

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2391/2024

ATAS/181/2025

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 21 mars 2025

Chambre 9

En la cause

A _____
représenté par J _____, mandataire

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), né le _____ 1964, titulaire d'un bachelor universitaire de technologie en publicité et d'une licence en journalisme, exerce l'activité de journaliste depuis 1992 et est indépendant depuis 2007. Il bénéficie de l'assistance de l'Hospice général depuis 2008.

b. Selon son extrait de compte individuel AVS, il a perçu des revenus variés entre 1982 et 2018, allant de CHF 1'261.- à CHF 92'811.-.

B. a. Le 29 mars 2021, l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI) a reçu un formulaire de demande de prestations, faisant notamment état d'un trouble de la personnalité cyclothymique.

b. Le 15 avril 2021, répondant au questionnaire de l'OAI, le docteur B_____, spécialiste FMH en médecine interne générale et médecin traitant de l'assuré, a posé le diagnostic, avec incidence sur la capacité de travail, de trouble dépressif récurrent avec personnalité narcissique, avec « s/p multiples hospitalisations en milieu psychiatrique ». Le Dr B_____ n'a pas indiqué d'incapacité de travail et ne s'est pas non plus déterminé sur le taux de capacité de travail de l'assuré, déléguant cette tâche à un spécialiste en psychiatrie.

Le Dr B_____ a joint les documents médicaux suivants :

- un rapport du 6 octobre 2008, établi par la docteure C_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, à la suite d'un séjour de l'assuré au Centre de thérapies brèves du 9 au 16 septembre 2008, et qui a notamment retenu, à titre de diagnostic principal, un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger (F33.0 CIM-10) ainsi que de troubles spécifiques de la personnalité (traits narcissiques – F60.8 CIM-10) ;

- une lettre de sortie du 9 septembre 2016 des docteurs D_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et E_____, médecin assistante, à la suite d'un séjour de l'assuré à la clinique La Métairie du 8 août au 1^{er} septembre 2016, au terme duquel il a été retenu, comme diagnostic principal, un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1) et, comme comorbidités, des troubles de la personnalité (personnalité narcissique – F60.8).

c. Par réponses au questionnaire médical de l'OAI du 6 juillet 2021, le docteur F_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et psychiatre traitant de l'assuré, a retenu, à titre d'atteintes incapacitantes, un trouble affectif bipolaire de type II, épisode actuel mixte (F31.6) et un trouble de la personnalité émotionnellement labile, type borderline (F60.31). À la question de savoir quelle était la capacité de travail de l'assuré dans son activité habituelle, le Dr F_____ a répondu que « cette capacité était fluctuante » et que, depuis plusieurs années, l'assuré n'avait travaillé que sur mandats. Les fluctuations de son état psychique

étaient telles que, certains jours, la capacité de travail était de 100%, et d'autres, elle était nulle. À la question de savoir quelle était la capacité de travail de l'assuré dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles, le Dr F_____ a répondu que « le patient [estimait] avoir une capacité de travail d'environ 25% ».

d. Dans un questionnaire médical de l'OAI du 17 mars 2023, le Dr B_____ a attesté d'un trouble dépressif récurrent et narcissique et d'une incapacité de travail totale, mentionnant un début de longue maladie dès 1981 et précisant que les limitations fonctionnelles étaient « importantes ». À titre d'atteinte sans incidence sur la capacité de travail, était retenue une syphilis secondaire diagnostiquée en juin 2022. L'assuré recevait des soins psychiatriques depuis 2022 et avait été hospitalisé à Belle-Idée en 2008 et 2014 puis à la clinique La Métairie en 2016. Le pronostic sur la capacité de travail était « extrêmement réservé ».

Le Dr B_____ a joint un rapport de bilan du 12 février 2014 des professeur G_____ et docteur H_____, spécialistes FMH en psychiatrie et psychothérapie. L'assuré avait été admis au sein du programme des troubles de l'humeur du service des spécialités psychiatriques des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG). Il était retenu le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.10). L'assuré consommait de manière quotidienne environ 3 dl de vin par jour, ce qui pouvait être un facteur de résistance pour tout traitement antidépresseur. Cette consommation avait été interrompue grâce à un travail motivationnel et était devenue très occasionnelle.

e. Le 11 août 2023, répondant au questionnaire de l'OAI, le Dr F_____ a indiqué que les diagnostics retenus dans son rapport du 6 juillet 2021 demeuraient inchangés. Invité à se prononcer sur la capacité de travail de l'assuré, le psychiatre traitant a indiqué qu'« actuellement, le patient [estimait] avoir une capacité de travail pas supérieure à 30%, que ce soit dans son activité habituelle ou dans une activité adaptée ». Depuis le début du suivi en janvier 2020, l'évolution était stationnaire, avec des diagnostics inchangés et une labilité émotionnelle toujours présente, ayant un impact net sur l'estime de lui-même. Les restrictions étaient fortement en lien avec une fatigabilité accrue fluctuante ainsi qu'à une baisse régulière de sa capacité de concentration. Ces symptômes, surtout la labilité émotionnelle et la concentration réduite, expliquaient la capacité de travail réduite.

f. Dans un avis du 28 septembre 2023, le service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a considéré que la sévérité de l'atteinte à la santé n'était pas claire de sorte que la réalisation d'un examen clinique au SMR ou d'une expertise psychiatrique était nécessaire.

g. Le 20 décembre 2023, l'assuré a été examiné par le docteur I_____, médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie auprès du SMR.

