effort : insuffisantes en général, refus d'effectuer les tests psychométriques, même un seul, pour cause de fatigue, incohérences assez frappantes, absence d'initiative individuelle, mise en échec de tous les possibles, comportement passif-agressif, incapacité à formuler l'intérêt ou le motif du suivi psychiatrique ; but psychosocial des symptômes, profit tiré de la maladie : entretien de la famille au Kosovo ; traumatismes existentiels, facteurs déclenchants : inexistants, apparition des troubles dès la fin du droit aux indemnités de chômage, avec une recherche d'emploi infructueuse ; comorbidités psychiatriques ou somatiques : anxiété, absence de comorbidités somatiques cliniquement significatives ».

Dans son évaluation médicale et médico-assurantielle, ce spécialiste a relevé l'absence, par le passé, de troubles psychiques incapacitants dont l'assuré aurait souffert. Les seuls facteurs de stress correspondaient à la fin des indemnités de chômage et à la difficulté de retrouver un emploi. L'expertisé présentait une symptomatologie dépressivo-anxieuse avec de nombreuses plaintes somatiques, sans aucune évolution malgré un suivi au J \_\_\_\_\_ puis au I \_\_\_\_\_. Contrairement à ce qui était observé chez tous les patients souffrant d'anxiété, il n'y avait aucune réponse à une prise importante de benzodiazépines. Le patient, apparemment coopérant, avait fait part d'une intolérance à tous les traitements proposés après deux ou trois jours. Une hospitalisation avait été refusée. Il n'y avait pas lieu d'exiger une réadaptation, puisque c'était dans l'activité habituelle que l'expertisé pouvait valoriser au mieux ses compétences. Il existait une limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie. L'expertisé avait indiqué ne rien faire, n'effectuer aucune tâche ménagère, n'avoir ni vie sociale ni vie familiale et rester sur le canapé toute la journée. L'environnement familial était toutefois bon. Il était difficile de procéder à une comparaison du niveau d'activité avant et après l'apparition de l'atteinte à la santé. Les symptômes n'étaient pas cohérents et peu plausibles. Les informations ressortant du dossier médical et celles récoltées durant l'examen d'expertise étaient largement divergentes, ce qui pouvait s'expliquer par le fait que face à un sujet très dramatique, plaintif et souvent flou, le médecin traitant se fondait sur le postulat de sincérité de son patient. En incapacité de travail depuis 2016, soit au début de la trentaine, l'assuré ne montrait aucune disposition favorable à coopérer et mettait en échec tous les possibles. Subjectivement, il n'avait aucune demande de reprise d'activité. Il y avait probablement des troubles fonctionnels sortant du champ médical, tels que des difficultés financières faisant ressortir le rôle et les avantages de prestations d'assurance, des problèmes judiciaires, l'absence de formation professionnelle, les chances de réinsertion limitées par un long éloignement

du monde du travail. La capacité de travail devait être considérée comme entière dans toute activité, sans baisse de rendement. La survenance d'une pathologie psychique sans aucun facteur de stress dans l'environnement de l'assuré, hormis la fin des indemnités d'assurance-chômage, était surprenante. Il était ici question soit de troubles psychiques incapacitants, comme retenu par les médecins du I \_\_\_\_\_, soit pour l'essentiel de facteurs extra-médicaux. Il s'agissait en l'occurrence d'une situation d'amplification des plaintes, ou peut-être de simulation de certains symptômes dans le cas d'un assuré en incapacité de travail depuis le début de la trentaine (pièce 41, pages 190 à 227).

Selon une lettre de sortie du 18 janvier 2020, l'assuré avait séjourné du 2 au 31 décembre 2019 dans le Service de psychiatrie et psychothérapie de B \_\_\_\_\_. Il y avait été adressé par les urgences de B \_\_\_\_\_, en raison d'idées suicidaires scénarisées. Le diagnostic principal d'épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques (F32.3) et les diagnostics secondaires de trouble hypochondriaque (F45.2), de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de sédatifs ou d'hypnotiques, syndrome de dépendance, utilisation continue (F13.25) et de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, utilisation nocive pour la santé (F10.1) avaient été posés. Le patient souffrait d'une tristesse importante, associée à de nombreuses plaintes somatiques récurrentes. Pour gérer sa souffrance, il consommait un litre de bière chaque soir, avec des anxiolytiques. A son admission, il présentait une symptomatologie dépressive marquée avec des idéations suicidaires scénarisées par pendaison, présentes depuis environ un mois, une importante anxiété, une thymie abaissée et des plaintes hypochondriaques quasi délirantes. Le discours était adéquat, cohérent et informatif. Il n'y avait pas de trouble ni du cours ni du contenu de la pensée durant l'entretien. Les affects étaient congruents. Il avait bénéficié d'une prise en charge multidisciplinaire, avec traitement psychiatrique intégré. Une médication antidépressive avait été introduite durant le séjour. Au vu du refus réitéré de la prise en charge médicale par le patient, qui demandait son retour à domicile, et d'un risque suicidaire élevé, un placement à des fins d'assistance avait été sollicité. Une cure injectable de neuroleptique et d'anxiolytique sur quelques jours avait été instaurée et bien tolérée. Le patient avait commencé à se sentir bien dans son corps, une sensation qu'il n'avait jamais eue depuis plusieurs années. L'évolution clinique avait été progressivement favorable dans le cadre de soins structurants, fermes et soutenant. Les quelques congés à domicile s'étaient révélés positifs. Le patient avait alors demandé spontanément et obtenu sa sortie (pièce 43, pages 229 à 231).

Dans son rapport final du 22 janvier 2020, le Dr K \_\_\_\_\_ du SMR a reconnu pleine valeur probante aux conclusions du rapport d'expertise psychiatrique du 16 janvier 2020. Il a rappelé les points principaux du rapport correspondant et souligné que la notion d'incohérence en constituait l'aspect dominant. Aux termes de ses explications, l'expert avait démontré de manière claire et détaillée que l'assuré ne présentait pas d'atteinte à la santé psychique incapacitante. Il avait relevé que les discordances ne permettaient pas de préciser au mieux les troubles de l'humeur ou les angoisses allégués par l'assuré. La lettre de sortie du 18 janvier 2020 faisait mention d'un état dépressif sévère avec symptômes psychotiques. Hormis un critère majeur de thymie abaissée et un critère mineur d'idées suicidaires, l'examen clinique était toutefois pauvre en critères ou éléments cliniques attestant une telle symptomatologie. Les symptômes psychotiques évoqués n'étaient pas évidents. La qualification de quasi délirantes des plaintes hypocondriaques, déjà connues, suggérait plus une impression qu'un regard objectif. Le peu d'éléments cliniques et l'absence de critères selon la CIM-10 ne permettaient pas d'admettre le diagnostic d'épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques. Il s'agissait là d'une interprétation différente d'une même situation de la part du médecin hospitalier qui découvrait un patient au parcours complexe. Un autre trouble dépressif (F32.8) au sens de la CIM-10 pouvait être admis, à savoir un épisode d'allure dépressive ne répondant pas aux critères d'un épisode dépressif (F32.0 à F32.3), lequel était en rémission à la sortie de l'hôpital. Des limitations fonctionnelles particulières n'étaient pas rapportées dans la lettre de sortie correspondante, laquelle ne remettait pas en cause les conclusions du rapport d'expertise psychiatrique. En conclusion, il n'y avait pas d'atteinte à la santé psychique incapacitante de longue durée. Le trouble dépressif à l'origine de l'hospitalisation avait évolué favorablement et entraîné une courte incapacité totale de travail, du 1<sup>er</sup> décembre 2019 au 6 janvier 2020. La majoration des symptômes physiques et psychiques pour des raisons psychologiques et l'abus des anxiolytiques comme de l'alcool n'étaient pas incapacitants en soi ni à l'origine de limitations fonctionnelles, mais rendaient le pronostic réservé. Depuis toujours, la capacité de travail était entière dans toute activité, hormis le séjour psychiatrique stationnaire (pièce 44, pages 232 à 236).

Il ressort du rapport correspondant du 29 juin 2020 que l'assuré a été admis du 28 avril au 6 juin 2020 dans le Service de médecine et de neurologie de la M \_\_\_\_\_ (ci-après : la M \_\_\_\_\_) pour une réhabilitation stationnaire psychosomatique, en raison d'une péjoration croissante et difficilement gérable en ambulatoire de l'état de santé psychophysique. Y figuraient le diagnostic principal d'épisode dépressif sévère, sans symptômes psychotiques, avec des états d'angoisse en augmentation, un

déconditionnement physique marqué et une apparence cachectique, de même que les diagnostics secondaires de trouble douloureux hypochondriaque important, de trouble anxio-dépressif mixte selon l'anamnèse, de status après deux opérations pour hémorroïdes, de hernie hiatale et d'acouphène bilatéral. D'après l'anamnèse sociale établie lors de cette hospitalisation, l'assuré avait gagné sa vie depuis l'âge de quinze ans. A son retour en Suisse, tout allait bien, il avait fondé une famille, avait beaucoup d'amis et pratiquait par lui-même du bodybuilding. Les problèmes de santé étaient apparus cinq ans plus tôt. Depuis lors, il n'avait plus travaillé et avait beaucoup de soucis financiers, ainsi que des dettes. Il pouvait s'imaginer exercer l'activité de chauffeur-livreur le moment venu. Après l'hospitalisation en psychiatrie, il n'avait plus consommé d'alcool et était abstinent. Concernant le status psychique à l'entrée, aucun déficit cognitif et mnésique important n'était constaté. Il y avait d'importants troubles du sommeil continu, sans perturbation pathologique franche de l'endormissement. Le patient se sentait nerveux et effrayé. L'humeur était dépressive et la motivation réduite. Il ruminait considérablement. Au cours de la discussion, il se montrait dysthymique et subjectivement impuissant à résoudre ses problèmes. Il pensait ne plus pouvoir rien faire et trouvait même ses enfants fatigants. Il n'était guère disposé à considérer autre chose que ses plaintes psychosomatiques et voulait tout contrôler. Il se souciait beaucoup de sa santé physique et montrait une tendance à la généralisation. Il n'y avait pas d'argument pour une mise en danger de lui-même ou des autres. Une tendance suicidaire était niée catégoriquement, même si le patient avait songé par le passé à se pendre. Il avait indiqué ne plus avoir de pensées suicidaires à l'heure actuelle et mentionné l'importance de sa famille à ses yeux. Un changement de la médication, uniquement par antidépresseur, avait été essayé. L'assuré y avait tout d'abord réagi positivement mais avait affirmé par la suite souffrir des mêmes symptômes qu'il avait considérés comme des effets secondaires des médicaments. Après un bon début, il n'avait finalement été que partiellement possible, durant le temps de traitement, d'obtenir un effet durable sur les plaintes et symptômes dépressivo-anxieux en question par des approches psychoéducatives et des thérapies actives à composante psychosociale. Le vécu de symptômes et de stress du patient avait prédominé (pièce 53, pages 245 à 252).

