



POUVOIR JUDICIAIRE

A/2502/2019

ATAS/334/2020

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 7 mai 2020

3^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à GENÈVE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Elodie SKOULIKAS

recourant

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE
GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE

intimé

**Siégeant : Karine STECK, Présidente ; Michael BIOT et Claudiane CORTHAY, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né en septembre 1960, de nationalité algérienne, a exercé la profession de bagagiste.
2. Le 11 mai 2011, il a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI), en invoquant une hernie discale et une arthrose au niveau de la colonne vertébrale.
3. Par décision du 9 août 2013, l'OAI lui a nié le droit à toute prestation, le degré d'invalidité étant insuffisant (8%).

Cette décision reposait notamment sur un rapport d'expertise rédigé le 6 novembre 2012 par le docteur B_____, spécialiste FMH en rhumatologie. L'expert avait diagnostiqué des lombosciatalgies gauches chroniques depuis septembre 2010 et une tendinobursite trochantérienne gauche depuis janvier 2011, dont il avait estimé qu'elles entraînaient les limitations suivantes : éviter le port régulier de charges de plus de 5 à 10 kg, la position debout et la marche plus d'une heure, les positions en porte-à-faux ou accroupie et la montée d'échelles ou échafaudages. L'expert avait conclu que si l'activité habituelle n'était plus exigible que 4 h./jour au maximum, d'autres restaient envisageables à plein temps, à condition de respecter les limitations énoncées, avec une diminution de rendement de 20%.

4. Par arrêt du 25 septembre 2014 (ATAS/1069/2014), la Cour de céans a rejeté le recours interjeté par l'assuré contre cette décision. Après avoir reconnu pleine valeur probante au rapport d'expertise du Dr B_____, elle a arrêté le degré d'invalidité à 33%, taux inférieur au seuil de 40% ouvrant droit à une rente.
5. Le 21 mai 2015, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations, en faisant valoir une dépression sévère avec perte d'élan vital, une lésion de grade III du ménisque interne (accompagnée d'un kyste méniscal), des lombosciatalgies chroniques et une tendinobursite.

Il a joint deux rapports d'imagerie par résonance magnétique (IRM) du dos et du genou, datés respectivement des 3 février 2011 et 28 février 2014, ainsi qu'un rapport établi le 20 novembre 2014 par la doctoresse C_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, attestant que l'assuré, qui la consultait depuis le 20 juin 2014, souffrait d'un état dépressif sévère ayant probablement évolué progressivement depuis fin 2010-début 2011, suite à l'apparition des lombalgies aiguës et à la perte de son travail. Son état dépressif s'était aggravé suite aux décès, survenus en Algérie, d'une sœur, en juin 2013, et d'un frère, en avril 2014. L'assuré était également très inquiet pour sa mère, âgée de 70 ans. Il présentait tous les symptômes d'une dépression sévère avec perte d'élan vital, angoisses et désespoir, pessimisme noir au sujet de son avenir, perte totale d'estime de soi, perte d'intérêt et du plaisir, sommeil perturbé, perte d'appétit, indifférence à autrui, perte d'énergie, repli social, et fatigabilité accrue. Il était accablé par le chagrin. C'était un homme profondément blessé dans son narcissisme, par suite d'ambitions déçues : universitaire qui n'avait pas pu se réaliser dans une profession à la hauteur de ses

compétences, il avait exercé toutes sortes de métiers à la satisfaction de ses employeurs, pour finir à l'assistance avec des difficultés à joindre les deux bouts. Son état de santé ne permettait pas la reprise d'une activité professionnelle.

6. Le 30 septembre 2015, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) a émis l'avis que, sur le plan rhumatologique, les limitations fonctionnelles retenues en février 2013 étaient respectées concernant l'atteinte du genou droit. Sur le plan psychiatrique, les constatations de la Dresse C_____ se basaient sur les plaintes subjectives de l'assuré. La baisse de la thymie était liée aux douleurs lombaires, à la perte d'emploi et aux décès récents dans la famille. Le rapport de la Dresse C_____ n'apportait aucun élément objectif. L'aggravation n'était pas rendue plausible.
7. Le 12 octobre 2015, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision dont il ressortait qu'il se proposait de refuser d'entrer en matière sur la nouvelle demande, faute, pour l'assuré, d'avoir rendu vraisemblable une modification des faits essentiels depuis le 9 août 2013.
8. Le 16 novembre 2015, l'assuré a contesté ce projet de décision et produit un rapport de la Dresse C_____ du 13 novembre 2015, retenant les diagnostics de lombosciatalgies invalidantes et de dépression sévère. Après avoir décrit la symptomatologie de l'assuré (lombosciatalgies, perte d'appétit et d'élan vital, angoisses sévères, colère, sentiment d'incurabilité et de vieillesse prématurée, réveils nocturnes, pensées de mort) et signalé diverses péjorations de l'état de santé, ainsi qu'une progression du score de Beck, la psychiatre concluait à une totale incapacité de travail.
9. Le 3 décembre 2015, le SMR a considéré que, compte tenu du rapport précité, la modification de l'état de santé de l'assuré avait été rendue plausible, sous la forme d'un épisode dépressif sévère.
10. Dans un rapport du 13 mars 2016, la Dresse C_____ a retenu les diagnostics de lombosciatalgies invalidantes et de dépression sévère sans symptômes psychotiques depuis fin 2010-début 2011. Le pronostic était réservé. L'incapacité de travail était totale dans toute activité. La capacité de concentration et d'adaptation, ainsi que la résistance, étaient limitées.
11. Le 3 août 2016, la Dresse C_____ a répondu à plusieurs questions complémentaires de l'OAI.