Dans son rapport du 1^{er} février 2024, le Dr I_____ a retenu, à titre de diagnostic principal avec répercussion durable sur la capacité de travail, une cyclothymie (F34.0), à titre de diagnostic associé, une anxiété généralisée (F41.1) et, à titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, un trouble dépressif récurrent, en rémission depuis 2017 (F33.4), ainsi qu'une accentuation de traits de personnalité narcissique (Z73.1). Depuis le 1^{er} septembre 2016, la capacité de travail exigible dans l'activité habituelle de journaliste était de 66% et de 80% dans une activité adaptée depuis cette date. L'assuré était apte à suivre des mesures de réadaptation à 66% depuis le 1^{er} septembre 2016. Les limitations fonctionnelles découlaient, principalement, du diagnostic de cyclothymie et, plus partiellement, du diagnostic d'anxiété généralisée. Il s'agissait essentiellement de la démotivation entretenue par les failles narcissiques liées à la cyclothymie. Le sentiment d'échec, qui se faisait parfois pesant, même si c'était de manière cyclique au fur et à mesure des années, favorisait une démotivation importante certaines journées, l'assuré n'arrivant pas à puiser dans ses ressources. L'assuré décrivait ce tableau dans un tiers du temps, de sorte qu'il était retenu une incapacité de travail de 33%. Le reste du temps, il n'y avait pas de limitation fonctionnelle incapacitante et, malgré, parfois, une démotivation partielle et une fatigue, l'assuré puisait dans ses ressources et maintenait globalement ses activités professionnelles ou privées. Quant aux tensions motrices, qui représentaient également des limitations fonctionnelles, elles existaient tous les matins au réveil durant une heure voire plusieurs heures. Toutefois, il n'y avait pas de signes neurovégétatifs. L'assuré parvenait, le plus souvent, à maintenir ses activités et à puiser dans ses ressources. Néanmoins, cela pouvait favoriser la fatigabilité en fin de journée et à aggraver la démotivation liée à la cyclothymie. Ainsi, les deux diagnostics, soit la cyclothymie et l'anxiété généralisée, interagissaient parfois pour maintenir la démotivation toute une journée et entraîner des limitations fonctionnelles.

h. Par projet de décision du 12 avril 2024, l'OAI a informé l'assuré de son intention de refuser la demande de prestations. En s'appuyant sur le rapport du 1^{er} février 2024 du Dr I_____, l'OAI a reconnu à l'assuré une « incapacité de travail » de 66% dans l'activité habituelle dès le 1^{er} septembre 2016 et a considéré que dans une activité adaptée à son état de santé, sa capacité de travail était de 80% dès cette date. En procédant à la comparaison du revenu avec invalidité et du revenu sans invalidité, la perte de gain s'élevait à un taux de 20%, ce qui n'ouvrait pas de droit à des prestations.

i. Le 16 mai 2024, sous la plume de son mandataire, l'assuré a formé opposition contre la décision précitée, concluant à « reconnaître le droit à une rente d'invalidité dès le 1^{er} septembre 2021 » dans la mesure où son degré d'invalidité était *a minima* de 48% dès l'année 2017 et de 57% depuis 2024. Il a exposé que la capacité de travail retenue par le médecin du SMR ne prenait pas en compte l'imprévisibilité de la baisse thymique ainsi que la durée des épisodes, de sorte

qu'il convenait de retenir une baisse de rendement. De plus, le revenu sans invalidité retenu par l'OAI était erroné puisqu'il avait été fixé en tenant compte des statistiques de revenus de la ligne totale pour un homme dans une activité de niveau de compétences 1. Il convenait de se fonder sur les statistiques de revenus du niveau de compétences 3 dans la mesure où il était formé comme journaliste, qu'il avait exercé cette activité durant toute sa vie active et qu'il aurait vraisemblablement continué à exercer cette activité durant toute sa vie active.

À l'appui de son opposition, l'assuré a produit un rapport médical du 14 mai 2024 du Dr F_____. Celui-ci a attesté qu'il souffrait d'un trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission (F33.4). Selon les dires de l'assuré, celui-ci ne pouvait pas travailler à un taux plus élevé que 25%. Toutefois, ce taux pouvait fortement osciller entre des valeurs nettement plus élevées en début de mission, pour brusquement chuter après quelques jours seulement, tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée. Les limitations fonctionnelles de l'assuré étaient liées, d'une part, à une baisse de sa capacité de concentration et, d'autre part, « elles fluctuaient pour une bonne part au rapport difficile qu'il entretenait avec l'autorité ». Dans un premier temps, il partait souvent avec enthousiasme dans un nouveau mandat, mais la plupart du temps, se décourageait, en s'avérant extrêmement critique avec le nouvel employeur. « Cette baisse de rendement » était liée, d'une part, aux fluctuations de l'humeur de l'assuré et, d'autre part, à son attitude générale face à l'autorité.