En date du 16 juillet 2020, le Dr N \_\_\_\_\_, généraliste au SMR, a estimé que les nouvelles informations médicales ne modifiaient pas l'avis émis par le psychiatre du SMR en janvier 2020, dont les conclusions demeuraient d'actualité. La situation était superposable à celle décrite par ce spécialiste au sujet de l'hospitalisation psychiatrique en décembre 2019. Les nouveaux renseignements concernaient un épisode dépressif majeur avec humeur dépressive et troubles du sommeil mais sans symptôme

psychotique, ni idée suicidaire, ni trouble cognitif. Il y avait donc seulement un critère majeur. En l'absence de neuroleptique, le traitement dispensé durant le séjour à la M \_\_\_\_\_ était moins lourd que celui prescrit lors de l'hospitalisation psychiatrique (pièce 55, pages 254 et 255).

Dans un courrier du 13 août 2020, l'assuré a souligné qu'au vu des diagnostics alarmants figurant dans le rapport de la M \_\_\_\_\_, les progrès cliniques étaient extrêmement réduits, voire inexistants, et qu'il convenait de retenir son incapacité totale de travail et de gain (pièce 57, page 258).

Par décision du 18 août 2020, l'Office AI a nié le droit de l'assuré à des prestations de l'assurance-invalidité (mesures d'ordre professionnel, indemnités journalières, rente d'invalidité), en reprenant les prises de position du SMR des 22 janvier et 16 juillet 2020.

**C.** Le 23 septembre 2020, X \_\_\_\_\_ a interjeté recours céans contre cette décision en concluant, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de cette décision ainsi que, principalement, à l'octroi d'une rente entière fondée sur un taux d'invalidité supérieur à 70% et, subsidiairement, au renvoi du dossier à l'Office AI en vue de l'organisation d'une expertise pluridisciplinaire et du prononcé d'une nouvelle décision. Il s'est en outre réservé le droit de requérir, en tant que moyen de preuve, une expertise neutre et indépendante. Selon les arguments exposés par le recourant, il avait été constaté chez lui de l'anxiété et un état dépressif lors de presque toutes les consultations aux urgences. Les spécialistes du I \_\_\_\_\_, dans leur rapport du 6 mai 2019, avaient admis un tel diagnostic. Il n'était pas possible de balayer ce diagnostic en deux lignes, comme le SMR l'avait fait en date du 20 mai 2019, en éclipsant complètement les constats de perte de l'élan vital et de réduction importante des relations sociales qui constituaient des signes généralement reconnus d'un état de dépression. Le rapport du Dr L \_\_\_\_\_ du 16 janvier 2020 ne pouvait être considéré avec davantage de sérieux. D'après l'indication correspondante, l'entretien d'expertise avait eu lieu le 4 octobre précédent, de treize heures à quinze heures trente. Son épouse qui l'avait accompagné ce jour-là avait constaté une durée d'entretien de moins de trente minutes. Il était de toute manière douteux que l'expert eût été en mesure d'appréhender la situation médicale en un temps si bref et de mener une discussion approfondie sur les différents thèmes abordés au cours de l'expertise. La mention « sans objet » figurait en outre sous le titre de l'entretien concernant les incohérences éventuelles apparues aux yeux de l'expert. Celui-ci semblait donc avoir considéré *a contrario* qu'il n'y avait pas d'incohérences dans les divers rapports médicaux à sa disposition, notamment celui du I \_\_\_\_\_. Les psychiatres traitants n'avaient pas noté de signes d'exagération subjective de la situation

mais ils avaient relevé une correspondance entre le récit du patient et les constatations médicales. Quant à la conclusion du Dr L \_\_\_\_\_ relative à l'absence d'un trouble significatif de la personnalité, compte tenu du bon fonctionnement de l'assuré jusqu'à son licenciement en mars 2014, elle n'était manifestement pas digne d'un expert compétent et neutre. Il n'avait en effet jamais été contesté qu'avant août et septembre 2015, il n'y avait eu aucun problème psychique particulier. Il convenait de souligner également que le rapport correspondant avait été rédigé plus de trois mois après l'entretien d'expertise. Les conclusions de l'expert devaient ainsi être contestées et écartées au profit de celles des autres psychiatres, en charge de son cas depuis plusieurs années et parfaitement au courant de ses troubles et de sa personnalité.

Enfin, le Dr L \_\_\_\_\_ ne répondait pas aux critères d'impartialité et d'indépendance d'un expert. En 2002, de nombreux médecins et psychiatres vaudois s'étaient inquiétés du fait que, presque systématiquement, celui-ci corrigeait leurs diagnostics dans le cadre d'expertises demandées par des assurances. Certes, les médecins concernés avaient fait l'objet d'une sanction de la part du Conseil d'Etat vaudois. La Télévision romande avait toutefois récemment diffusé un reportage dans lequel il était relaté qu'en quelques années seulement, un expert-psychiatre, le Dr S., avait encaissé plusieurs millions d'honoraires d'expertises de la part de l'assurance-invalidité et d'autres assurances. Il pouvait être supposé qu'il s'agissait du même Dr L \_\_\_\_\_. Ce revenu considérable créait à l'évidence un lien de dépendance entre cet expert et les assureurs qui le mandataient. En conséquence, si la Cour de céans n'écartait pas purement et simplement les conclusions de l'expertise psychiatrique, il y avait alors lieu d'ordonner une nouvelle expertise neutre et indépendante.

Dans le cadre de la procédure S3 20 57, l'octroi de l'assistance judiciaire a été refusé au recourant en date du 13 novembre 2020.

L'Office AI a conclu, dans sa réponse du 2 février 2021, au rejet du recours et à la confirmation de sa décision du 18 août précédent. A suivre son exposé, l'absence d'impartialité et d'indépendance du Dr L \_\_\_\_\_, invoquée par le recourant, manquait de pertinence. Une telle critique reposait en effet sur une polémique vieille d'une vingtaine d'années et pour laquelle un blâme et une amende avaient été prononcés à l'encontre des médecins qui l'avaient déclenchée par la Commission de déontologie de la Société vaudoise de médecine (SVM), en raison du discrédit jeté à tort sur ce spécialiste, ainsi que sur un bref reportage diffusé le 30 août 2020 par la Radio Télévision Suisse (RTS) francophone et dans lequel le nom du praticien mis en cause n'était pas divulgué. De plus, le recourant s'était rendu à la consultation du

Dr L \_\_\_\_\_ sans soulever la moindre objection à l'égard de ce médecin, alors qu'il avait expressément été invité à le faire par communication du 2 septembre 2019. Ce n'était finalement qu'en procédure de recours qu'il avait contesté l'objectivité de ce praticien et allégué ne l'avoir rencontré qu'une demi-heure, alors qu'il ressortait expressément du rapport d'expertise du 16 janvier 2020 que l'examen clinique avait duré deux heures et trente minutes. De toute manière, le temps consacré à l'examen clinique n'était pas de nature à constituer, en tant que tel, un indice de partialité de l'expert. Contrairement aux remarques du recourant, le rapport en question comportait une anamnèse personnelle, professionnelle, affective, sociale et socio-économique complète, la description des plaintes de celui-ci, les constatations objectives ainsi qu'un examen exhaustif des indicateurs jurisprudentiels topiques. L'expert avait ainsi pris le temps nécessaire pour entendre l'assuré et recueillir toutes les données utiles à l'établissement de son rapport.

Le 1<sup>er</sup> mars 2021, le recourant a précisé, en se référant au journal des appels sur le téléphone de son épouse et en fournissant d'autres explications relatives à l'entretien d'expertise, que cet examen avait duré entre une heure et une heure et demie, et non deux heures et demie. Il a ajouté que c'était en suivant l'émission du 30 août 2020 qu'il s'était rendu compte du manque d'indépendance du Dr L \_\_\_\_\_ et qu'il n'avait donc pas pu formuler des remarques à ce sujet avant la décision du 18 août précédent.

Dans son écriture du 9 mars 2021, l'intimé a constaté qu'à la lecture de la réplique du recourant, l'examen clinique pratiqué par l'expert n'avait pas duré moins de trente minutes comme prétendu dans le mémoire de recours. Il a enfin estimé que le rapport d'expertise répondait aux exigences jurisprudentielles de valeur probante d'une appréciation médicale et qu'il n'y avait pas lieu de s'en écarter, en l'absence de tout indice propre à faire douter de son bien-fondé.