Après avoir décrit le status psychiatrique, elle a mentionné que le traitement médicamenteux (Venlafaxine) introduit fin 2014 avait été remplacé en raison de maux de tête et de palpitations cardiaques par le Duloxetine, associé à du Redormin au coucher. Ce traitement apportait un certain réconfort à l'assuré, qui la consultait à raison d'une fois par mois, conjointement avec le généraliste, le docteur D_____, qu'il voyait également une fois par mois. L'assuré avait perdu tout élan vital et toute motivation, et était envahi par le chagrin, ainsi que par ses angoisses.

-
12. Le 1^{er} mars 2017, le SMR a estimé que la Dresse C_____, qui rapportait les dires de l'assuré, ne faisait pas état de constatations objectives. Une expertise psychiatrique était nécessaire.
 13. Par courrier du 6 juin 2017, l'OAI a informé l'assuré qu'il entendait mettre sur pied une expertise psychiatrique confiée au docteur E_____. Il transmettait la liste des questions envisagées, assortie d'un délai pour faire valoir d'éventuels motifs de récusation.
 14. Par l'intermédiaire de son avocate, l'assuré s'est opposé à la désignation du Dr E_____ par pli du 21 juin 2017.
 15. Par décision incidente du 19 juin 2018, l'OAI, estimant que l'assuré n'avait pas fait valoir de motif de récusation valable, a maintenu la nomination du Dr E_____ en tant qu'expert-psychiatre.
 16. Saisie d'un recours de l'assuré contre cette décision, la Cour de céans l'a admis par arrêt du 6 décembre 2018 (ATAS/1175/2018). Elle a renvoyé la cause à l'OAI pour qu'un consensus soit recherché sur le choix de l'expert et pour qu'il examine l'opportunité d'ajouter à l'expertise psychiatrique un volet cardiologique, voire angiologique, vu les différents rapports transmis par l'assuré en parallèle de son recours, qui faisaient état d'une insuffisance artérielle des membres inférieurs.
 17. Le 20 février 2019, le SMR a suggéré de demander au Dr D_____ les résultats du bilan angiologique effectué, afin de se déterminer quant à la nécessité d'une expertise cardiologique.
 18. Dans un rapport du 20 mars 2019, le Dr D_____ a retenu les diagnostics de lombosciatalgies invalidantes depuis fin 2010 et de dépression sévère depuis début 2011. Il a également mentionné, en précisant qu'ils étaient sans incidence sur la capacité de travail, un tabagisme chronique, arrêté le 6 janvier 2017, un trouble du rythme et une anémie ferriprive jugulée. Il a décrit son patient comme très algique, souffrant d'un trouble du sommeil, irritable, au désespoir et sans aucune motivation. Sa capacité de travail était nulle dans toute activité.
 19. Le 28 mars 2019, l'OAI a mandaté, parmi les médecins proposés par l'assuré, le docteur F_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.
 20. Le 1^{er} avril 2019, le Dr D_____ a informé l'OAI qu'aucun bilan angiologique n'avait été effectué.
 21. Le 11 avril 2019, l'assuré a demandé à l'OAI que l'expert se détermine sur les rapports de la Dresse C_____ et analyse l'interaction des troubles psychiques avec les troubles physiques.
 22. Le Dr F_____ a examiné l'assuré le 6 mai 2019 (pendant 1 h. 45) et rendu son rapport le 15 mai suivant.

L'expert a retenu le diagnostic de dysthymie, trouble dépressif décrit par la CIM-10 comme chronique (plus de deux ans de durée), essentiellement subjectif, de gravité modérée n'atteignant pas celle d'un épisode dépressif.

Il a relevé que les signes objectifs du syndrome somatique de la dépression au sens de la CIM-10 étaient absents (ralentissement moteur, vocal ou idéique ; dégradation de l'état général ; amaigrissement significatif ; auto-négligence ; caractère irrationnel de la culpabilité ; troubles cognitifs objectivables). L'examen avait mis en évidence un syndrome dépressif chronique (apparu cinq ans auparavant, sans rémission depuis lors) et subjectif avec les symptômes suivants : baisse de l'humeur, de la motivation, de l'énergie, de la libido, du sommeil et de la concentration. En 2014-2015 (recte : 2013-2014) en relation avec les deuils de la sœur et du frère, il était possible que la dépression ait atteint le degré d'un véritable épisode dépressif.