j. Dans son avis médical du 30 mai 2024, le SMR a analysé le rapport du 14 mai 2024 du Dr F_____ et a retenu que les conclusions de l'examen clinique du SMR du 20 décembre 2023 restaient valables. Le SMR a constaté que le diagnostic de trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission, retenu par le psychiatre traitant était considéré comme non incapacitant par le Dr I_____. De plus, une incapacité de travail en raison de ce diagnostic était difficilement compréhensible. Il s'agissait dans ce cas d'une évaluation différente d'une même situation clinique.

k. Par décision du 11 juin 2024, l'OAI a confirmé son projet de décision et rejeté la demande de prestations, considérant que les éléments produits dans le cadre de l'audition ne permettaient pas de modifier la précédente appréciation et que les conclusions du rapport du 1^{er} février 2024 demeuraient parfaitement valables. Quant au revenu sans invalidité, il n'y avait pas lieu d'apporter de modifications à la comparaison des revenus. Dans la mesure où la demande de l'assuré avait été déposée en 2021, avec une atteinte reconnue en 2016, et qu'à ce moment-là l'assuré bénéficiait de l'aide de l'hospice général depuis plusieurs années, le revenu sans invalidité ne pouvait être déterminé en fonction de l'activité lucrative exercée avant l'atteinte à la santé.

L'OAI a toutefois tenu compte d'une déduction forfaitaire de 10% opérée sur les valeurs statistiques salariales du revenu avec invalidité et considéré qu' à partir du

1^{er} janvier 2024, la perte de gain de l'assuré s'élevait à 26.79%, ce taux n'ouvrant pas de droit à des prestations.

- C. a.** Par acte du 11 juillet 2024, l'assuré, par l'entremise de son mandataire, a interjeté recours contre la décision du 11 juin 2024 auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans), concluant, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision et à « reconnaître le droit à une rente d'invalidité dès le 1^{er} septembre 2021 ».

Il s'est prévalu du fait qu'il existait une baisse de rendement dont l'impact variait selon qu'il était un journaliste salarié ou indépendant, de sorte qu'il convenait d'opérer une « discrimination » entre ces deux activités et retenir une capacité de travail inférieure pour l'activité salariée. Quant à la distinction opérée par le médecin examinateur du SMR, à savoir qu'il était fortement limité le tiers de son temps, justifiant ainsi une capacité de travail exigible de 66% dans l'activité habituelle et de 80% dans une activité adaptée (manuelle), bien que cohérente, elle ne prenait toutefois pas en compte cette variation d'humeur sur des périodes qui pouvaient elles-mêmes être fluctuantes. L'imprévisibilité de la baisse thymique ainsi que la durée des épisodes, constituaient des facteurs qui ne permettaient pas d'assumer un rendement optimal, en particulier dans l'activité de journaliste. S'agissant de son revenu sans invalidité, il serait plus judicieux de le fixer en se fondant sur la convention collective de travail de la presse romande. Dans tous les cas, il convenait de relever que l'intimé a fixé à tort le revenu sans invalidité en tenant compte des statistiques de revenus du niveau de compétences 1. Il exerçait par ailleurs toujours son activité de journaliste mais à un taux réduit et en tant qu'indépendant. Son degré d'invalidité était *a minima* de 48% dès l'année 2017 et de 57% depuis 2024.

- b.** Dans sa réponse du 13 août 2024, l'intimé a conclu au rejet du recours.

Il convenait de reconnaître une pleine valeur probante au rapport médical du SMR du 1^{er} février 2024. Il ne ressortait par ailleurs pas des griefs du recourant d'éléments concrets susceptibles de remettre en cause sa valeur probante. Concernant la détermination du revenu sans invalidité, les explications apportées dans la décision querellée étaient cohérentes et le recourant n'apportait pas d'éléments susceptibles de remettre en cause leur appréciation.

- c.** Dans sa réplique du 26 août 2024, le recourant a persisté dans ses conclusions et rajouté qu'il considérait qu'un abattement supérieur à 10% semblait justifié. À cet égard, il a fait valoir que pour la période du 1^{er} janvier 2022 au 31 décembre 2023, il convenait d'examiner l'opportunité d'un abattement supérieur à 10%, notamment compte tenu de la fluctuation de sa thymie, de ses effets négatifs sur une exploitation linéaire de sa capacité de travail résiduelle (en raison de l'imprévisibilité de l'absentéisme et de sa durée) et du fait qu'il n'avait jamais exercé d'autre métier que celui de journaliste. S'agissant du revenu sans invalidité, il a reconnu qu'il convenait de recourir aux salaires statistiques de

l'ESS. Néanmoins, l'intimé ne pouvait affirmer qu'il aurait très vraisemblablement travaillé dans un domaine autre que le journalisme, cette affirmation découlant d'un choix arbitraire et purement fictif.

d. Cette écriture a été transmise à l'intimé.

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. 60 al. 1 LPGA ; 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.

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

3.