Par courrier du 15 avril 2021, le recourant s'en est remis à justice sur la question de la durée de l'entretien d'expertise, dans le cadre de l'analyse de la valeur probante du rapport correspondant. Il a mentionné qu'une expertise psychiatrique avait été ordonnée par le Ministère public et que la Cour de céans pouvait peut-être tirer quelques enseignements complémentaires du rapport y relatif.

Sur demande de la Cour, ce rapport, daté du 12 avril 2021, a été versé en cause. Fondé notamment sur quatre entretiens tenus les 23 février, 5 mars, 15 mars et 1<sup>er</sup> avril 2021, le rapport en question a été établi dans le cadre d'une procédure pénale où l'assuré était prévenu de lésions corporelles simples avec un objet dangereux, de dommages à la

propriété, de menaces, de violation de domicile et de conduite en état d'ébriété qualifiée, pour des faits survenus les 15 et 21 juillet 2020, 17 août 2020 et 6 mars 2021.

D'après certains éléments figurant dans ce rapport, la période au cours de laquelle l'expertisé avait été victime de sa crise de panique coïncidait avec la mort de son animal de compagnie, un chien, et une incertitude professionnelle. Dans les faits, l'assuré avait décroché un contrat de chauffeur-livreur pour l'automne 2015 et devait rencontrer son futur employeur à son retour de vacances. La cassure entraînée par cette décompensation psychique avait été si conséquente qu'il n'avait plus été actif depuis lors. C'était son épouse, qui travaillait comme vendeuse, qui subvenait aux besoins de la famille. L'expertisé s'était montré ambivalent relativement aux soins proposés durant son suivi auprès du J \_\_\_\_\_ (médication, groupes thérapeutiques). Comme il avait refusé de prendre un antidépresseur au motif, indiqué lors des entretiens précités, qu'un oncle à qui ce traitement avait été prescrit en avait ressenti des effets néfastes, l'assuré avait été invité à se diriger vers un thérapeute privé pour une psychothérapie. La lecture de la lettre de sortie de l'hospitalisation du 28 avril au 6 juin 2020 à la M \_\_\_\_\_ frappait par les améliorations qui émergeaient dans un premier temps grâce aux mesures (physiothérapie, médication), avant l'étiollement des progrès et la réapparition des symptômes. L'assuré avait demandé à quitter l'établissement, notamment à cause de discussions insatisfaisantes sur la médication en laquelle il avait fondé d'importants espoirs. La famille était soutenue par une amie, une femme d'un certain âge qui avait fait la connaissance de l'épouse de l'expertisé. A l'heure actuelle, l'assuré se rendait fréquemment chez cette amie et s'occupait notamment des plantes de celle-ci. En juillet 2020, à la suite de menaces proférées contre son épouse, il avait logé quelques temps chez cette amie puis avait occupé le garage situé dans l'immeuble où cette personne vivait. Lors de son audition du 18 février 2021 à la police, l'amie en question avait déclaré qu'elle contrôlait l'expertisé tous les jours pour qu'il ne se retrouvât pas dans une situation problématique. Si l'assuré était entouré et soutenu par son épouse et cette amie, le lien entre ces deux soutiens n'était pas coordonné car des tensions existaient entre elles.

En conclusion, la symptomatologie rapportée par l'expertisé correspondait à un trouble panique (anxieux), lequel se manifestait sous une apparence d'hyper-normalité dans la manière dont l'assuré énonçait son discours et décrivait son mode d'être. L'anamnèse laissait apparaître que la symptomatologie avait pu être nettement plus bruyante (consultations multiples aux urgences, perte importante de poids, hospitalisations en psychiatrie). Cette phénoménologie, soit ce qui se voyait, s'inscrivait sur un

fonctionnement mental, une organisation de la personnalité, du registre de la psychose (psychose ordinaire ou structure psychotique) de type paranoïaque. Concernant l'évaluation du risque de violence, un facteur chronologique ou historique fortement corrélé avec ce risque était la consommation d'alcool et l'agressivité en découlant. Il y avait aussi l'item des problèmes d'emploi, puisque l'expertisé était inapte au travail mais n'était pas au bénéfice d'une rente de l'assurance-invalidité. Les symptômes dépressifs et anxieux présentés et difficilement traitables, au vu de l'absence de stabilité des effets des traitements, associés à la structure de personnalité de l'expertisé, constituaient un trouble mental sévère. Celui-ci ne souffrait pas d'un trouble de la personnalité constitué ni de psychopathie. Sur le plan des facteurs cliniques, les capacités d'introspection étaient réduites, dans le sens où l'assuré était peu conscient de son mode de fonctionnement lorsqu'il était sous l'influence de l'alcool. Il fallait enfin retenir l'item relatif à une résistance au traitement, dès lors que même l'adhésion du patient à ce qui était mis en place n'était pas suivie d'effets significativement durables.

Au moment des faits reprochés, le diagnostic en lien avec les infractions était celui de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, utilisation nocive pour la santé (F10.1), sur une structure psychotique de la personnalité à composante paranoïaque et narcissique. Les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F33.11) et d'anxiété épisodique paroxystique (trouble panique) (F41.0) étaient présents et invalidants par leur envahissement du champ mental, mais secondaires quant à leur influence sur les infractions reprochées. A l'heure actuelle, l'anxiété épisodique paroxystique (F41.0) était au premier plan, alors que le trouble dépressif récurrent était en rémission (F33.4). Le diagnostic de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, utilisation nocive pour la santé (F10.1), sur une structure psychotique de la personnalité restait présent. Les critères permettant de définir et de retenir un trouble de la personnalité n'étaient pas réunis. Il était erroné de retenir un tel trouble uniquement à partir des actes de violence reprochés. En effet, pour qu'un trait ou un facteur, comme l'impulsivité, la faible tolérance à la frustration, le narcissisme, qui se manifestait lors des passages à l'acte eût le statut de trouble ou de trait de personnalité, il devait pouvoir s'observer dans d'autres situations de la vie quotidienne. Or, il n'y avait aucun élément anamnestique qui orientait vers des troubles précoces du comportement, et ce jusqu'à la cassure, sous forme de crise de panique, de l'été 2015. Depuis lors, des troubles se manifestaient de manière bruyante, dans un premier temps avec la multiplication de contrôles médicaux en urgence, puis avec une rupture nette sur le plan professionnel et un désœuvrement, puisque l'expertisé n'avait plus exercé d'activité lucrative. Il avait trouvé un appui auprès d'une amie de la

famille qui l'occupait un tant soit peu et le cadrait. La symptomatologie était moins bruyante à l'heure actuelle, dans le sens où les plaintes somatiques étaient apaisées. La gravité était néanmoins telle qu'elle ne permettait pas à l'expertisé de s'inscrire dans un champ professionnel, ce qui interpellait, dès lors que les troubles dépressifs, anxieux et névrotiques sous forme de somatisations répondaient de manière générale plutôt bien aux prises en charge conjuguées entre une médication et la thérapie. Une action directe sur le facteur de risque des alcoolisations à l'origine de passages à l'acte violents et d'une dégradation du mode de fonctionnement de tous les jours était tout à fait réalisable et nécessaire, par le biais d'une abstinence totale contrôlée par des tests réguliers. D'autres mesures au plus près des besoins de l'expertisé consistaient notamment à une possible activité occupationnelle.

Dans sa détermination du 11 mai 2021, l'intimé a souligné que le rapport d'expertise du 12 avril 2021 se fondait sur des consultations étalées entre les mois de février et d'avril 2021, soit des examens cliniques intervenus plus de six mois après la décision querellée du 18 août 2020. Il en a déduit que les indications figurant dans ce document n'avaient pas d'incidence sur son appréciation en matière d'assurance-invalidité, ce d'autant moins que ledit rapport n'avait pas été établi pour déterminer la capacité de travail ou les limitations fonctionnelles de l'assuré. L'Office AI a toutefois noté que les diagnostics qui y étaient exposés corroboraient ceux mentionnés par les nombreux spécialistes déjà intervenus dans ce dossier. Il a finalement relevé que le rapport en question n'était pas propre à remettre en cause les conclusions retenues le 16 janvier 2020 par le Dr L \_\_\_\_\_ ni l'appréciation de synthèse du SMR datée du 16 juillet suivant.

Le 8 juin 2021, le recourant a estimé que le rapport du 12 avril 2021 n'apportait pas grand-chose de déterminant en matière d'assurance-invalidité qui n'était pas le thème du mandat confié aux experts. Il a toutefois ajouté que ceux-ci avaient qualifié l'expertisé d'inapte au travail et que même si cette indication, émanant de spécialistes, n'était pas étayée, elle posait la question de la différence, en droit, entre inaptitude au travail et incapacité de travail.

L'échange d'écritures a été clos le 10 juin 2021.

Dans une lettre du 18 février 2022, Me Stéphane Riand a informé la Cour de céans, procuration à l'appui, qu'il représentait désormais le recourant.

### **Considérant en droit**

1. Selon l'article 1 alinéa 1 LAI, les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) s'appliquent à l'AI (art. 1 a à 26bis et 28 à 70), à moins que la LAI n'y déroge expressément.

Posté le mercredi 23 septembre 2020, le recours contre la décision envoyée en courrier non prioritaire le vendredi 18 août précédent a été interjeté dans le délai légal de trente jours (art. 38 al. 1 LPGA et art. 60 LPGA) devant l'instance compétente (art. 56, 57 et 58 LPGA ; art. 69 al. 1 let. a LAI et art. 81a al. 1 LPJA). Il répond par ailleurs aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA), de sorte que la Cour doit entrer en matière.