Il existait en outre quelques manifestations anxieuses subjectives (ruminations soucieuses, quelques symptômes physiques, ébauche de ritualisation sous la forme de vérifications), qui n'étaient toutefois pas suffisamment sévères et structurées pour justifier un diagnostic de trouble anxieux spécifique.

L'expert a écarté le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant, en l'absence de conflit émotionnel grave ou de problèmes psycho-sociaux sévères comme étant à l'origine des douleurs somatiques (bas du dos et membres inférieurs).

Il a conclu que les limitations fonctionnelles pouvaient être considérées comme discrètes et subjectives (manque d'énergie et de motivation), sans répercussion sur la capacité de travail, jugée totale dans toute activité, tout en précisant que son évaluation ne portait que sur l'aspect psychique, et en réservant la possibilité d'une interaction entre les atteintes somatiques (appareils locomoteur et cardiovasculaire) et psychiques, dont il a souligné qu'elle relevait d'une appréciation multidisciplinaire.

23. Le 21 mai 2019, le SRM a retenu que le diagnostic de dysthymie n'influçait pas la capacité de travail, sur le plan strictement psychiatrique. Il a ajouté que, dans son rapport du 20 mars 2019, le Dr D_____ avait mentionné que le tabagisme chronique, le trouble du rythme cardiaque et l'antécédent d'anémie n'étaient pas incapacitants. Ce médecin ne signalait que la symptomatologie lombaire douloureuse et les problèmes psychiques (trouble du sommeil et de la concentration), sans indiquer de symptômes cardiaques ou angiologiques. Le SMR a estimé qu'il n'existait pas de nouvelle atteinte à la santé permettant de revenir sur les conclusions de la précédente appréciation.

24. Par décision du 22 mai 2019, l'OAI a rejeté la nouvelle demande de prestations.

Il a expliqué avoir procédé à une « nouvelle analyse exhaustive de la situation » de l'assuré et avoir conclu à ce que celui-ci était capable d'exercer à 50% son activité habituelle avec une baisse de rendement de 50%. Il a considéré qu'en revanche,

dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, l'assuré avait recouvré une capacité de 100% avec une baisse de rendement de 20% depuis le 1^{er} avril 2011 déjà.

25. Par écriture du 28 juin 2019, l'assuré a interjeté recours contre cette décision, en concluant à l'audition préalable de son psychiatre traitant, à la mise sur pied d'une expertise judiciaire bidisciplinaire (psychiatrie et rhumatologie) et, quant au fond, à l'octroi d'une rente entière à compter du 1^{er} novembre 2015.

En substance, le recourant conteste la valeur probante de l'expertise du Dr F_____. Il reproche en particulier à ce dernier de ne pas s'être livré à une analyse de l'influence de ses atteintes somatiques sur son état psychique, d'une part, de ne pas avoir expliqué pour quelles raisons il s'écartait de l'avis de son psychiatre traitant, d'autre part.

Pour le surplus, il rappelle qu'il est proche de l'âge de la retraite, puisqu'il va sur ses 60 ans et en tire la conclusion que l'OAI aurait dû examiner dans quelle mesure il pourrait encore concrètement exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle.

En particulier, il considère que la réduction de 10% à laquelle il a été procédé lors du calcul du degré d'invalidité est insuffisante, dans la mesure où elle ne tient compte que de ses limitations physiques, alors que des limitations fonctionnelles psychiatriques s'y ajoutent, qu'il faudrait tenir compte de son âge avancé et de son absence prolongée du marché du travail. Selon lui, c'est un abattement de 25% au total qui aurait dû être appliqué.

26. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 30 juillet 2019, a conclu au rejet du recours.

L'intimé allègue que l'expert a eu connaissance des rapports médicaux établis par le psychiatre traitant et qu'il a même eu un contact téléphonique avec le médecin traitant pour actualiser les renseignements médicaux. Dans la mesure où il a expliqué pour quels motifs il s'écartait des conclusions du médecin traitant, il ne peut lui être reproché de ne pas tenir compte des observations de ce dernier. Le fait que celui-ci ait une appréciation divergente de la gravité de l'atteinte n'est pas déterminant selon la jurisprudence et ne saurait suffire à faire douter de la valeur probante du rapport d'expertise.

L'intimé ajoute qu'agé de 58 ans, le recourant ne peut être considéré comme étant proche de l'âge de la retraite. Quoi qu'il en soit, la question ne se pose pas, puisqu'aucune comparaison des gains ne se justifie en l'espèce en l'absence d'atteinte psychique invalidante.