3.1 Le 1^{er} janvier 2022, 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) sont entrées en vigueur.

En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (*cf.* ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 et la référence). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, est déterminant le moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. Si elle est postérieure au 31 décembre 2021, le nouveau droit s'applique (*cf.* arrêt du Tribunal fédéral 9C_60/2023 du 20 juillet 2023 consid. 2.2 et les références).

En l'occurrence, la décision querellée a certes été rendue postérieurement au 1^{er} janvier 2022. Toutefois, la demande de prestations ayant été déposée le 29 mars 2021, un éventuel droit à une rente d'invalidité naîtrait au plus tôt en septembre 2021, soit six mois après le dépôt de la demande (*cf.* art. 29 al. 1 LAI),

de sorte que les dispositions applicables seront citées dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

3.2

3.2.1 Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 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.

L'art. 29 al. 1 LAI dispose que le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^e anniversaire de l'assuré.

Le délai d'attente de l'art. 28 al. 1 let. b LAI est une condition matérielle du droit à la rente et celui de l'art. 29 al. 1 LAI est un délai de nature procédurale (délai de carence formelle) (ATF 142 V 547 consid. 3.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_544/2016 et 8C_568/2016 du 28 novembre 2016 consid. 4.1).

Les conditions de l'art. 28 al. 1 LAI sont cumulatives (arrêt du Tribunal administratif fédéral C-2578/2022 du 16 mars 2023 consid. 5).

3.2.2 Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). L'espace temporel que doit revêtir l'incapacité de gain pour être considérée comme durable ou permanente résulte des lois spéciales d'assurance sociale. Ainsi, en matière de rentes de l'assurance-invalidité, la personne assurée doit présenter une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (*cf.* art. 28 al. 1 let. b LAI) (Margit MOSER-SZELESS *in* Commentaire romand de la LPGA, 2018, n. 25 ad art. 8 LPGA).

3.2.3 L'art. 6 LPGA décrit l'incapacité de travail comme 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.

Dans le cadre de l'art. 28 al. 1 let. b LAI, l'incapacité de travail peut plus précisément être définie comme la perte fonctionnelle, due à une atteinte à la santé, de la capacité de rendement de l'assuré dans sa profession ou dans son champ d'activité habituel, les pertes financières subies durant le délai d'attente étant en principe sans importance. Cette référence à l'activité antérieure a principalement pour conséquence que, pour déterminer l'incapacité de travail, il n'y a pas lieu de se référer, comme dans le cadre de l'évaluation de l'invalidité, à l'ensemble du marché du travail et au devoir de l'assuré de réduire le dommage, mais uniquement à la baisse de rendement dans la profession qu'il exerçait et qui a donné lieu, sur la base des constatations médicales, à l'incapacité de travail déterminant le début de la période de carence. L'incapacité de travail au sens de l'art. 28 al. 1 let. b LAI correspond donc, chez les personnes qui exercent une activité lucrative, aux empêchements médicalement constatés dans la profession ou l'activité qu'elles exerçaient jusqu'alors et chez celles qui n'exercent pas, à la diminution – attestée médicalement – du rendement fonctionnel dans l'accomplissement des travaux habituels (Michel VALTERIO, Commentaire de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité, 2018, n. 9 ad art. 28 LAI).

L'incapacité de travail est par ailleurs une notion objective ; l'appréciation subjective que fait la personne assurée de son état de santé et de son incapacité à exercer sa profession n'est pas prise en considération (Margit MOSER-SZELESS, *in* Commentaire romand de la LPGA, 2018, n. 19 et 20 ad art. 6 LPGA).

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. 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) (ATF141 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).

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

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

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

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

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

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

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

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).

3.4 Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu réaliser s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 8 al. 1 et art. 16 LPG). La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus ; ATF 128 V 29 consid. 1 ; 104 V 135 consid. 2a et 2b).

Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait – au degré de la vraisemblance prépondérante – réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (ATF 139 V 28 consid. 3.3.2 et 135 V 297 consid. 5.1). Quant au revenu d'invalide, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé (ATF 135 V 297 consid. 5.2). Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 143 V 295 consid. 2.2 et la référence ; 135 V 297 consid. 5.2 et les références). S'agissant du calcul du degré d'invalidité, si un assuré est en mesure, malgré les limitations dues à son état de santé, de poursuivre l'activité professionnelle qu'il exerçait jusqu'alors, le cas échéant, avec une capacité de rendement limitée, il n'est pas nécessaire de recourir à des valeurs statistiques et le degré d'invalidité se confond avec le degré d'incapacité de travail (arrêt du Tribunal fédéral 9C_576/2016 du 13 juin 2017 consid. 5).

Une simple comparaison de pourcentages peut suffire lorsque l'assuré dispose d'une capacité résiduelle de travail dans son activité habituelle et qu'aucune autre activité n'est mieux adaptée à ses limitations fonctionnelles (arrêt du Tribunal fédéral 9C_562/2022 du 12 septembre 2023 consid. 6).

3.5 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.

3.5.1 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).

