

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2263/2024

ATAS/180/2025

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 21 mars 2025

Chambre 9

En la cause

A _____

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Eleanor McGREGOR, Présidente; Andres PEREZ et Michael
RUDERMANN, Juges assesseurs**

EN FAIT

- A.** **a.** A_____ (ci-après : l'assuré), divorcé et père de trois enfants, est chauffeur. Il est en incapacité de travail depuis le 2 mars 2020.
- b.** Le 20 avril 2018, les médecins des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) ont diagnostiqué des troubles de la marche d'origine fonctionnelle.
- B.** **a.** Le 24 février 2021, il a formé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI), en raison d'un état dépressif majeur.
- b.** Le 12 mars 2021, mandaté par l'assurance perte de gain, le docteur B_____, psychiatre et psychothérapeute FMH, a rendu un rapport d'examen de l'appréciation de la capacité de travail de l'assuré. Il a conclu à l'absence de diagnostic psychiatrique avec incidence sur la capacité de travail. Aucun symptôme de la lignée anxieuse et dépressive n'avait été constaté. La capacité de travail de l'assuré était pleine dans toutes activités. Les limitations alléguées par l'assuré ne s'exprimaient pas de la même façon dans l'activité professionnelle que dans d'autres domaines de la vie où il avait pleine autonomie : il assumait toutes les activités ménagères, faisait des courses, cuisinait, s'occupait de son enfant, faisait des randonnées et des promenades, regardait la télévision, conduisait quotidiennement la voiture, en évitant les autoroutes, maintenait des contacts sociaux et était capable d'effectuer seul un voyage à l'étranger. Le degré d'autonomie dans sa vie privée était difficilement conciliable avec une incapacité totale de travail et incompatible avec le diagnostic retenu. La faible fréquence des consultations paraissait incohérente avec le diagnostic d'épisode dépressif sévère et, au vu de la persistance alléguée de la symptomatologie dépressif sévère, prétendument incapacitante, il paraissait incohérent que la stratégie thérapeutique n'ait pas été adaptée et que le même traitement antidépresseur ait été prescrit pendant presque une année, à une posologie relativement faible. Il paraissait enfin incohérent que l'assuré ne bénéficie d'aucun traitement psychotrope.
- c.** Dans un questionnaire de l'assurance-invalidité du 7 avril 2021, le docteur B_____, spécialiste FMH en médecine interne, a attesté d'une incapacité de travail totale du 10 au 17 février 2021 en raison d'un état anxieux et d'insomnies.
- d.** Par rapport du 18 juin 2021, le docteur C_____, psychiatre et psychothérapeute FMH, a diagnostiqué un état dépressif majeur récurrent, un syndrome douloureux persistant (F45.4) et des troubles anxieux généralisés. L'assuré ne faisait que « très peu d'activités », il oubliait « énormément de choses ». Sa fille cadette venait l'aider à faire le ménage et à ranger. Sa capacité de travail était nulle.

e. Le 7 décembre 2021, le docteur C_____ a adressé à l'OAI des éléments complémentaires concernant l'évaluation de l'assuré. À la suite d'un bilan cognitif et compte tenu de ses limitations fonctionnelles, l'assuré se trouvait en incapacité de gérer sa vie professionnelle et sa vie personnelle de manière simultanée. Il existait des difficultés cognitives (mémoire, exécutif), physiques (fatigue intense), neurologiques (hydrocéphalie, vertiges) et des difficultés psychiques (anxiété, inquiétudes, auto-dévalorisations, perte de confiance en soi), portant préjudice à sa vie professionnelle et personnelle. S'agissant de sa journée-type, l'assuré se levait tôt pour s'occuper de son fils de 5 ans et devait faire des trajets depuis D_____ jusqu'à E_____ pour l'emmener à l'école. Il le cherchait à l'école et l'emmenait à ses rendez-vous médicaux plusieurs fois par semaine. Il se sentait très fatigué après avoir déjeuné et faisait une sieste en début d'après-midi. Il emmenait son fils à des activités sportives et l'aidait à s'habiller. Il rendait visite à l'une de ses filles qui habitait à Ferney-Voltaire. Il faisait parfois des repas le soir avec des amis. Après le dîner, il regardait des informations ou des matchs de football à la télévision.

f. Par avis du 9 juin 2022, le service médical régional de l'assurance-maladie (ci-après : SMR) a suivi les conclusions de l'expertise psychiatrique du Dr B_____ du 12 mars 2021. Il n'avait pas été retenu de diagnostic incapacitant et la capacité de travail avait été évaluée comme entière depuis toujours.

g. Par décision du 26 août 2022, l'OAI a rejeté sa demande.