Enfin, sur le plan somatique, il n'a pas été démontré de détérioration notable de l'état de santé de l'assuré postérieurement à l'arrêt de la Cour du 25 septembre 2014.

27. Par écriture du 9 septembre 2019, le recourant a persisté dans ses conclusions.

28. Une audience d'enquêtes s'est tenue en date du 10 octobre 2019 au cours de laquelle a été entendue la Dresse C_____.

Cette dernière a déclaré avoir eu connaissance du rapport d'expertise, dans lequel l'expert posait le diagnostic de dysthymie alors que, pour sa part, elle retenait celui de trouble dépressif sévère.

Elle a souligné qu'il n'y a pas forcément de corrélation entre le diagnostic retenu et la capacité de travail. L'expert n'a vu l'assuré que durant un temps limité, alors qu'elle le suit depuis juin 2014. Le recourant est quelqu'un qui tient à sa dignité et qui a dès lors pu se montrer d'une manière non représentative de sa symptomatologie.

Elle a noté que l'expert expliquait le diagnostic de dysthymie comme correspondant à une chronicisation de l'état dépressif. Selon la Dresse C_____, on pouvait également parler d'un état dépressif modéré à sévère en décours.

Elle a relevé que l'expert s'était livré à un travail minutieux de compilation du dossier. D'après ses souvenirs, il avait indiqué être d'accord avec les symptômes tels qu'elle les avait décrits.

Elle a souligné que l'assuré était en arrêt de travail depuis 2011 et qu'elle a pu constater dans sa pratique que, plus le temps d'éloignement du marché du travail augmente, plus les patients perdent en confiance en eux et en estime d'eux-mêmes.

Elle a indiqué qu'il lui était difficile de s'exprimer sur les répercussions objectives de l'état dépressif de l'assuré. Elle a rappelé qu'à l'origine, c'était un problème somatique qui s'était manifesté. Il s'agissait d'un tout et il lui était difficile de délimiter limitations physiques et psychiques. Le problème, c'était l'existence conjointe des problèmes somatiques et psychiques. Les douleurs persistaient, raison pour laquelle elle pensait qu'il s'agissait d'un tout.

Elle a affirmé s'être rendue elle-même chez l'assuré pour se faire une idée de la situation. Elle avait déjà évoqué un certain nombre d'éléments dans ses différents rapports. Elle a répété qu'il y avait effectivement un repli social : l'assuré menait une vie très pauvre, sortait peu de chez lui, pour faire des courses ou maintenir un contact avec son fils adolescent qui vivait chez sa mère. Elle avait également attesté d'une perte de poids importante d'une dizaine de kilos. L'assuré était à fleur de peau, il lui était difficile de supporter la proximité des autres lorsqu'il prenait les transports publics. Elle l'imaginait donc mal dans un contexte professionnel.

Elle a confirmé que les deuils (son frère et sa sœur) auxquels l'assuré avait dû faire face en moins d'un an en 2014 et 2015 (recte : 2013 et 2014) avaient eu un impact sur son état d'autant qu'il n'avait pas les moyens financiers pour voyager et les vivre en famille. Cela avait également occasionné des inquiétudes quant à son propre état. C'était à cette époque qu'il avait passé un bilan cardiaque. Il avait opté pour une façon de vivre plus saine et cessé cigarettes et café. En tant qu'ancien fumeur, il souffrait néanmoins d'une insuffisance artérielle des membres inférieurs

occasionnant parfois une claudication et pouvant être à l'origine partiellement des douleurs. Il se préoccupait en outre de la santé de sa mère désormais âgée de 75 ans.

Elle n'avait pas objectivé de troubles cognitifs par le moyen d'un bilan et de tests, mais avait pu constater chez l'assuré une fatigabilité importante, raison pour laquelle d'ailleurs, leurs entretiens étaient courts et limités à 20 ou 30 minutes. Au-delà, une certaine labilité émotionnelle se manifestait sous forme d'impatience, d'irritabilité voire même de colère. L'absence de vision d'avenir conduisait à une certaine rigidité psychique qui rendait difficile tout travail sur soi. Elle n'avait pas retrouvé ces éléments dans l'expertise, mais pensait que « le patient avait été capable de prendre sur lui durant ce laps de temps limité ».

Elle a confirmé ses conclusions d'incapacité totale de travail, quelle que soit l'activité envisagée. Le médecin traitant avec lequel elle discutait régulièrement et qui avait contact avec les différents spécialistes partageait cette opinion. Elle avait eu un bref contact téléphonique avec le Dr F_____ qui souhaitait simplement savoir si son évaluation avait changé. Ils n'avaient pas discuté du cas plus avant.