3.5.2 Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des

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

3.5.3 S'agissant de la valeur probante des rapports des SMR selon l'art. 49 al. 2 RAI, le Tribunal fédéral considère qu'elle est comparable à celle des expertises médicales externes, lorsque ces rapports satisfont aux exigences développées par la jurisprudence en matière d'expertise médicale. Toutefois, les offices AI devraient toujours ordonner des expertises externes lorsque le caractère interdisciplinaire d'une situation médicale problématique l'exige, lorsque le SMR ne dispose pas des ressources professionnelles nécessaires pour pouvoir répondre à une question qui se pose ou lorsqu'il existe une divergence entre le rapport du SMR et la teneur générale du dossier médical, divergence qui ne reposerait pas sur des prémisses différentes dues à la conception bio-psycho-sociale de la maladie, répandue en médecine et qui est plus large que la notion d'atteinte à la santé en droit des assurances sociales (ATF 137 V 210 consid. 1.2.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_697/2023 du 17 septembre 2024 consid. 3.3.2 et la référence).

3.5.4 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).

3.5.5 On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard,

il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, *in* SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 8C_755/2020 du 19 avril 2021 consid. 3.2 et les références).

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

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 145 I 167 consid. 4.1 et les références ; 140 I 285 consid. 6.3.1 et les références). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 – Cst ; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d).

4. En l'espèce, l'intimé a nié le droit du recourant à la rente d'invalidité. En se fondant sur les conclusions du rapport du SMR du 1^{er} février 2024, il a retenu, dans sa décision litigieuse, une « incapacité de travail » de 66% dans l'activité habituelle de journaliste dès le 1^{er} septembre 2016 (correspondant au début du délai d'attente d'un an) et une capacité de travail de 80% dans une activité adaptée dès cette date. En procédant à la comparaison des gains sur cette base, l'intimé a constaté une perte de gain inférieure à 40%, ce qui n'ouvrirait pas le droit du recourant à des prestations.

Le recourant conteste le degré d'invalidité retenu par l'intimé. Singulièrement, il critique la détermination de son revenu sans invalidité ainsi que les conclusions du rapport du SMR du 1^{er} février 2024 en ce sens que le médecin examinateur n'a pas pris en considération une diminution de rendement lors de l'établissement de sa capacité de travail.

4.1 Il convient donc d'examiner la valeur probante du rapport du SMR du 1^{er} février 2024.

4.1.1 À titre liminaire, il y a lieu de relever que la décision entreprise reconnaît une « incapacité de travail » de 66% dans l'activité habituelle dès le 1^{er} septembre 2016 alors que le rapport du SMR du 1^{er} février 2024 conclut à une « capacité de travail » de 66% dans l'activité habituelle dès cette date.

Or, dans la mesure où l'intimé s'est fondé sur le rapport du SMR pour rendre sa décision litigieuse, l'on peut se demander s'il ne s'agit pas d'une erreur de plume. De surcroît, dans sa réponse du 13 août 2024, l'intimé a retranscrit les conclusions du rapport du 1^{er} février 2024, à savoir « le degré de capacité de travail de 66% dans l'activité habituelle de journaliste et de 80% dans une activité adaptée depuis le 1^{er} septembre 2016 », tout en indiquant qu'il convenait de reconnaître à ce rapport pleine valeur probante. Il apparaît donc que l'intimé, dans sa décision litigieuse, ne s'est pas distancé du rapport du SMR du 1^{er} février 2024 s'agissant de la capacité de travail du recourant, reprenant entièrement les conclusions dudit rapport.

4.1.2 Il y a lieu de constater que le Dr I_____, médecin auprès du SMR, et spécialiste en psychiatrie et psychothérapie selon le registre des professions médicales MedReg, a procédé à un examen sur la personne le 20 décembre 2023 au sens de l'art. 49 al. 2 RAI.

Le rapport est fondé sur toutes les pièces du dossier et contient un bref rappel du motif de l'examen, un résumé des documents du dossier, une anamnèse complète, une description des plaintes psychiatriques, des habitudes de la vie quotidienne du recourant ainsi que le status psychiatrique. Le Dr I_____ a en outre posé des diagnostics précis avant d'effectuer une appréciation du cas et se prononcer sur les limitations fonctionnelles ainsi que la capacité de travail du recourant.

Sur le fond, la chambre de céans constate que même si le médecin du SMR ne s'en tient pas strictement aux standards usuels d'une expertise psychiatrique réalisée

selon la procédure structurée telle que préconisée par le Tribunal fédéral (cf. ATF 141 V 418), amenant le lecteur à rechercher lui-même dans les explications fournies les différents indicateurs, il n'en résulte pas moins que tous les points pertinents ont été analysés.

Le Dr I_____ a ainsi retenu comme atteinte principale, avec répercussion sur la capacité de travail, une cyclothymie (F34.0) et, à titre d'atteinte associée, une anxiété générale (F41.1). Il a également retenu, à titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, un trouble dépressif récurrent, en rémission depuis 2017 (F33.4) et une accentuation de traits de personnalité narcissique (Z73.1). Il a considéré que l'incapacité de travail était de 33% dans l'activité habituelle à compter du 1^{er} septembre 2016 et de 20% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, également à compter de cette date. Il était aussi apte à suivre des mesures de réadaptation à un taux de 66% à compter du 1^{er} septembre 2016.