Au 1<sup>er</sup> janvier 2022, des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Conformément aux règles de droit transitoire, l'ancien droit reste en l'espèce applicable, au vu de la date de la décision litigieuse rendue avant le 1<sup>er</sup> janvier 2022 (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 et 138 V 176 consid. 7.1, arrêt du Tribunal fédéral 9C\_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1).

**2.1** Le présent litige porte sur le point de savoir si c'est à juste titre que l'Office AI a refusé à l'assuré toute prestation d'assurance-invalidité, plus spécialement le droit à une rente d'invalidité, au motif que celui-ci ne présentait aucune atteinte à la santé d'une gravité telle qu'elle pouvait justifier une incapacité de travail de longue durée. Le recourant a notamment argué que le psychiatre mandaté par l'intimé ne remplissait pas les exigences d'impartialité et d'indépendance pour mener à bien l'expertise sollicitée.

Les personnes appelées à rendre ou à préparer des décisions sur des droits ou des obligations doivent se récuser si elles ont un intérêt personnel dans l'affaire ou si, pour d'autres raisons, elles semblent prévenues (art. 36 al. 1 LPGA ; sur l'application de cette disposition à un expert médical en procédure administrative, voir l'arrêt du Tribunal fédéral 9C\_273/2009 du 14 septembre 2009 consid. 3).

Selon la jurisprudence, les mêmes motifs de récusation que ceux prévus pour les juges sont en principe applicables aux experts. Comme ceux-ci ne sont pas membres d'un tribunal, les exigences correspondantes ne se fondent pas sur l'article 30 alinéa 1 de la

Constitution fédérale (Cst.) mais sur l'article 29 alinéa 1 Cst. En ce qui concerne toutefois les notions d'impartialité et d'indépendance, la teneur de cette disposition-ci recouvre en grande partie celle de cette disposition-là (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_276/2016 du 23 juin 2016 consid. 3.1 et la référence, paru *in* SVR 2018 UV Nr. 28 et 8C\_531/2014 du 23 janvier 2015 consid. 6.1.1, paru *in* SVR 2015 IV Nr. 23). La partie qui a connaissance d'un motif de récusation doit l'invoquer aussitôt, sous peine d'être déchue du droit de s'en prévaloir ultérieurement (ATF 138 I 1 consid. 2.2, 136 I 207 consid. 3.4 et 134 I 20 consid. 4.3.1, arrêts du Tribunal fédéral 4A\_672/2011 du 31 janvier 2012 consid. 2.2 et les références ainsi que B 105/06 du 12 juin 2007 consid. 3 et les références).

Un expert passe pour prévenu lorsqu'il existe des circonstances propres à faire naître un doute sur son impartialité. Dans ce domaine, il s'agit toutefois d'un état intérieur dont la preuve est difficile à rapporter. C'est pourquoi il n'est pas nécessaire de prouver que la prévention est effective pour récuser un expert. Il suffit que les circonstances donnent l'apparence de la prévention et fassent redouter une activité partielle de l'expert. L'appréciation des circonstances ne peut pas reposer sur les seules impressions de l'expertisé, la méfiance à l'égard de l'expert devant au contraire apparaître comme fondée sur des éléments objectifs et l'expertisé étant ainsi tenu de rapporter la preuve du contraire permettant de renverser la présomption d'impartialité dont bénéficie l'expert (ATF 132 V 93 consid. 7.1 et la référence, arrêts du Tribunal fédéral 9C\_689/2012 du 6 juin 2013 consid. 2.2, 9C\_519/2011 du 5 avril 2012 consid. 3.1 et la référence et I 294/06 du 20 avril 2007 consid. 3.2 et 3.3 et les références).

Il ressort ce qui suit des arrêts topiques en question : « L'allégation de l'assurée, selon laquelle le Prof. M. réalise une part importante de son revenu grâce à des expertises et appréciations pour des assurances n'est pas prouvée. De plus, cette seule circonstance ne permet pas de conclure à une prévention de ce médecin. Il n'y a en effet pas motif à récusation du seul fait qu'une personne accomplit des mandats pour le compte de l'administration mais seulement en cas de parti pris personnel. Il a été confirmé dans l'arrêt paru aux ATF 137 V 210 que le recours régulier à un expert ou à un centre d'expertises par l'assureur, le nombre des mandats d'expertises et de rapports confiés au même médecin et la somme des honoraires en résultant n'entraînent pas en soi une récusation » (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_360/2011 du 13 février 2012 consid. 4.3.1, voir également RAMA 1999 no U 332 p. 193 consid. 2a/bb cité dans les considérants susmentionnés de l'arrêt I 294/06). « Aussi est-ce à juste titre que la juridiction cantonale n'a pas donné suite à la requête de renseignements sur le nombre de mandats d'expertise psychiatrique confiés par l'office AI à l'expert et sur le montant de la

rémunération en résultant, ces éléments ne constituant pas une preuve pertinente pour établir les faits relatifs à la récusation » (arrêt précité 9C\_519/2011 consid. 3.2).

Les développements suivants, exposés aux considérants 3.2 et 3.3 de l'ATF 148 V 225, doivent en outre être rappelés : « Si un motif de récusation n'est découvert qu'au moment de la réalisation de l'expertise ou après celle-ci, le motif de récusation doit être invoqué dès que possible, soit en principe dès que le plaideur a connaissance du motif, faute de quoi il est réputé avoir tacitement renoncé à s'en prévaloir (Jacques Olivier Piguet, *in* Commentaire romand, Loi sur la partie générale des assurances sociales, 2018, no 47 *ad* art. 44 LPGA). Il est en effet contraire au principe de la bonne foi d'attendre l'issue d'une procédure pour ensuite, à l'occasion d'un recours, tirer argument d'un motif de récusation qui était connu auparavant (ATF 140 I 271 consid. 8.4.3 ; ATF 139 III 120 consid. 3.2.1 ; ATF 136 III 605 consid. 3.2.2). Les objections que peut soulever l'assuré à l'encontre de la personne de l'expert peuvent être de nature formelle ou matérielle ; les motifs de récusation formels sont ceux prévus par la loi (cf. art. 36 al. 1 LPGA) ; d'autres motifs, tels que le manque de compétences dans le domaine médical retenu ou encore un manque d'adéquation personnelle de l'expert, sont de nature matérielle (ATF 132 V 93 consid. 6.5 ; arrêt 9C\_180/2013 du 31 décembre 2013 consid. 2.3 ; Commentaire romand, *op. cit.*, no 24 *ad* art. 44 LPGA) ».

**2.2** La Cour n'a pas grand-chose à ajouter aux arguments exposés par l'intimé, dans la réponse du 2 février 2021 au recours, concernant les objections matérielles de partialité et de dépendance vis-à-vis des assureurs soulevées pour la première fois par le recourant, dans le mémoire du 23 septembre 2020, à l'encontre du Dr L \_\_\_\_\_. Les motifs de cet ordre, fondés sur la polémique ayant entouré ce praticien en 2002, auraient déjà dû être communiqués par l'assuré en réponse au courrier de l'Office AI du 2 septembre 2019 (pièce 30, pages 177 et 178). Invoqués dans le recours seulement, ils sont tardifs. L'issue de cette affaire, telle que décrite par l'intimé et reconnue par le recourant dans leurs écritures respectives susmentionnées, fait d'ailleurs apparaître ces motifs comme étant injustifiés.

Quant au nom de l'expert ayant notamment fait l'objet de l'émission télévisée du 30 août 2020, certes postérieure au prononcé entrepris, il n'a pas été divulgué. Le recourant n'a donc pu que supposer qu'il s'agissait du Dr L \_\_\_\_\_. De toute manière, il ressort de la jurisprudence topique que le nombre de mandats d'expertises confiés par un assureur à un même médecin et la somme des honoraires en résultant n'entraînent pas en soi une récusation de l'expert concerné, lequel bénéficie au demeurant de la présomption d'impartialité.

Les griefs que l'assuré n'a fait valoir qu'en date du 23 septembre 2020 au sujet du manque d'impartialité et d'indépendance du Dr L \_\_\_\_\_ dans l'accomplissement du mandat d'expertise, confié le 2 septembre 2019 par l'Office AI (pièce 29, pages 170 à 176), tombent donc à faux.

**3.1.1** Le recourant a également fait valoir que le rapport d'expertise psychiatrique établi le 16 janvier 2020 par le Dr L \_\_\_\_\_ (pièce 41, pages 190 à 227) n'était pas probant et qu'une nouvelle expertise indépendante devait être diligentée. Il a argué en particulier que l'entretien d'expertise avait duré moins longtemps que ce qui avait été indiqué dans le rapport correspondant, à tout le moins que le temps consacré à cet examen n'avait pas permis à l'expert de mener une discussion approfondie sur les différents thèmes abordés au cours de l'expertise.

L'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. Les renseignements donnés oralement doivent être consignés par écrit (art. 43 al. 1 LPGA). Si l'assureur doit recourir aux services d'un expert indépendant pour élucider les faits, il donne connaissance du nom de celui-ci aux parties. Celles-ci peuvent récuser l'expert pour des raisons pertinentes et présenter des contre-propositions (art. 44 LPGA, dans sa teneur jusqu'au 31 décembre 2021).