29. Le 7 novembre 2019, l'intimé a produit un avis du SMR émis le même jour, selon lequel l'audition de la Dresse C_____ n'avait pas amené de nouveaux éléments médicaux ignorés auparavant. L'évaluation de la capacité de travail s'effectuait au regard des limitations fonctionnelles objectives. Un expert était apte à se prononcer sur un diagnostic et sur la capacité de travail même s'il voyait l'assuré sur un temps limité au temps de l'expertise. Le médecin traitant présentait quant à lui une relation médecin/patient dont l'objectivité pouvait être modifiée dans le sens du patient. Le Dr F_____ avait posé le diagnostic de dysthymie en se basant sur la définition de la CIM-10. Il avait relevé les éléments objectifs de l'anamnèse et de l'examen clinique. Il avait mis en évidence que les plaintes de l'assuré étaient subjectives et ne correspondaient pas aux éléments objectifs retenus pour établir le diagnostic psychiatrique. Un psychiatre devait se limiter aux limitations fonctionnelles psychiatriques, et en aucun cas, se prononcer sur les problèmes somatiques qui devaient être séparés des atteints psychiatriques. Le quotidien de l'assuré décrit par la Dresse C_____ correspondait à celui décrit par l'expert. Celle-ci constatait une fatigabilité après 30-40 minutes d'entretien. L'expert avait pu effectuer un entretien de 1h45 sans observer de fatigabilité ni de changements objectifs. Le SMR concluait que l'audition du psychiatre traitant ne modifiait pas son appréciation du cas.

L'intimé en a tiré la conclusion qu'une expertise complémentaire n'était pas nécessaire.

EN DROIT

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.

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

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 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 (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).
4. Le litige porte, dans le cadre d'une nouvelle demande de prestations, sur le point de savoir si le recourant peut prétendre une rente d'invalidité.
5. Quand l'administration entre en matière sur une nouvelle demande (art. 87 al. 3 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI - RS 831.201]), elle doit examiner la cause sur le fond et déterminer si la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré a effectivement eu lieu. En cas de recours, cet examen matériel incombe au juge (ATF 117 V 198 consid. 3a).

Selon la jurisprudence, l'administration doit procéder de la même manière que dans les cas de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (ATF 133 V 545 consid. 6), c'est-à-dire comparer les circonstances existant lorsque la nouvelle décision est prise avec celles qui existaient lorsque la dernière décision reposant sur un examen matériel du droit à la rente est entrée en force (ATF 133 V 108 consid. 5), pour apprécier si dans l'intervalle est intervenue une modification sensible du degré d'invalidité justifiant désormais l'octroi d'une rente. C'est en effet la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus

conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4 ; 130 V 343 consid. 3.5.2).

Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain (ou sur l'accomplissement des travaux habituels) ont subi un changement important (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 526/01 du 6 mai 2002 consid. 1a).

6. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008).
7. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI).

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).

8. a. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve

de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c; ATF 102 V 165 consid. 3.1; VSI 2001 p. 223 consid. 2b; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 et 141 V 281 consid. 2.2 et 3.2; arrêt du Tribunal fédéral 8C_841/2016 du 30 novembre 2017 consid. 4.5.2).

Dans sa jurisprudence récente (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7), le Tribunal fédéral a modifié sa pratique lors de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques. La jurisprudence développée pour les troubles somatoformes douloureux, selon laquelle il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (ATF 141 V 281), s'applique dorénavant à toutes les maladies psychiques, y compris aux troubles dépressifs de degré léger ou moyen (ATF 143 V 409 consid. 4.5.1). En effet, celles-ci ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée.

b. La capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant de mettre en regard les facteurs extérieurs incapacitants d'une part et les ressources de compensation de la personne d'autre part (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). Il n'y a plus lieu de se fonder sur les critères de l'ATF 130 V 352, mais sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4). Dans ce cadre, il convient d'évaluer globalement, sur une base individuelle, les capacités fonctionnelles effectives de la personne concernée en tenant compte, d'une part, des facteurs contraignants extérieurs limitant les capacités fonctionnelles et, d'autre part, les potentiels de compensation (ressources). Les indicateurs pertinents sont notamment l'expression des constatations et des symptômes, le recours aux thérapies, leur déroulement et leurs effets, les efforts de réadaptation professionnelle, les comorbidités, le développement et la structure de la personnalité, le contexte social de la personne concernée ainsi que la survenance des restrictions alléguées dans les différents domaines de la vie (travail et loisirs ; cf. ATAS/676/2019 du 26 juillet 2019 consid. 10a ; ATAS/856/2019 du 12 septembre 2019 consid. 6).

9. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1). La tâche du médecin consiste à

porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; ATF 115 V 133 consid. 2; ATF 114 V 310 consid. 3c; arrêt du Tribunal fédéral 8C_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2).

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

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

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

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

fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

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

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV 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 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

10. En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état

psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine).

11. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). 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 126 V 319 consid. 5a).
12. a. En l'espèce, il y a lieu d'examiner si l'état de santé du recourant s'est péjoré depuis le rejet de la première demande de prestations par décision du 9 août 2013, confirmée sur recours par la Cour de céans le 25 septembre 2014.