Le médecin du SMR a écarté de manière convaincante le diagnostic bipolaire de type 2 retenu par le psychiatre traitant (cf. rapports des 6 juillet 2021 et 11 août 2023 du Dr F_____). Il a notamment expliqué que les différents rapports médicaux n'objectivaient aucun épisode maniaque ou hypomaniaque et qu'à l'anamnèse, le recourant était affirmatif sur le fait qu'il n'avait jamais présenté d'épisodes d'élévation de l'humeur avec des troubles comportementaux ou des conduites désordonnées. Il n'y avait jamais eu de troubles du sommeil. Le recourant ne s'était jamais senti tout puissant ou persuadé qu'il allait tout résoudre. Il n'y avait jamais eu de conduites débridées et posant problème sur le plan social. Le dernier rapport psychiatrique de consultation des HUG avait éliminé un épisode maniaque. Il n'était en outre pas décrit de symptômes, même de type hypomaniaque *a minima*. Le psychiatre traitant a seulement parlé d'une humeur fluctuante et cyclique, alternant avec des phases où le recourant se sentait bien et heureux, avec des phases où il se sentait triste. En outre, le trouble bipolaire ne pouvait pas expliquer que, depuis la dernière hospitalisation du recourant en 2016, les épisodes dépressifs survenaient essentiellement par cycles. Le Dr I_____ a également éliminé l'épisode mixte décrit par le psychiatre traitant, au motif que ce diagnostic n'était pas retrouvé à l'anamnèse et n'était ni décrit ni objectivé dans les rapports médicaux.

Il a aussi écarté les diagnostics d'autres troubles de type narcissique ou paranoïaque, et de trouble de personnalité émotionnellement labile de type borderline (F60.31) retenu par d'autres médecins (cf. notamment la lettre de sortie du 9 septembre 2016 des Drs D_____ et E_____ ; les rapports des 15 avril 2021 et 17 mars 2023 du Dr B_____ ; les rapports des 6 juillet 2021 et 11 août 2023 du Dr F_____). Le Dr I_____ a expliqué de façon convaincante les raisons pour lesquelles il a retenu un diagnostic d'accentuation de traits de personnalité narcissique (Z73.1) : l'examen ne montrait aucun trait de personnalité borderline, il n'y avait jamais eu de sentiment de vie récurrent à proprement parler et les

autres signes de personnalité borderline n'étaient pas présents, le recourant n'avait jamais présenté d'instabilité émotionnelle, à l'anamnèse, il ne décrivait aucune impulsivité, qui n'était par ailleurs jamais décrite dans les rapports médicaux, et il n'y avait jamais eu de tentatives de suicide ou de geste auto-agressif. Globalement, le Dr I_____ a constaté qu'il n'y avait pas de mésestime de soi, exception faite des idées de dévalorisation autour de l'échec professionnel. Il n'existait, à part une tendance à l'hypertrophie du moi et à la surélévation de ses compétences et capacités, aucun autre trait de type narcissique ou paranoïaques. Par ailleurs, le Dr I_____ a relevé que les autres rapports psychiatriques ne précisaient pas les autres traits narcissiques. Au vu de ces éléments, il a estimé qu'il convenait de retenir un trait de personnalité narcissique, qui n'avait jamais décompensé, étant précisé que ce diagnostic n'était pas incapacitant et ne l'avait jamais été.

Le médecin du SMR s'est également écarté du diagnostic dépressif récurrent, épisodes évoluant entre légers et moyens, retenus par d'autres rapports médicaux présents au dossier (*cf.* notamment le rapport du 6 octobre 2008 de la Dre C_____ ; la lettre de sortie du 9 septembre 2016 des Drs D_____ et E_____ ; les rapports des 15 avril 2021 et 17 mars 2023 du Dr B_____). Il a retenu un diagnostic de trouble dépressif récurrent, en rémission depuis 2017 (F33.4) en fournissant des explications convaincantes sur le choix du diagnostic. Il a ainsi expliqué que, jusqu'en 2016, il était noté une dizaine d'épisodes, dont trois avaient amené à des hospitalisations. Certains avaient été réactionnels à des problèmes professionnels, rupture sentimentale ou harcèlements, mais plus de la moitié étaient sans signe déclenchant. Depuis 2017, il existait une évolution cyclique de l'humeur, entre dépressive et normale, comme souligné par le psychiatre traitant. Il n'y avait plus d'épisodes dépressifs isolés, comme jusqu'en 2016. Il ressortait également des derniers rapports psychiatriques du Dr F_____ que le recourant pouvait alterner entre des périodes où la capacité de travail était normale et des périodes où elle était altérée. Pour ces raisons, le Dr I_____ a considéré que, depuis 2017, le trouble dépressif récurrent était en rémission et n'était plus incapacitant dès cette date également. Le médecin du SMR a en outre précisé qu'auparavant, le recourant n'avait interrompu ses activités que lors des trois hospitalisations, d'une durée d'un mois chacune, de sorte que le trouble dépressif récurrent, même avant d'être en rémission, n'avait jamais entraîné d'incapacité de travail durable et n'avait donc pas été incapacitant.