Ce n'est pas la durée de l'examen d'expertise qui est importante ; ce qui est déterminant en premier lieu, c'est d'établir si le contenu de l'expertise est complet et si ses conclusions sont probantes (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_771/2019 du 19 mai 2020 consid. 4.4, paru *in* SVR 2021 UV Nr. 2). Le temps consacré pour un entretien d'expertise n'est pas un critère permettant en soi de juger de la valeur probante d'un rapport médical mais dépend bien plutôt des questions à résoudre et du tableau clinique (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_41/2019 du 9 mai 2019 consid. 6, paru *in* SVR 2019 IV Nr. 85, 9C\_28/2012 du 20 juin 2012 consid. 4.1, 9C\_170/2009 du 6 mai 2009 consid. 2.2, 9C\_382/2008 du 22 juillet 2008 consid. 2 et l'arrêt cité, 9C\_747/2011 du 10 février 2012 consid. 2.2.2 qui cite l'arrêt I 1094/06 du 14 novembre 2007 consid. 3.1.1, à teneur duquel, selon la nature de la question à résoudre, même une expertise sur pièces peut apporter la preuve nécessaire, arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 954/05 du 24 mai 2006 consid. 3.2.1). La durée, prétendument trop courte selon l'assuré, de l'examen clinique auquel les experts ont procédé, ne saurait remettre en question la valeur probante de leur rapport d'expertise. En effet, le rôle d'un expert consiste notamment à se faire une idée sur l'état de santé de l'assuré dans un délai relativement

bref (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_136/2017 du 21 août 2017 consid. 7.2 et les références).

Les principes jurisprudentiels posés pour apprécier la valeur probante d'un rapport médical, tels qu'ils ressortent de l'ATF 125 V 352 considérant 3a, ont été rappelés dans la décision querellée. Il peut donc y être fait référence. Il s'impose toutefois de rappeler les termes du considérant 4.5 de l'arrêt de principe paru aux ATF 135 V 465, selon lesquels les médecins traitants se concentrent principalement sur la question du traitement médical. Leurs rapports n'aboutissent pas à une appréciation objective de l'état de santé permettant de trancher la question des prestations d'assurance de façon concluante et ne remplissent donc que très rarement les conditions matérielles posées à une expertise par l'ATF 125 V 351 considérant 3a. Pour ces motifs et compte tenu du fait d'expérience que les médecins de famille, en raison de la relation de confiance qu'ils entretiennent avec leurs patients, se prononcent en cas de doute plutôt en faveur de ceux-ci, la prise en charge d'une prestation fondée directement et uniquement sur les indications des médecins traitants n'interviendra que très rarement dans un litige. D'autre part, selon les développements exposés au considérant 4.2 de l'arrêt du Tribunal fédéral U 571/06 du 29 mai 2007, les mesures d'instruction d'office nécessaires à l'examen de la demande de prestations au sens de l'article 43 LPGA ne comportent pas le droit de l'assureur de recueillir un deuxième avis (« second opinion ») sur un état de fait déjà constaté dans une expertise, lorsque celui-ci ne lui convient pas. Cette possibilité n'est pas non plus ouverte à la personne assurée. Il ne s'agit pas ici de remettre en question la pertinence d'une mesure médicale en requérant une seconde appréciation mais bien de décider quelles démarches doivent être entreprises afin d'établir les faits déterminants au degré de preuve exigé. La nécessité d'administrer une nouvelle expertise résulte de la question de savoir si celle qui se trouve déjà au dossier remplit les exigences de forme et de fond posées pour la valeur probante d'une expertise médicale (arrêt précité U 571/06 consid. 4.2 et les références).

**3.1.2** Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé

physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA, dans sa teneur jusqu'au 31 décembre 2020). 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 (art. 7 al. 2 LPGA). Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA).

Dans son arrêt 9C\_492/2014 du 3 juin 2015, paru aux ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a en outre fixé de nouvelles exigences d'instruction pour les atteintes psychosomatiques. La présomption qui prévalait jusqu'à ce jour, selon laquelle ces atteintes pouvaient être surmontées en règle générale par un effort de volonté raisonnablement exigible, a été abandonnée. Désormais, la capacité de travail réellement exigible de la personne concernée doit être évaluée, sur la base des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini, dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée au moyen d'un catalogue d'indicateurs relevant de deux catégories, celle du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé et celle de la cohérence du point de vue du comportement de la personne assurée. Tel que jugé dans les arrêts 8C\_841/2016 du 30 novembre 2017, paru aux ATF 143 V 409 et 8C\_130/2017 du 30 novembre 2017, paru aux ATF 143 V 418, l'application de cette procédure probatoire structurée a été étendue aux cas de troubles dépressifs de degré léger à moyen, respectivement à toutes les affections psychiques ainsi qu'à tout syndrome de dépendance (ATF 145 V 215).

Selon la jurisprudence, la présence d'une aggravation, respectivement d'une exagération ne conduit pas automatiquement à nier une atteinte à la santé assurée, ou alors seulement lorsque la restriction d'activité résulte de l'aggravation ou que ses suites ne peuvent pas être constatées avec suffisamment de probabilité. Il a été relevé à l'ATF 143 V 418 considérant 7.1 que des indices d'incohérence, d'aggravation ou de simulation ne constituent pas toujours des motifs d'exclusion mais appellent en tout cas un examen approfondi du degré de gravité fonctionnel de l'affection psychique médicalement établie (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_2/2022 du 4 juillet 2022 consid. 6.1 et les références, paru *in* SVR 2022 IV Nr. 59).

Enfin, de jurisprudence constante, le juge apprécie en règle générale la légalité des décisions entreprises d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 131 V 242 consid. 2.1 et 121 V 362 consid. 1b). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 362 consid. 1b). Même s'il a été rendu

postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit cependant être pris en considération, dans la mesure où il a trait à la situation antérieure à cette date (ATF 99 V 98 consid. 4 et les arrêts cités).

**3.2.1** Dans la convocation du 24 septembre 2019 à l'entretien d'expertise, la durée cet entretien a été évaluée entre deux heures et demie et trois heures (pièce 32, page 181). D'après la mention figurant dans le rapport d'expertise du 16 janvier 2020, l'examen clinique pratiqué le 4 octobre 2019 a duré deux heures et demie, de treize heures à quinze heures trente (pièce 41, pages 190 à 227). Cette durée semble donc plausible, ce d'autant plus que le recourant s'est contredit dans ses indications y relatives en prétendant tour à tour, dans ses écritures des 23 septembre 2020 et 1<sup>er</sup> mars 2021, s'être entretenu avec l'expert durant moins d'une demi-heure, puis durant une heure à une heure et demie. Ses critiques concernant le temps consacré pour l'entretien d'expertise du 4 octobre 2019 ne lui sont toutefois d'aucun secours puisque, selon bon nombre d'arrêts du Tribunal fédéral, cet élément n'est pas un critère permettant en soi de juger de la valeur probante d'une appréciation médicale. Il convient en outre de suivre l'argument pertinent avancé le 2 février 2021 par l'intimé, en réponse à l'objection correspondante du recourant et aux termes duquel le contenu du rapport d'expertise du Dr L \_\_\_\_\_ montrait que cet expert avait pris le temps nécessaire pour entendre l'assuré et recueillir toutes les données utiles à l'établissement de son rapport. Il ressort au demeurant de la jurisprudence topique que le rôle d'un expert consiste notamment à se faire une idée sur l'état de santé de l'assuré dans un délai relativement bref. Quant au fait, également allégué dans le mémoire de recours, que ledit rapport ait été rédigé plus de trois mois après l'entretien d'expertise, il n'est pas non plus de nature à jeter le discrédit sur le travail accompli par l'expert. L'établissement du rapport en question repose en effet sur les notes écrites prises par celui-ci au cours de l'entretien et sur les résultats des tests éventuellement complétés par l'expertisé.

Tel qu'invoqué à juste titre par l'intimé dans ses déterminations des 2 février et 9 mars 2021, le rapport d'expertise du 16 janvier 2020 (pièce 41, pages 190 à 227) répond d'ailleurs aux exigences jurisprudentielles de valeur probante d'une appréciation médicale. Les pièces médicales au dossier, en particulier le rapport du I \_\_\_\_\_ du 6 mai 2019, ont tout d'abord été résumées. L'expert a ensuite présenté les éléments récoltés au cours de l'entretien avec l'assuré (indications spontanées, antécédents personnels, anamnèse professionnelle, affective, sociale et socio-économique récente, antécédents judiciaires, médicaux et psychiatriques, également au sein de la famille, traitement actuel, déroulement détaillé et représentatif d'une journée-type ainsi que

perception de l'avenir, en général et en lien avec une activité ou une réadaptation professionnelles), ainsi que ses propres constatations. Il a examiné les diagnostics figurant au dossier, successivement et de manière détaillée, puis a posé les siens. Il a enfin procédé à une évaluation médicale et médico-assurantielle comportant une analyse des indicateurs jurisprudentiels, avant de répondre aux questions posées.