L'assuré a formé recours contre cette décision auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre des assurances sociales) et produit les pièces suivantes :

- Un rapport du 24 novembre 2022 du Dr C_____, psychiatre traitant depuis le 25 mars 2020, retenant un épisode dépressif majeur, associé à un trouble anxieux généralisé majeur, entraînant une incapacité de travail totale ;
- Un scanner cérébral du 1^{er} novembre 2022 relevant une hydrocéphalie à pression normale, avec un score d'Evans à 0.8.

Au vu des nouvelles pièces produites dans le cadre du recours, le SMR a proposé de reprendre l'instruction en raison de la présence d'une hydrocéphalie à pression normale à l'imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) et d'un bilan psychologique du 15 novembre 2021 relevant des difficultés mnésiques, un dysfonctionnement exécutif et un ralentissement psychomoteur. Par arrêt du 24 février 2023, la chambre des assurances sociales a admis le recours, annulé la décision et renvoyé le dossier à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

- C. a. Dans le cadre de l'instruction du dossier, l'OAI a reçu le 21 avril 2023, un rapport médical AI du 20 avril 2023 du docteur F_____, gastroentérologue FMH, selon lequel la gastrite chronique était guérie et aucune incapacité de travail n'était directement liée à la maladie du foie, un rapport médical AI du 10 juin

2023 du Dr G_____, retenant des vertiges et troubles de l'équilibre peu clairs, avec incidence sur la capacité de travail, ainsi qu'un rapport médical AI du 28 août 2023 du docteur B_____, retenant des vertiges et troubles de la concentration, avec incidence sur la capacité de travail.

b. Par avis du 31 août 2023, le SMR a préconisé des investigations complémentaires sur le plan neurologique.

c. Le 15 septembre 2023, le docteur H_____, neurologue FMH, a indiqué qu'il ne pouvait pas poser de diagnostic précis. Il n'avait pas trouvé d'argument en faveur d'une hydrocéphalie à pression normale.

d. Le 30 novembre 2023, le Dr C_____ a confirmé son diagnostic de situation de dépression et de troubles anxieux, avec une composante de troubles cognitifs suffisamment prononcés perturbant de manière très importante son quotidien.

e. Dans un avis du 19 décembre 2023, le SMR a préconisé la mise en œuvre d'une expertise bi-disciplinaire, avec des volets de neurologie et de psychiatrie, et bilan neuropsychologique en incluant des tests de validation des symptômes.

f. Le 3 janvier 2024, l'OAI a mandaté les docteurs I_____, neurologue FMH, et J_____, psychiatre et psychothérapeute FMH pour la mise en œuvre d'une expertise bi-disciplinaire.

g. Le 8 mai 2024, les experts ont rendu leur rapport d'expertise, après avoir examiné l'assuré. De manière consensuelle, ils ont retenu une capacité de travail de 100% depuis toujours et dans toutes activités. Aucun diagnostic incapacitant n'était retenu et il n'était pas nécessaire de mettre en place une activité adaptée. Sur le plan neurologique, l'expert a décrit une symptomatologie inchangée depuis 2018. Il a retenu le diagnostic non incapacitant de troubles subjectifs avec instabilité à la marche, sans anomalie neurologique et sans incapacité fonctionnelle. Sur le plan psychiatrique, l'expert n'a retenu aucun diagnostic incapacitant. Seul le diagnostic de phobie spécifique a été retenu. L'analyse des activités quotidiennes ne relevait pas d'empêchements. Il était autonome dans toutes les tâches de la vie quotidienne : prenait sa voiture plusieurs heures par jour, était capable de conduire quand la circulation était fluide ou quand il y avait des bouchons, ne manifestait aucun symptôme anxieux dans ces situations, s'occupait de son fils, de son petit-fils, des repas, avait du plaisir à regarder la télévision, partait en vacances chaque année en Égypte et n'avait pas d'isolement social. Aucune conclusion ne pouvait être retirée du bilan neuropsychologique.

h. Par avis du 17 mai 2024, le service médical régional de l'assurance-maladie (ci-après : SMR) a estimé que l'expertise du 8 mai 2024 était convaincante. L'assuré ne présentait aucune incapacité de travail, et cela depuis toujours. Sa capacité de travail était exigible tant dans son activité de chauffeur que dans une activité adaptée.

i. Par projet de décision du 22 mai 2024, confirmé par décision du 24 juin 2024, l'OAI a rejeté la demande de prestations. Après consultation de l'ensemble des éléments médicaux recueillis dans son dossier, il apparaissait qu'aucune atteinte à la santé invalidante ne pouvait être retenue.