Le Dr I_____ a ensuite procédé à une analyse de l'impact des diagnostics retenus. Il notamment expliqué que les limitations fonctionnelles découlaient, principalement, du diagnostic de cyclothymie et, plus partiellement, du diagnostic d'anxiété généralisée, tout en précisant que ces limitations étaient essentiellement dues à la démotivation entretenue par les failles narcissiques liées à la cyclothymie. Ces deux diagnostics interagissaient pour parfois maintenir la démotivation toute une journée et entraîner les limitations fonctionnelles. Plus précisément, le Dr I_____ a considéré que le sentiment d'échec, qui se faisait

pesant parfois et de manière plus cyclique au fur et à mesure des années, favorisait certaines journées une démotivation importante, le recourant n'arrivant pas à puiser dans ses ressources. Le Dr I_____ a ainsi constaté à l'examen de la vie quotidienne et à l'anamnèse, que le recourant décrivait ce tableau dans un tiers du temps, ce qui a amené le spécialiste à retenir une incapacité de travail de 33%. Le reste du temps, il n'existait pas de limitation fonctionnelle incapacitante, en dépit d'une démotivation partielle et une fatigue occasionnelles, le recourant parvenant à puiser dans ses ressources et parvenant à maintenir globalement ses activités, tant sur le plan professionnel que privé. Le Dr I_____ a également tenu compte des tensions motrices que présentaient le recourant tous les matins au réveil durant une heure ou plusieurs heures. Selon le spécialiste, il n'existait pas de signes neurovégétatifs, le recourant parvenant à maintenir ses activités et à puiser dans ses ressources. Toutefois, cela pouvait favoriser la fatigabilité en fin de journée, après 17h, et aggraver la démotivation liée à la cyclothymie.

Force est de constater que les conclusions du médecin du SMR retenant une capacité de travail de 66% dans l'activité habituelle et de 80% dans l'activité adaptée apparaissent claires et convaincantes.

4.1.3 Reste à examiner si les arguments du recourant ou des rapports versés au dossier sont propres à remettre en cause les conclusions du Dr I_____.

En premier lieu, il convient de considérer que le recourant ne conteste pas expressément la valeur probante du rapport, ni les diagnostics retenus. Il fait néanmoins valoir que les conclusions du rapport du 1^{er} février 2024 ne prennent pas en considération la variation de son humeur sur des périodes qui pouvaient elles-mêmes être fluctuantes, de sorte qu'il ne pouvait effectuer un rendement optimal.

À cet égard, il y a lieu de relever que cet élément avait expressément été pris en compte par le Dr I_____ dans l'établissement de la capacité de travail de 66% dans l'activité habituelle. En effet, le médecin du SMR a expliqué de manière détaillée les conséquences de la fluctuation de l'humeur du recourant et les alternances de périodes dépressives éprouvées par le recourant ainsi que leur impact sur sa capacité de travail de manière à convaincre la chambre de céans. Par conséquent, ce grief tombe à faux.

En second lieu, le recourant a produit dans le cadre de son opposition un rapport du 14 mai 2024 du Dr F_____, par lequel ce dernier a retenu un trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission (F33.4). Le psychiatre traitant a retranscrit l'estimation de la capacité de travail faite par le recourant, soit une capacité de travail n'allant pas au-delà de 25%. Il a expliqué que ce chiffre pouvait en réalité fortement osciller entre des valeurs nettement plus élevées en début de mission et brusquement chuter. Il indiquait que « cette baisse de rendement » était lié à ses fluctuations de l'humeur et à son attitude générale face à l'autorité.

Dans son avis du 30 mai 2024, le SMR s'est déterminé sur ce rapport et a constaté qu'il était difficilement compréhensible de retenir un trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission (F33.4) incapacitant. Le Dr I_____ avait par ailleurs retenu le même diagnostic mais sans répercussion sur la capacité de travail. Le SMR a estimé qu'il s'agissait d'une évaluation différente d'une même situation clinique et que les conclusions du rapport du 1^{er} février 2024 restaient valables.

La chambre de céans constate, à l'instar du SMR, que le rapport du 14 mai 2024 n'apporte pas d'élément pouvant remettre en cause les conclusions du Dr I_____. Singulièrement, le psychiatre traitant n'explique pas en quoi le trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission (F33.4) avait des répercussions sur la capacité de travail du recourant. Le Dr F_____ attribue une baisse de rendement en raison de la fluctuation de l'humeur du recourant. Or, comme il a déjà été mentionné, cette fluctuation a déjà été prise en considération par le Dr I_____ dans l'établissement de la capacité de travail, expliquant les limitations retenues de manière cyclique. De plus, la capacité de travail de 25% retenue par le Dr F_____ n'est pas discutée et reflète simplement les dires du recourant. Par conséquent, l'analyse du Dr F_____, au demeurant très succincte, ne permet pas de remettre en cause les conclusions du Dr I_____.