**3.2.2.1.1** A l'occasion sa discussion du diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique (F33.11) retenu le 6 mai 2019 par les spécialistes du I \_\_\_\_\_ (pièce 18, pages 140 à 145), le Dr L \_\_\_\_\_ a relevé de manière convaincante et motivée par les critères du DSM-5 et de la CIM-10 qu'il n'y avait pas d'évidence d'antécédent de trouble dépressif et que la récurrence ne pouvait pas être retenue (pièce 41, pages 190 à 227). Dans le même sens, le psychiatre du SMR a indiqué, en date du 20 mai 2019, que le diagnostic de trouble dépressif récurrent ne pouvait pas être admis, puisque le critère principal de la répétition des épisodes dépressifs n'était pas retrouvé (pièce 20, pages 148 à 154). Ce diagnostic F33.11 ne figure pas dans les lettres de sortie des 18 janvier (pièce 43, pages 229 à 231) et 29 juin 2020 (pièce 53, pages 245 à 252). Il se retrouve par contre textuellement dans le rapport d'expertise psychiatrique déposé le 12 avril 2021 dans le cadre de la procédure pénale, en relation avec l'époque des faits reprochés survenus les 15 et 21 juillet 2020, 17 août 2020 et 6 mars 2021. Contrairement aux remarques de l'intimé dans sa détermination du 11 mai 2021 et du recourant dans celle du 8 juin suivant, ces trois premières dates correspondent à l'époque de la décision querellée du 18 août 2020, si bien que certains éléments contenus dans ce rapport revêtent un intérêt en la présente cause. Il semble toutefois que les spécialistes en psychiatrie et psychothérapie mandatés par le Ministère public aient repris le diagnostic en question du rapport précité du I \_\_\_\_\_, sans autre examen. Concernant la dépression, les lettres de sortie susmentionnées font tour à tour état d'un épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques (F32.3) (pièce 43, pages 229 à 231) puis sans symptômes psychotiques (pièce 53, pages 245 à 252). A noter toutefois que la lettre de sortie du 18 janvier 2020 concerne une hospitalisation dans un service de psychiatrie et psychothérapie, alors que celle du 29 juin suivant a trait à un séjour stationnaire en médecine et neurologie.

Dans son rapport final du 22 janvier 2020, le Dr K \_\_\_\_\_ du SMR a tout d'abord reconnu pleine valeur probante aux conclusions du rapport d'expertise psychiatrique du 16 janvier 2020. Il a en outre expliqué avec cohérence que le peu d'éléments cliniques et l'absence de critères selon la CIM-10 ne permettaient pas d'admettre le diagnostic d'épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques. De son point de vue, un autre

trouble dépressif (F32.8) au sens de la CIM-10 pouvait être admis, à savoir un épisode d'allure dépressive ne répondant pas aux critères d'un épisode dépressif (F32.0 à F32.3), lequel était en rémission à la sortie de l'hôpital. Le trouble dépressif à l'origine de l'hospitalisation avait évolué favorablement et entraîné une courte incapacité totale de travail, du 1<sup>er</sup> décembre 2019 au 6 janvier 2020 (pièce 44, pages 232 à 236). Cette analyse rejoint celle de l'expert-psychiatre qui a retenu le diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail de trouble dépressif de gravité difficile à déterminer (pièce 41, pages 190 à 227). Elle est également corroborée dans le rapport de la M \_\_\_\_\_ du 29 juin 2020, puisque la tendance suicidaire qui avait motivé l'hospitalisation du 2 au 31 décembre 2019 a été catégoriquement niée (pièce 53, pages 245 à 252). Le Dr N \_\_\_\_\_ du SMR a ainsi relevé à juste titre, le 16 juillet 2020, que ce rapport faisait mention d'un épisode dépressif majeur avec humeur dépressive et troubles du sommeil mais sans symptômes psychotiques, ni idée suicidaire, ni trouble cognitif et qu'il n'y avait donc qu'un critère majeur. Il en a déduit que lesdites informations médicales ne modifiaient pas l'avis émis par le psychiatre du SMR en janvier 2020 (pièce 55, pages 254 et 255). L'assuré ne peut donc être suivi lorsqu'il fait valoir, dans son courrier du 13 août 2020, qu'au vu des diagnostics alarmants figurant dans le rapport précité, il convenait de retenir son incapacité totale de travail et de gain (pièce 57, page 258). Enfin, les experts mandatés en procédure pénale ont indiqué qu'au moment des faits reprochés, le trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F33.11) était présent et invalidant par son envahissement du champ mental. Il s'agit toutefois là d'une formulation qui ne coïncide pas avec la notion d'invalidité au sens de l'article 4 LAI. Ces spécialistes ont d'ailleurs précisé que lors des entretiens, le trouble dépressif récurrent (F33.4) était en rémission. Comme invoqué par l'assuré dans ses objections du 14 août 2019 puis son recours du 23 septembre 2020, de l'anxiété et un état dépressif avaient été rapportés lors de nombreuses consultations aux urgences ainsi que par les spécialistes du I \_\_\_\_\_, en date du 6 mai 2019 (pièce 18, pages 140 à 145). Dans son avis du 20 mai suivant, le psychiatre du SMR n'a pas balayé ces constatations en deux lignes. Il a expliqué que les crises d'angoisse prenaient une telle ampleur qu'elles entraînaient des symptômes pouvant se confondre avec ceux d'un trouble de l'humeur (pièce 20, pages 148 à 154). Les médecins urgentistes ayant procédé auxdites consultations n'étaient cependant pas spécialisés en psychiatrie et, à la suite de celle du 22 novembre 2015, ont d'ailleurs orienté le patient vers une consultation psychiatrique pour la prise en charge des angoisses (pièce 13, page 134). C'est en outre à la lecture des objections précitées que le SMR a préconisé la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique indépendante (pièces 27 et 28, pages 167 à 169).

Le Dr L \_\_\_\_\_ a également estimé, dans son rapport d'expertise du 16 janvier 2020, que le trouble anxieux décrit par l'assuré était de gravité difficile à déterminer et qu'il n'avait pas de répercussion sur la capacité de travail (pièce 41, pages 190 à 227). L'anxiété épisodique paroxystique (F41.0) et le trouble hypocondriaque (F45.2) que les spécialistes du I \_\_\_\_\_ ont diagnostiqués le 6 mai 2019 (pièce 18, pages 140 à 145) ont été jugés sans influence sur la capacité de travail par le psychiatre du SMR, dans son rapport du 20 mai suivant (pièce 20, pages 148 à 154). Le trouble hypocondriaque (F45.2) a été qualifié de secondaire dans les lettres de sortie des 18 janvier (pièce 43, pages 229 à 231) et 29 juin 2020 (pièce 53, pages 245 à 252). Le 22 janvier 2020, le psychiatre du SMR a ajouté au demeurant que la qualification de quasi délirantes, dans la première de ces deux lettres, des plaintes hypocondriaques, déjà connues, suggérait plus une impression qu'un regard objectif (pièce 44, pages 232 à 236). La même remarque que celle faite ci-dessus au sujet du trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F33.11) peut enfin s'appliquer au qualificatif d'invalidant, utilisé par les experts dans le cadre de la procédure pénale au sujet de l'anxiété épisodique paroxystique (trouble panique) (F41.0). Dans un registre similaire et pour répondre à l'interrogation soulevée par le recourant dans son écriture du 8 juin 2021, l'inaptitude au travail non indemnisée par une rente de l'assurance-invalidité, telle que relevée sous l'item des problèmes d'emploi dans le rapport d'expertise psychiatrique établi le 12 avril précédent en procédure pénale, ne correspond pas non plus à la définition juridique de l'incapacité de travail selon l'article 6 LPGA, applicable dans le domaine des assurances sociales.

Le Dr L \_\_\_\_\_ n'a pas retenu un trouble hypocondriaque. Il a en revanche constaté une tendance à l'amplification des plaintes, dans le cadre de l'entité diagnostique de majoration des symptômes physiques et psychiques pour des raisons psychologiques selon la CIM-10 (F68.0), sans répercussion sur la capacité de travail. Il a bien décrit et expliqué ce diagnostic au moyen d'un tableau, de telle sorte qu'il n'est pas nécessaire d'y revenir ici. Les rapports de consultation aux urgences, en cardiologie et en rhumatologie de même que certains rapports d'imagerie, résumés au début de la partie « faits », viennent toutefois corroborer le faible socle médical objectif aux plaintes subjectives de l'assuré. Dans leur rapport du 6 mai 2019, les thérapeutes du I \_\_\_\_\_ ont d'ailleurs relaté que leur patient avait multiplié les consultations en urgence, que le bilan somatique s'était à chaque fois révélé normal et que l'origine des troubles ne pouvait être que psychologique (pièce 18, pages 140 à 145).

Quant aux diagnostics de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de sédatifs ou d'hypnotiques, syndrome de dépendance, utilisation continue (F13.25) et de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, utilisation nocive pour la santé (F10.1) qui figuraient dans la lettre de sortie du 18 janvier 2020 (pièce 43, pages 229 à 231), le Dr K \_\_\_\_\_ les a également considérés, dans son rapport final établi le 22 janvier suivant, comme n'influençant pas la capacité de travail (pièce 44, pages 232 à 236). Selon le rapport de la M \_\_\_\_\_ du 29 juin 2020, depuis l'hospitalisation en psychiatrie, le patient n'avait du reste plus consommé d'alcool et était abstinent (pièce 53, pages 245 à 252). Le fait que ce dernier diagnostic ait été en lien avec les infractions pénales reprochées à l'assuré ne signifie pas encore qu'il soit à l'origine d'une incapacité de travail au sens du droit des assurances sociales. Les spécialistes chargés d'évaluer la situation du recourant sous l'angle pénal ont d'ailleurs précisé qu'une action directe sur le facteur de risque des alcoolisations était tout à fait réalisable et nécessaire, par le biais d'une abstinence totale contrôlée par des tests réguliers et d'autres mesures correspondant aux besoins de l'expertisé, notamment une possible activité occupationnelle.