À l'époque, le recourant, qui souffrait de lombosciatalgies gauches chroniques depuis septembre 2010 et d'une tendinobursite trochantérienne gauche depuis janvier 2011, ne présentait pas d'atteinte invalidante au sens de l'assurance-invalidité.

Dans la décision litigieuse, l'intimé, se référant à l'avis du SMR du 21 mai 2019, lui-même basé sur le rapport d'expertise psychiatrique du 15 mai 2019 – qui retient le diagnostic de dysthymie depuis 2014 sans répercussion sur la capacité de travail –, parvient à la conclusion que la nouvelle atteinte à la santé n'est pas invalidante non plus.

- b. Le recourant conteste la valeur probante dudit rapport.

La Cour de céans constate toutefois que, sur la forme, ce rapport est fondé sur un examen du recourant, un entretien avec la psychiatre traitante, une analyse du dossier, et comprend une anamnèse, une description de la vie quotidienne du recourant, ainsi que les plaintes de celui-ci. On rappellera que la durée de l'entretien entre l'expert et l'assuré n'est pas un critère reconnu par la jurisprudence pour avoir une influence déterminante sur la qualité et la valeur probante d'un rapport d'expertise (arrêt du Tribunal fédéral I 719/06 du 4 juillet 2007 consid. 2.2).

Sur le fond, l'expert a retenu, en fonction des éléments cliniques qu'il a mis en évidence, une dysthymie mais en a nié le caractère incapacitant. L'expert a de plus expliqué les motifs pour lesquels il excluait le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant et de trouble anxieux spécifique.

Quand bien même l'expert n'a pas effectué, ainsi que le lui reproche le recourant, les tests de Hamilton et de Beck, il n'en demeure pas moins que ses conclusions, bien motivées et convaincantes, résultent d'une analyse complète de la situation médicale, puisqu'elles reposent tant sur les déclarations du recourant que sur les observations objectives.

Aussi le rapport du 15 mai 2019 remplit-il toutes les exigences auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document. Par conséquent, il convient de lui accorder une pleine valeur probante.

Contrairement à ce que prétend le recourant, l'expert a pris en compte les rapports du psychiatre traitant (cf. rapport d'expertise du 15 mai 2019, p. 13-15 et 44). Il s'est même entretenu le 13 mai 2019 avec celle-ci (p. 42). Le fait que la Dresse C_____ pose un diagnostic différent (trouble dépressif sévère) de celui que retient le Dr F_____ ne suffit pas pour remettre en cause l'appréciation circonstanciée de celui-ci, fondée sur un examen approfondi du recourant. Partant, on ne peut écarter l'expertise du Dr F_____ du seul fait que la Dresse C_____ évalue la capacité de travail du recourant à 0%.

On relèvera que le diagnostic d'un épisode dépressif sévère est justifié lorsque trois symptômes « typiques » de la dépression (i.e. humeur dépressive; perte d'intérêt ou de plaisir; fatigue ou perte d'énergie); et quatre, voire cinq « autres symptômes » (i.e. diminution de la concentration/attention; diminution de l'estime de soi/confiance en soi; idées de culpabilité/dévalorisation; attitude morose/pessimiste face à l'avenir; idées/actes auto-agressif ou suicidaires; perturbation du sommeil; diminution de l'appétit) sont présents (cf. Lia OBERLÉ/ Barbara BROERS, La dépression, 2017, p. 3 ; https://www.hugge.ch/sites/interhug/files/structures/medecine_de_premier_recours/Strategies/strategie_depression.pdf).

Or, en l'espèce, selon les dires mêmes du recourant, ce dernier ne se sent pas coupable (auto-reproches irrationnels), car même s'il a le sentiment que sa vie est un échec, il pense avoir « fait tout ce qu'il fallait pour réussir ». Il ne présente pas une diminution de l'estime de soi, puisqu'il considère qu'il n'a rien à se reprocher et qu'il peut avoir une bonne estime de soi. Bien que le recourant espère ne pas vivre longtemps, il n'a toutefois pas des idées suicidaires, affirmant que de telles idées sont interdites par sa religion. Le recourant impute la diminution de l'appétit à la prise d'un médicament pour le cœur. Même s'il a perdu plusieurs kilos au début des troubles psychiques en 2014, il tend à les reprendre (cf. rapport d'expertise du 15 mai 2019, p. 35-36), et lors de l'expertise, il pesait 66,6 kg pour une taille de 166,5 cm, correspondant à un IMC (Indice de masse corporelle) de 24, ce qui se situait dans les limites normales (p. 40).