Enfin, il est rappelé que les autres rapports au dossier contiennent des diagnostics divergents qui ont été écartés de manière convaincante par le Dr I_____. Il y a lieu d'ajouter que ces rapports ne comportent pas non plus d'argumentation permettant de remettre en cause la capacité de travail de 66% telle que retenue par le médecin du SMR.

En effet, dans son rapport du 6 juillet 2021, le Dr F_____ n'a pas pu déterminer la capacité de travail du recourant dans son activité habituelle, indiquant seulement que celle-ci était fluctuante. Il a retenu une capacité de travail dans une activité adaptée à 25%, en précisant qu'il s'agissait de l'estimation du recourant, sans faire part de sa propre analyse. Il en allait de même de la capacité de travail retenue dans son rapport du 11 août 2023, dans lequel il a indiqué une capacité de travail dans toute activité qui n'était pas supérieure à 30% selon l'estimation du recourant.

Quant au rapport du 17 mars 2023 du Dr B_____, généraliste traitant, qui attestait d'une incapacité de travail totale, aucune explication ne figure au rapport, hormis le fait qu'il considérait que les limitations fonctionnelles étaient « importantes », sans préciser quelles étaient ces restrictions.

Partant, force est de constater que les arguments du recourant ainsi que les avis divergents présents au dossier ne permettent pas de remettre en cause les conclusions du rapport du SMR 1^{er} février 2024.

4.1.4 Au vu de ce qui précède, il convient de reconnaître pleine valeur probante au rapport du 1^{er} février 2024 du Dr I_____. La chambre de céans considère donc pour établi que la capacité de travail du recourant était de 66% dans l'activité

habituelle de journaliste depuis le 1^{er} septembre 2016 et de 80% dans une activité adaptée depuis le 1^{er} septembre 2016 également.

4.2 Dans ces circonstances, la chambre de céans ne saurait retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, que le recourant présentait une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (condition de l'art. 28 al. 1 let. b LAI).

En effet, au vu des éléments susmentionnés, la capacité du recourant était de 66% dans l'activité habituelle dès le 1^{er} septembre 2016 et aucun élément médical présent au dossier ne permet de retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, que le recourant a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% à partir de cette date.

La condition de l'art. 28 al. 1 let. b LAI, qui est une condition matérielle du droit à la rente, n'est donc pas remplie.

Il y a lieu de relever que dans ses écritures, le recourant conteste essentiellement le degré d'invalidité retenu par l'intimé, estimant qu'il devrait s'élever *a minima* à 48% dès 2017 et à 57% dès 2024, ce qui remplirait la condition de l'art. 28 al. 1 let. c LAI.

Or, il est rappelé que les conditions de l'art. 28 al. 1 LAI sont cumulatives, de sorte que le défaut de réalisation de la condition de l'art. 28 al. 1 let. b LAI suffit à sceller le sort du litige.

La chambre de céans constate, par surabondance, que le droit à la rente devrait également être refusé au motif que le recourant ne présentait pas une invalidité de 40% au moins au terme de l'année de carence (condition de l'art. 28 al. 1 let. c LAI).

En effet, le calcul du degré d'invalidité entrepris par l'intimé dans sa décision litigieuse n'apparaît pas critiquable, de sorte qu'il n'y a aucune raison de s'en écarter. S'agissant du salaire avec invalidité, il ressort des précédentes considérations que le recourant dispose d'une capacité de travail de 80% dans une activité adaptée dès le 1^{er} septembre 2016. Dès lors qu'il existe d'autres activités mieux adaptées aux limitations fonctionnelles du recourant, c'est à juste titre que l'intimé a tenu compte du taux de 80% dans une activité adaptée (*cf.* arrêt du Tribunal fédéral 9C_562/2022 du 12 septembre 2023 consid. 6). De plus, un abattement de 10% a été admis. Quant à la détermination du revenu sans invalidité, l'on ne saurait reprocher à l'intimé de s'être fondé sur un salaire statistique de niveau 1 dans tous les domaines confondus, puisque le recourant émargeait auprès de l'Hospice général depuis 2008, soit huit ans avant le début de son atteinte à la santé. On peut ainsi considérer qu'il s'était accommodé de cette situation de sorte qu'il ne saurait se prévaloir d'un revenu fondé sur un secteur d'activité de niveau 3, correspondant à celui de journaliste, lorsqu'il s'agit d'évaluer son degré d'invalidité. Dans un tel cas, on pourrait se demander s'il ne conviendrait pas d'établir le revenu sans invalidité sur la base d'une moyenne des

derniers salaires effectivement perçus dans le cadre de son activité de journaliste indépendant, ce qui aurait été en sa défaveur.

4.3 En conséquence, il convient de rejeter le recours du 11 juillet 2024 et de confirmer la décision litigieuse du 11 juin 2024 de refus de rente d'invalidité.

5. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté.

Le recourant, qui succombe, n'a pas de droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA *a contrario*).

Il convient de renoncer à la perception d'un émolument, le recourant étant au bénéfice de l'assistance juridique (art. 69 al. 1^{bis} LAI et 13 al. 1 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Renonce à percevoir un émolument.
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