Au final et comme retenu par les Drs L \_\_\_\_\_ et K \_\_\_\_\_ dans leurs appréciations respectives des 16 et 22 janvier 2020 (pièce 41, pages 190 à 227 et pièce 44, pages 232 à 236), aucun des diagnostics psychiatriques évoqués ou posés au fil du cas n'entraîne une incapacité de travail durable. Ces deux spécialistes ont insisté sur l'incohérence qui dominait le tableau clinique, ainsi que sur les discordances qui ne permettaient pas de préciser au mieux les troubles de l'humeur ou les angoisses allégués par l'assuré. Le Dr L \_\_\_\_\_ a également souligné chez celui-ci une attitude parfois caricaturale et très dramatique ainsi qu'un discours souvent flou, contradictoire et excessif, avec une multiplication des plaintes. Il a ajouté que la gravité du trouble anxieux était difficile à déterminer, au motif d'une sursimulation. Tel qu'exposé à l'arrêt précité 8C\_2/2022 et discuté dans ce sens par l'expert-psychiatre, ces différents éléments viennent relativiser le degré de gravité fonctionnel du trouble dépressif et du trouble anxieux constatés lors de l'examen d'expertise. Quant au fait, souligné par le recourant dans son mémoire du 23 septembre 2020, que la mention « sans objet » figurait sous le titre du rapport d'expertise du 16 janvier 2020 intitulé « entretien concernant les incohérences éventuelles apparues aux yeux de l'expert », il semble plutôt signifier qu'à l'instar de ce qui vient d'être exposé, le Dr L \_\_\_\_\_ a abordé ce point dans d'autres passages dudit rapport. Il a souligné également dans ce contexte que la survenance d'une pathologie psychique sans aucun facteur de stress dans l'environnement de l'assuré, hormis la fin des indemnités d'assurance-chômage et des

difficultés à retrouver un emploi, était surprenante (pièce 41, pages 190 à 227). Le fait que, selon l'indication correspondante figurant dans le rapport d'expertise psychiatrique du 12 avril 2021 déposé en procédure pénale, l'assuré ait perdu son chien à la même période ne permet guère de mieux expliquer l'apparition d'une telle symptomatologie.

**3.2.2.1.2** L'analyse d'autres indicateurs permet de confirmer la conclusion de l'absence d'atteinte à la santé psychique incapacitante de longue durée chez le recourant.

Plusieurs éléments au dossier concourent en effet à une certaine résistance de l'assuré aux investigations et aux traitements médicaux. Selon le courrier du Dr D \_\_\_\_\_, cardiologue, daté du 12 janvier 2016, malgré des douleurs thoraciques atypiques de repos et d'effort avec une ergométrie cliniquement positive et électriquement négative, le patient s'était montré réticent à subir un contrôle invasif du réseau artériel coronaire par une coronarographie (pièce 13, pages 130 et 131). Les informations transmises le 6 mai 2019 par les thérapeutes du I \_\_\_\_\_ ont aussi mis en exergue une compliance limitée du patient au traitement instauré. La seule médication tolérée et acceptée par le patient était un anxiolytique par benzodiazépine. La médication psychotrope par antidépresseur et neuroleptique avait été marquée par une recrudescence des symptômes somatiques sous forme de palpitations et de tremblements, à l'origine de consultations aux urgences. Des symptômes dépressifs sévères avec des idéations suicidaires avaient motivé une demande d'hospitalisation en service spécialisé au cours du mois de février 2019. Le patient avait cependant changé d'avis, demandé l'annulation de ce séjour stationnaire et accepté pour la deuxième fois une prise en charge de crise avec des entretiens hebdomadaires (pièce 18, pages 140 à 145).

Ces renseignements ont ensuite été confirmés et commentés par d'autres médecins. Aux dires de l'expertisé lors de l'entretien du 4 octobre 2019 avec le Dr L \_\_\_\_\_, il se rendait en consultation au I \_\_\_\_\_ trois à quatre fois par mois. La médication anxiolytique importante n'avait pas d'effet véritable sur les crises anxieuses. Les traitements par antidépresseur, interrompus après trois jours en décembre 2018, l'avaient rendu plus anxieux. Il n'avait pas voulu être hospitalisé. D'après les considérations y relatives du Dr L \_\_\_\_\_, il n'y avait aucune évolution positive de l'état du patient, apparemment coopérant, malgré un traitement psychiatrique et psychothérapeutique intégré, d'abord au J \_\_\_\_\_ puis au I \_\_\_\_\_. Contrairement à ce qui était observé chez tous les patients souffrant d'anxiété, une réponse à la prise pourtant importante de benzodiazépines faisait défaut. L'assuré était incapable de formuler l'intérêt ou le motif du suivi psychiatrique. Sa coopération, sa participation et sa disposition à faire un effort étaient insuffisantes en général. Il avait

refusé d'effectuer les tests psychométriques proposés lors de l'examen d'expertise, même un seul, pour cause de fatigue et mettait en échec tous les possibles (pièce 41, pages 190 à 227). Les éléments rapportés dans la lettre de sortie du 18 janvier 2020 vont dans le même sens. Le patient avait bénéficié d'une prise en charge multidisciplinaire, avec traitement psychiatrique intégré, durant son séjour du 2 au 31 décembre 2019. Une médication antidépressive avait été introduite au cours de cette hospitalisation. Au vu du refus réitéré de la prise en charge médicale par le patient, qui demandait son retour à domicile, et d'un risque suicidaire élevé, un placement à des fins d'assistance avait été sollicité. Une cure injectable de neuroleptique et d'anxiolytique sur quelques jours avait été instaurée et bien tolérée. Le patient avait commencé à se sentir bien dans son corps, une sensation qu'il n'avait jamais eue depuis plusieurs années. L'évolution clinique avait été progressivement favorable dans le cadre de soins structurants, fermes et soutenant (pièce 43, pages 229 à 231). Des constatations similaires ont été faites lors du séjour du 28 avril au 6 juin 2020 à la M \_\_\_\_\_. Un changement de la médication, uniquement par antidépresseur, avait été essayé. L'assuré y avait tout d'abord réagi positivement mais avait affirmé par la suite souffrir des mêmes symptômes qu'il avait considérés comme des effets secondaires des médicaments. Après un bon début, il n'avait finalement été que partiellement possible, durant le temps de traitement, d'obtenir un effet durable sur les plaintes et symptômes dépressivo-anxieux en question par des approches psychoéducatives et des thérapies actives à composante psychosociale. Le vécu de symptômes et de stress du patient avait prédominé (pièce 53, pages 245 à 252).

Les experts mandatés en procédure pénale sont enfin revenus sur ces différents aspects dans leur rapport du 12 avril 2021, notamment sur la raison du refus systématique du patient d'adhérer à une médication par antidépresseur au moins durant quelques temps. Selon eux, l'expertisé s'était montré ambivalent relativement aux soins proposés au cours de son suivi auprès du J \_\_\_\_\_ (médication, groupes thérapeutiques). Comme il avait refusé de prendre un antidépresseur au motif, indiqué lors des entretiens d'expertise, qu'un oncle à qui ce traitement avait été prescrit en avait ressenti des effets néfastes, l'assuré avait été invité à se diriger vers un thérapeute privé pour une psychothérapie. La lecture de la lettre de sortie de l'hospitalisation du 28 avril au 6 juin 2020 à la M \_\_\_\_\_ frappait par les améliorations qui émergeaient dans un premier temps grâce aux mesures (physiothérapie, médication), avant l'étiollement des progrès et la réapparition des symptômes. L'assuré avait demandé à quitter l'établissement, notamment à cause de discussions insatisfaisantes sur la médication en laquelle il avait fondé d'importants espoirs. En conclusion, les symptômes dépressifs et anxieux

présentés étaient difficilement traitables, au vu de l'absence de stabilité des effets des thérapies. L'item relatif à une résistance au traitement se vérifiait, dès lors que même l'adhésion du patient à ce qui était mis en place n'était pas suivi d'effets significativement durables. La symptomatologie était moins bruyante à l'heure actuelle, dans le sens où les plaintes somatiques étaient apaisées. La gravité était néanmoins telle qu'elle ne permettait pas à l'expertisé de s'inscrire dans un champ professionnel, ce qui interpellait, dès lors que les troubles dépressifs, anxieux et névrotiques sous forme de somatisations répondaient de manière générale plutôt bien aux prises en charge conjuguées entre une médication et la thérapie.

**3.2.2.1.3** De cette dernière remarque découle également une résistance à la réadaptation, ou plutôt à la reprise d'une activité professionnelle. Comme pertinemment relevé par le Dr L \_\_\_\_\_ dans son rapport d'expertise du 16 janvier 2020, c'était bien dans l'activité habituelle que le patient pouvait valoriser au mieux ses compétences (pièce 41, pages 190 à 227).

Il peut ainsi être considéré que l'adhésion par celui-ci à un traitement psychiatrique spécialisé conduit dans les règles de l'art, et en particulier à la prise d'un antidépresseur, favoriserait sa réintégration progressive dans le monde du travail. L'assuré a d'ailleurs déclaré au cours de l'hospitalisation du 28 avril au 6 juin 2020 qu'il pouvait s'imaginer exercer l'activité de chauffeur-livreur le moment venu (pièce 53, pages 245 à 252). D'après les éléments recueillis par le Dr L \_\_\_\_\_ lors de l'entretien d'expertise du 4 octobre 2019, l'intéressé était cependant en incapacité de travail depuis le début de la trentaine, ne s'estimait pas en mesure de travailler, même à temps partiel, n'avait aucune demande de reprise d'activité, ne faisait preuve d'aucune initiative individuelle et mettait en échec tous les possibles (pièce 41, pages 190 à 227).

**3.2.2.1.4** Pour ce qui a trait aux comorbidités, il a été retenu plus haut que les différentes pathologies psychiatriques n'ont pas d'effets sur la capacité de travail et que les plaintes de l'assuré n'ont guère pu être objectivées lors des consultations aux urgences, en cardiologie et en rhumatologie, de même qu'à l'occasion de certains examens d'imagerie. L'absence de comorbidités somatiques cliniquement significatives a aussi été rappelée dans le rapport d'expertise psychiatrique du 16 janvier 2020 (pièce 41, pages 190 à 227).