Dans les constatations objectives, l'expert n'a relevé de diminution ni de l'attention, ni de la concentration (p. 40). Les tests psychologiques complémentaires réalisés n'ont pas mis en exergue une altération des fonctions cognitives (p. 42). L'expert n'a

pas non plus constaté une humeur dépressive, des pleurs, ou une fatigue (p. 40). La motricité (démarche, vivacité, mouvements spontanés, mobilité visage) ainsi que la voix (volume, intonation) étaient par ailleurs dans les normes (p. 40).

L'expert en a conclu que les signes objectifs du syndrome de la dépression au sens de la CIM-10 étaient absents (p. 43) et que les symptômes dont le recourant se plaignait (baisse de l'humeur, de la motivation, de l'énergie, de la libido, du sommeil et de la concentration) correspondaient à un syndrome dépressif subjectif, soit une dysthymie, qui n'atteignait cependant pas la gravité d'un épisode dépressif au sens de la CIM-10.

Il s'avère donc qu'en l'absence des trois symptômes « typiques » de la dépression ainsi que des quatre « autres symptômes » au moins, c'est à juste titre que l'expert n'a pas retenu un épisode dépressif sévère. Au demeurant, la psychiatre traitante a affirmé lors de l'audience d'enquêtes qu'elle n'avait pas effectué de tests spécifiques, à l'inverse de l'expert, pour déterminer si son patient souffrirait de troubles cognitifs. Elle a uniquement pu observer une fatigabilité importante lors des consultations. Dans ses rapports, elle n'a pas fait état d'une diminution de la concentration et/ou de l'attention. Au vu des déclarations du recourant rapportées ci-dessus, celui-ci n'a pas présenté non plus une diminution de l'estime de soi/confiance en soi, ni des idées de culpabilité/dévalorisation, ni des idées/actes auto-agressifs ou suicidaires. Ainsi, la présence seulement de trois « autres symptômes » de la dépression (attitude morose/pessimiste face à l'avenir, perturbation du sommeil, diminution de l'appétit) – que mentionne la Dresse C_____ dans son rapport du 20 novembre 2014 – laisse à supposer que le recourant ne souffrait pas non plus d'un état dépressif sévère à l'époque.

Par ailleurs, les rapports de la Dresse C_____ montrent que certains facteurs psychosociaux et socioculturels ont joué un rôle dans l'apparition et le maintien de la maladie. En effet, elle a mis en évidence que le recourant était profondément blessé dans son narcissisme par suite d'ambitions déçues : il avait fréquenté l'Université mais n'avait pas pu se réaliser dans une profession à la hauteur de ses compétences ; il avait exercé diverses activités à la satisfaction de ses employeurs mais était dorénavant aidé par le service social. Il était également très inquiet pour sa mère âgée. Or, lorsque les symptômes psychiques trouvent leur explication dans les facteurs psychosociaux, ils ne sont pas susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de la LAI.

c. Cela étant constaté, il y a lieu de déterminer si l'application de la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral (ATF 143 V 409, ATF 143 V 418, ATF 141 V 281) au cas d'espèce permet effectivement de nier le caractère invalidant du diagnostic de dysthymie.

S'agissant du « succès du traitement et de la réadaptation », l'examen sanguin effectué lors de l'expertise a révélé que le taux sanguin mesuré était à la limite inférieure admise pour un traitement efficace de la dépression (cf. rapport du

15 mai 2019, p. 42 et 44), ce qui permet de douter de la prise correcte des médicaments. L'expert a recommandé la poursuite du traitement antidépresseur, qui est adéquat, à condition que le taux sanguin soit suffisant. Il a toutefois invité les médecins traitants à se concerter pour la prescription médicamenteuse, car plusieurs médicaments que prend le recourant, notamment pour le cœur (le Concor), entraînent un effet indésirable possible comme la fatigue, soit un symptôme dont celui-ci se plaint. Force est de constater que la dysthymie peut encore être traitée médicalement.

S'agissant de la « comorbidité », si le recourant présente également des troubles somatiques concomitants (lombosciatalgies, lésion du ménisque interne, trouble du rythme cardiaque), encore faut-il examiner si l'interaction de ces troubles ayant valeur de maladie prive l'assuré de certaines ressources (arrêt du Tribunal fédéral 9C_756/2018 du 17 avril 2019 consid. 5.2.3). Tel n'est toutefois pas le cas en l'occurrence. Les lombosciatalgies ne sont en effet pas invalidantes (cf. ATAS/1069/2014, entré en force). L'IRM du dos du 3 février 2011 – que le recourant a jointe à sa nouvelle demande de prestations – avait déjà été prise en compte par le Dr B_____ (cf. son rapport d'expertise, p. 12). Or, depuis lors, aucun médecin traitant n'a fait état d'éléments objectivement vérifiables, de nature clinique ou diagnostique, qui seraient différents de ceux déjà relevés par le Dr B_____. Quant à la lésion du ménisque interne et au trouble du rythme cardiaque, aucun médecin traitant n'a indiqué que ces atteintes étaient incapacitantes. Les troubles somatiques n'empêchent donc pas la pratique d'une activité adaptée.