D. a. Par acte du 24 juin 2024, l'assuré a interjeté recours par-devant la chambre des assurances sociales contre cette décision, concluant à sa « reconsidération ».

Il était toujours en arrêt de travail à raison de 100% en raison d'une santé psychopathologique. Il souffrait d'un état dépressif majeur associant des signes cliniques graves causant des troubles fonctionnels et cognitifs. Son état dépressif rendait d'éventuelles relations socio-professionnelles très difficiles. Son état de santé serait prochainement évalué par un médecin et il transmettrait son rapport dès réception.

b. Par réponse du 25 juillet 2024, l'OAI a conclu au rejet du recours. Le rapport d'expertise du 8 mai 2024 devait se voir reconnaître pleine valeur probante. Les conclusions des experts n'étaient pas objectivement contestées. Selon les experts, il n'existait aucune pathologie psychiatrique caractérisée active, ni limitation fonctionnelle significative et incapacitante de nature psychiatrique. Il n'avait pas de limitations fonctionnelles d'un point de vue neurologique. Sa capacité de travail était donc entière, et cela sans modification depuis 2018. Les conclusions de l'expertise venaient confirmer celles du Dr B_____, mandaté par l'assurance perte de gain en 2021.

c. Le 19 août 2024, invité à répliquer, l'assuré a informé la chambre de céans qu'à la suite de « nouveaux symptômes et une modification de pathologie », le docteur K_____ lui avait prescrit une IRM. Il sollicitait ainsi une prolongation du délai pour répliquer dans l'attente du résultat de l'IRM.

d. La chambre de céans a constaté que les examens complémentaires ne porteraient que sur des nouveaux symptômes et une modification de pathologie, soit sur des éléments postérieurs à la décision contestée, si bien qu'elle n'a pas donné suite à la demande de prolongation.

e. Cette écriture a été transmise à l'OAI.

EN DROIT

1.

1.1 Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances

sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

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

1.2 Le délai de recours est de 30 jours (art. 56 LPGA, applicable par le renvoi de l'art. 1 al. 1 LAI ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - LPA - E 5 10).

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 60 al. 1 LPGA).

2. Le litige porte sur le droit à des prestations de l'assurance-invalidité de l'assuré.

2.1 Le 1^{er} janvier 2022, sont entrées en vigueur les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705) ainsi que celles du 3 novembre 2021 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201 ; RO 2021 706).

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

2.2 En l'espèce, un éventuel droit à une rente d'invalidité naîtrait au plus tôt en août 2021, dès lors que la demande de prestations a été déposée en février 2021 (art. 29 LAI), de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur ancienne teneur.

3.

3.1 En vertu des art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident.

Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles.

Aux termes de l'art. 6 LPGA, 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.

Conformément à l'art. 4 LAI, l'invalidité (art. 8 LPGA) peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (al. 1). L'invalidité est

réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (al. 2).

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

3.2 En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c).

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

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

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

Dans l'ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a revu et modifié en profondeur le schéma d'évaluation de la capacité de travail, respectivement de l'incapacité de travail, en cas de syndrome douloureux somatoforme et d'affections psychosomatiques comparables. Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets pouvaient être

surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'un catalogue d'indicateurs (ATF 141 V 281 consid. 4). Le Tribunal fédéral a ensuite étendu ce nouveau schéma d'évaluation aux autres affections psychiques (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références). Aussi, le caractère invalidant d'atteintes à la santé psychique doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance du trouble psychique à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 143 V 409 consid. 4.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2019 du 17 mars 2020 consid. 3 et les références). Cette procédure d'administration des preuves est notamment applicable à la fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.1).