Quant aux difficultés contextuelles, aux facteurs psychosociaux et aux troubles fonctionnels sortant du champ médical, signalés à plusieurs reprises au fil du cas (consilium de l'appareil locomoteur auprès du Dr F \_\_\_\_\_ de la G \_\_\_\_\_ le

18 octobre 2016, sous pièce 13, pages 78 et 79 : famille à charge en Suisse et au Kosovo, absence de formation professionnelle, épuisement des indemnités de chômage, sentiment d'impuissance, autodépréciation des aptitudes, etc... ; avis du Dr K \_\_\_\_\_ du 20 mai 2019, sous pièce 20, pages 148 à 154 : absence de ressources financières hormis celles générées par le seul travail de l'épouse, charge d'une famille en Suisse et au Kosovo ; rapport d'expertise du Dr L \_\_\_\_\_ du 16 janvier 2020, sous pièce 41, pages 190 à 227 : but psychosocial des symptômes et profit tiré de la maladie : entretien de la famille au Kosovo, difficultés financières faisant ressortir le rôle et les avantages de prestations d'assurance, problèmes judiciaires, absence de formation professionnelle, chances de réinsertion limitées par un long éloignement du monde du travail), ils ne constituent pas des conséquences d'une atteinte à la santé susceptibles de justifier une incapacité de gain voire une invalidité au sens des articles 7 et 8 alinéa 1 LPGA.

**3.2.2.2** Concernant la personnalité du recourant, l'expert-psychiatre a rapporté le 16 janvier 2020 que celui-ci avait montré une importante passivité et une mise en échec de tous les possibles, affirmant être trop fatigué pour effectuer les tests psychométriques. Il a ajouté que le comportement de l'assuré était passif-agressif mais qu'il n'y avait pas de trouble majeur de la personnalité, étant donné que l'expertisé avait toujours bien fonctionné au niveau personnel, familial, social et professionnel jusqu'à son licenciement en mars 2014 (pièce 41, pages 190 à 227).

Cette analyse est corroborée par l'appréciation des spécialistes intervenus en tant qu'experts dans le cadre de la procédure pénale. Ceux-ci ont expliqué de manière claire et convaincante que l'intéressé présentait une structure psychotique de la personnalité, à composante paranoïaque et narcissique, mais ne souffrait pas d'un trouble de la personnalité constitué ni de psychopathie. Les critères permettant de définir et de retenir un trouble de la personnalité n'étaient pas réunis. Il était erroné de retenir un tel trouble uniquement à partir des actes de violence reprochés. En effet, pour qu'un trait ou un facteur, comme l'impulsivité, la faible tolérance à la frustration, le narcissisme, qui se manifestait lors des passages à l'acte eût le statut de trouble ou de trait de personnalité, il devait pouvoir s'observer dans d'autres situations de la vie quotidienne. Or, il n'y avait aucun élément anamnestique qui orientait vers des troubles précoces du comportement, et ce jusqu'à la cassure, sous forme de crise de panique, en été 2015.

**3.2.2.3** D'après les renseignements fournis le 6 mai 2019 par les thérapeutes du I \_\_\_\_\_, le retrait social de leur patient était important. Celui-ci sortait très peu de chez lui. La situation sur le plan professionnel, social et familial était précaire (pièce 18,

pages 140 à 145). L'assuré a déclaré au Dr L \_\_\_\_\_, lors de l'entretien d'expertise du 4 octobre 2019, qu'il n'avait ni vie sociale ni vie familiale. A suivre néanmoins les informations recueillies par ce spécialiste, l'environnement familial de l'expertisé était bon. Son épouse avait bon caractère, le soutenait, s'occupait bien des enfants et gérait leurs affaires administratives et financières. Le recourant entretenait des contacts normaux avec sa nombreuse belle-famille en Suisse. Il ne paraissait pas incapable d'investir la relation avec ses proches (pièce 41, pages 190 à 227). Au cours de son séjour du 28 avril au 6 juin 2020 à la M \_\_\_\_\_, il a aussi mentionné l'importance de sa famille, même s'il trouvait ses enfants fatigants (pièce 53, pages 245 à 252). Dans son recours du 23 septembre 2020, l'assuré a de nouveau fait état d'une réduction importante des relations sociales.

Cette allégation est à relativiser à la lumière des éléments ressortant du rapport d'expertise psychiatrique du 12 avril 2021. La famille du recourant était en effet soutenue par une amie, une femme d'un certain âge qui avait fait la connaissance de l'épouse de celui-ci. En juillet 2020, soit à l'époque de la décision litigieuse du 18 août suivant, l'expertisé avait logé quelques temps chez cette amie. Celle-ci avait précisé, lors d'une audition du 18 février 2021 à la police, qu'elle contrôlait l'assuré tous les jours pour qu'il ne se retrouvât pas dans une situation problématique. Les entretiens d'expertise correspondants, tenus entre le 23 février et le 1<sup>er</sup> avril 2021, font en outre ressortir que le recourant se rendait fréquemment chez cette amie, qu'il entretenait notamment ses plantes donc qu'il avait trouvé un appui auprès d'elle qui l'occupait un tant soit peu et le cadrait.

**3.2.3.1** Il en va de même des réponses données par l'assuré aux différents médecins précités concernant les indicateurs relevant de la cohérence, soit ceux de la limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines de la vie et de la comparaison des activités sociales avant et après l'atteinte à la santé.

Aux termes des déclarations en question, à l'arrivée puis au retour en Suisse, tout allait bien. Le recourant avait fondé une famille, avait beaucoup d'amis et pratiquait par lui-même du bodybuilding (pièce 53, pages 245 à 252). Il avait entretenu de bonnes relations avec deux oncles paternels à Nyon. Du fait de sa maladie, il ne les avait plus contactés et avait perdu tout son réseau d'amis. Il restait chez lui à ne rien faire, ne lisait pas, n'allumait pas la télévision, ne s'occupait pas de ses enfants, ne s'acquittait d'aucune tâche ménagère et n'accompagnait pas son épouse et ses enfants lorsqu'ils sortaient pour leurs loisirs (pièce 41, pages 190 à 227). Les contacts réguliers de l'assuré avec l'amie de la famille et les tâches accomplies pour elle jettent toutefois un éclairage

différent sur les indications précitées. A noter également à cet égard la mention, dans le rapport d'expertise du 16 janvier 2020, d'un séjour au Kosovo en 2018 (pièce 41, pages 190 à 227).

**3.2.3.2** Relativement au poids des souffrances, le Dr L \_\_\_\_\_ a rapporté en date du 16 janvier 2020 qu'il était difficilement perceptible chez l'expertisé, avec qui le contact visuel n'était pas très « clair » (pièce 41, pages 190 à 227).

Quant à la mise à contribution d'options thérapeutiques, il ne peut qu'être renvoyé à l'analyse effectuée au considérant 3.2.2.1.2 sur la résistance de l'assuré à certains traitements médicalement indiqués. Il est en particulier surprenant qu'en présence de certains symptômes dépressifs qui se sont d'ailleurs manifestés avec acuité au cours de l'année 2019 (pièce 18, pages 140 à 145 et pièce 43, pages 229 à 231), le recourant n'ait pas accepté une médication par antidépresseur au moins durant quelques temps, parce qu'un oncle n'avait apparemment pas supporté ce type de traitement.

**3.2.4** L'examen des indicateurs jurisprudentiels apporte finalement la confirmation que les troubles psychiques dont souffre l'assuré ne limitent pas sa capacité de travail.

Conformément aux jurisprudences topiques rappelées plus haut et contrairement à ce que l'assuré a invoqué dans son recours du 23 septembre 2020, il est par conséquent exclu de trancher cette question de la capacité de travail sur la base des rapports de ses thérapeutes ou des conclusions d'une nouvelle expertise psychiatrique indépendante. Le fait de ne pas diligenter une telle mesure d'instruction, requise dans le mémoire précité, se justifie non seulement par l'absence de droit de la personne assurée, comme de l'assurance d'ailleurs, à un second avis expertal, lorsque le premier ne lui convient pas, mais aussi et surtout par l'application du principe de l'appréciation anticipée des preuves (sur cette notion, il est notamment renvoyé à l'ATF 145 I 167 consid. 4.1 et aux arrêts du Tribunal fédéral 8C\_172/2012 du 14 mars 2013 consid. 3 et les références, 9C\_962/2010 du 1<sup>er</sup> septembre 2011 consid. 4.1 et 9C\_966/2010 du 29 avril 2011 consid. 2.2).

Partant, le recours est rejeté et la décision de l'Office AI du 18 août 2020 confirmée.

**4.1** Les frais de justice, arrêtés à 500 fr. en fonction de l'importance de la procédure (art. 61 let. a aLPGA, 83 LPGA et 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI), sont mis à la charge du recourant qui succombe (art. 1 al. 2, 81a al. 2 et 89 al. 1 LPJA) et compensés avec l'avance du même montant qu'il a versée le 19 janvier 2021.

**4.2** Eu égard à l'issue de la cause, il n'est pas alloué de dépens au recourant (art. 61 let. g LPGA *a contrario*), pas plus qu'à l'intimé (art. 91 al. 3 LPJA).

### **Prononce**

1. Le recours est rejeté.
2. Les frais, arrêtés à 500 francs, sont mis à la charge de X \_\_\_\_\_.
3. Il n'est pas alloué de dépens.

Sion, le 6 juin 2023