On relèvera au passage que, contrairement à ce que semble croire le recourant, l'expert, en sa qualité de spécialiste en psychiatrie, n'était pas tenu d'analyser l'influence éventuelle des atteintes somatiques sur l'état psychique du recourant. Son expertise ne pouvait donc porter que sur l'aspect psychiatrique, comme il l'a du reste souligné. S'il a certes indiqué que l'interaction éventuelle des atteintes somatiques (appareils locomoteurs et cardiovasculaire) et psychiques relevait d'une discussion multidisciplinaire, en revanche – pour les motifs exposés au paragraphe précédent – les troubles somatiques du recourant ne nécessitaient pas la mise en œuvre d'une expertise bi- ou pluridisciplinaire. C'est donc à juste titre que l'intimé avait limité l'expertise au volet psychiatrique.

S'agissant du complexe de « la personnalité », ni la psychiatre traitante ni l'expert ne retiennent un trouble spécifique de la personnalité au sens d'une classification diagnostique reconnue (cf. rapport d'expertise du 15 mai 2019, p. 42-44).

Pour ce qui est du « contexte social », le recourant a du plaisir à voir son fils (les week-ends et les mercredis ; cf. rapport précité, p. 42) et à se rendre chaque été auprès de sa famille (mère et quatre frères et sœurs) en Algérie avec laquelle il garde des liens téléphoniques (p. 38). Il fréquente régulièrement la mosquée, ce qui lui apporte un réconfort moral (p. 39). Il n'a certes pas un réseau social à Genève, mais cela semble relever d'un choix personnel, car le recourant a affirmé éviter « le

monde » pour ne pas « s'énerver avec les gens » (p. 39). Il reconnaît qu'il est nerveux et impatient, et craint de faire du mal à quelqu'un malgré lui, raison pour laquelle il « reste en retrait » (p. 36). Ce ne sont donc ni la dysthymie ni les troubles somatiques qui entraînent une incidence négative sur les relations interpersonnelles du recourant.

En ce qui concerne la catégorie « cohérence », les atteintes à la santé ne limitent pas le recourant dans l'exécution de ses travaux habituels, puisqu'il est autonome dans les fonctions de la vie quotidienne. En effet, il prépare ses repas (p. 40), fait ses commissions, entretient son logement, et gère les tâches ménagères et administratives (p. 39). Son hygiène personnelle est respectée (p. 40). L'expert a constaté un écart notable entre les limitations perçues par le recourant et celles découlant des constatations cliniques objectives (p. 46). Ces éléments tendent à démontrer que les symptômes et limitations invoqués par le recourant ne sont pas uniformes dans tous les domaines de la vie.

En définitive, ces indicateurs ne permettent pas de conclure à un degré de gravité fonctionnelle suffisant pour justifier d'un point de vue juridique le caractère invalidant de la dysthymie.

d. Dès lors que le recourant dispose d'une capacité de travail entière dans toute activité sur le plan psychiatrique et n'est donc pas invalide, il n'est guère pertinent d'examiner s'il a atteint un âge avancé, ni si un abattement devrait être appliqué.

e. Enfin, quand bien même l'expert a relevé que le recourant a pu souffrir d'un véritable épisode dépressif en 2013 et en 2014 lorsqu'il a appris que sa sœur, respectivement son frère étaient décédés en Algérie, celui-ci n'aurait de toute manière pas le droit à une rente (rétroactive) pour ce motif, puisque la nouvelle demande de prestations a été déposée le 21 mai 2015. Aussi un droit à une éventuelle rente d'invalidité n'aurait-il pu naître qu'en novembre 2015 (art. 29 al. 1 LAI et ch. 2030 de la circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité), soit dix-neuf mois après le décès du frère survenu en avril 2014. On peut de surcroît difficilement admettre que le deuil familial, bien qu'il soit très douloureux, puisse en tant que facteur psychosocial entraîner une atteinte à la santé à caractère invalidant au sens de la LAI (cf. ATAS/898/2017 du 16 octobre 2017 consid. 11.c).

13. Au vu de ce qui précède, la mise sur pied d'une expertise judiciaire bi-disciplinaire (psychiatrie et rhumatologie), sollicitée par le recourant, est, par appréciation anticipée des preuves (ATF 122 II 464 consid. 4a; ATF 122 III 219 consid. 3c), inutile, de sorte que la Chambre de céans n'y donnera pas suite.

Mal fondé, le recours ne peut qu'être rejeté.

Bien que la procédure ne soit pas gratuite en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1^{bis} LAI), il convient de renoncer à la perception d'un émolument, le recourant étant au bénéfice de l'assistance juridique (art. 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. Dit qu'il n'est pas perçu d'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

Marie-Catherine E_____

Karine STECK

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