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

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

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

I. Catégorie « Degré de gravité fonctionnel » (ATF 141 V 281 consid. 4.3),

Les indicateurs appartenant à la catégorie « degré de gravité fonctionnel » forment le socle de base pour l'évaluation des troubles psychiques (ATF 141 V 281 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.2). Les déductions qui en sont tirées devront, dans un second temps, résister à un examen de la cohérence (ATF 141 V 281 consid. 4.3).

A. Complexe « Atteinte à la santé » (consid. 4.3.1)

Expression des éléments pertinents pour le diagnostic (consid. 4.3.1.1), succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à cet égard (consid. 4.3.1.2), comorbidités (consid. 4.3.1.3).

B. Complexe « Personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles ; consid. 4.3.2)

C. Complexe « Contexte social » (consid. 4.3.3)

II. Catégorie « Cohérence » (aspects du comportement ; consid. 4.4)

Limitation uniforme du niveau d'activité dans tous les domaines comparables de la vie (consid. 4.4.1), poids des souffrances révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation (consid. 4.4.2).

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

Le Tribunal fédéral a récemment rappelé qu'en principe, seul un trouble psychique grave peut avoir un caractère invalidant. Un trouble dépressif de degré léger à moyen, sans interférence notable avec des comorbidités psychiatriques, ne peut généralement pas être défini comme une maladie mentale grave. S'il existe en outre un potentiel thérapeutique significatif, le caractère durable de l'atteinte à la santé est notamment remis en question. Dans ce cas, il doit exister des motifs importants pour que l'on puisse néanmoins conclure à une maladie invalidante. Si, dans une telle constellation, les spécialistes en psychiatrie attestent sans explication concluante (éventuellement ensuite d'une demande) une diminution considérable de la capacité de travail malgré l'absence de trouble psychique grave, l'assurance ou le tribunal sont fondés à nier la portée juridique de l'évaluation médico-psychiatrique de l'impact (ATF 148 V 49 consid. 6.2.2 et les références).

3.4 Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler (ATF 140 V 193 consid. 3.2 et les références ; 125 V 256 consid. 4 et les références). En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

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

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

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

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des

assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGa) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI - RS 831.201] ; ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5 ; 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

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

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

suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 8C_755/2020 du 19 avril 2021 consid. 3.2 et les références).

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

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 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 132 V 215 consid. 3.1.1). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 130 V 130 consid. 2.1). 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 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_259/2018 du 25 juillet 2018 consid. 4.2).

3.6 En l'occurrence, le recourant fait uniquement valoir qu'il se trouve toujours en incapacité de travail totale en raison d'un état dépressif majeur. Dans la mesure où son état de santé psychique a été examiné par un expert psychiatre mandaté par l'intimé, il convient d'examiner la valeur probante de son expertise.

La chambre de céans constate en premier lieu que ce rapport a été rendu en pleine connaissance du dossier, qu'il comporte une anamnèse familiale, personnelle et professionnelle approfondie et un status psychiatrique fouillé, qu'il se fait l'écho des plaintes de l'assuré, que les diagnostics et les conclusions sont bien motivés et que l'analyse est articulée autour de la grille structurée prévue par la jurisprudence et des questions posées par l'assurance. Aussi convient-il en principe d'en reconnaître la valeur probante.

L'expert a retenu que l'assuré avait toujours été autonome dans toutes les tâches de la vie quotidienne : il décrivait une journée-type chargée et aucun symptôme dépressif ou anxieux. Son comportement face à la maladie était marqué par l'amplification, ce qui avait été confirmé par l'évaluation neuropsychologique. Il n'y avait aucune limitation fonctionnelle significative de nature psychiatrique. Il était parfaitement autonome dans toutes les tâches de la vie quotidienne, prenant sa voiture plusieurs heures par jour, que ce soit quand la circulation est fluide ou

en présence de bouchons. Il était capable de prendre l'avion et le train et ne rapportait aucune limitation fonctionnelle en lien avec les phobies décrites. Il s'occupait de son petit-fils cinq jours par semaine et accompagnait son fils trois fois par semaine en voiture à des séances d'orthophonie. Il préparait le souper cinq fois par semaine pour lui, sa fille et son beau-fils, ainsi que chez son ex-épouse quand il accompagnait son fils trois fois par semaine. Il prenait du plaisir à regarder le football, des films et écouter des chansons. Aucune perte de fonctionnalité pour des motifs psychiatriques n'était ainsi cohérente et plausible.

L'expert a expliqué les raisons pour lesquelles il s'écartait du diagnostic d'épisode dépressif sévère retenu par le psychiatre traitant du recourant. Il a notamment indiqué que ce diagnostic n'était pas cohérent avec l'anamnèse, la description des troubles de l'assuré, les données concernant sa journée-type et les données objectives de l'examen clinique. Un épisode dépressif sévère retrouvait un sujet en état de détresse associé à une agitation ou à un ralentissement marqué avec un tableau dominé par une perte de l'estime de soi, des idées de dévalorisation, des sentiments de culpabilité et comportait souvent des idées de suicides manifestes. Lors d'un tel épisode, le sujet était incapable de poursuivre ses activités sociales, professionnelles ou ménagères. Enfin, l'absence de traitement antidépresseur n'était pas en adéquation avec le diagnostic d'épisode dépressif sévère, au regard des risques suicidaires manifestes, des limitations fonctionnelles majeures touchant tous les secteurs de la vie et la souffrance psychique considérable. Il n'avait pas constaté de problèmes de mémoire ou de trouble de la concentration ou de l'attention. Son récit de vie était parfaitement chronologique, structuré et les repères temporels préservés.

La divergence de diagnostics entre l'appréciation de l'expert et celle du psychiatre traitant de l'assuré repose ainsi sur un examen attentif des plaintes et éléments au dossier, en particulier le déroulement de sa journée-type. L'assuré ne conteste d'ailleurs pas la description de sa journée-type telle que rapportée par l'expert – qui rejoint d'ailleurs celle retenue par son psychiatre traitant –, se limitant à alléguer que son état de santé rend d'éventuelles relations socio-professionnelles très difficiles. Or, l'expert a retenu, sans que ce point n'ait été contesté par l'assuré, que ce dernier bénéficiait du soutien de ses filles, de ses frères et sœurs à Genève et au Caire, de son ex-épouse, de deux ex-beaux-frères, de nombreux amis et de son réseau de soins. Ses filles seraient même envieuses de ses « relations sociales hors normes ». Son psychiatre traitant avait d'ailleurs également relevé que l'assuré aimait le contact social, parlait facilement aux inconnus et avait beaucoup d'amis, qu'il voyait régulièrement. Il maintenait une très bonne relation avec son ex-femme et ses enfants. Il n'y a donc aucune raison de s'écarter de l'appréciation de l'expertise psychiatrique sur ce point. Ce rapport apparaît ainsi très motivé et permet de comprendre les conclusions prises et les raisons pour lesquelles l'expert s'écarte de celles prises par le psychiatre traitant. Il convient ainsi de reconnaître une pleine valeur probante à ce volet de l'expertise.

Quant à l'expert neurologue, dont les conclusions ne sont pas non plus remises en cause par l'assuré, il conclut à l'absence de limitations fonctionnelles neurologiques dans les activités de la vie courante. L'expert a retenu en particulier que l'examen neurologique de l'assuré était dans les limites des normes. Sa situation n'avait pas changé depuis 2018, étant précisé qu'il souffrait surtout de difficultés financières et de ne pas gagner sa vie suffisamment. Comme déjà indiqué, le recourant ne conteste pas ces éléments. Il se prévaut uniquement, au stade de la réplique, de « nouveaux symptômes » et d'une « modification de pathologie », sans donner de précisions quant à la nature de ces symptômes. Or, les faits survenus postérieurement à la décision entreprise doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative. Il appartiendra, le cas échéant, à l'assuré de saisir l'intimé d'une nouvelle demande en fonction des résultats des examens réalisés en septembre 2024.

Il convient ainsi de retenir que l'expertise bi-disciplinaire du 8 mai 2024 a pleine valeur probante et que ses conclusions peuvent être suivies. La capacité de travail du recours, au jour de la décision litigieuse, doit donc être considérée comme entière. C'est partant à juste titre que l'intimé a nié un droit aux prestations de l'assurance-invalidité.

4. Mal fondé, le recours est rejeté.

Il y a lieu de condamner le recourant au paiement d'un émolument de CHF 200.-.
(art. 69 al. 1^{bis} LAI)

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Met un émolument de CHF 200.- à la charge du recourant.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Sylvie CARDINAUX

Eleanor McGREGOR

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