

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3171/2023

ATAS/607/2024

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 13 août 2024

Chambre 2

En la cause

A_____
représenté par Me Stéphane CECCONI, avocat

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Blaise PAGAN, Président ; Anny FAVRE et Christine TARRIT-DESHUSSES,
Juges assesseurs**

EN FAIT

- A.** **a.** Le 21 août 2002, Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré, l'intéressé ou le recourant), né en 1971, ressortissant français né à Genève et titulaire d'une autorisation d'établissement en Suisse (permis C), au bénéfice d'un diplôme de maturité du Collège de Genève, ayant arrêté une école de pilotage d'avions « à un mois de l'obtention de la licence de pilote professionnel en raison maladie » et ayant exercé de novembre 1998 à mars 2000 l'activité (« principale ») de « chef d'escale » pour une compagnie d'aviation, a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI), en raison d'une « affection oncologique » existant depuis juillet 2001, et avec la précision qu'à la suite d'une demande formulée en 1991, il avait perçu une « rente AI pendant études » de la part de l'office AI du canton de Vaud.
- b.** Après réception notamment de rapports des 3 août 2001 et 30 août 2002 du professeur B_____, médecin chef de service auprès de la division d'oncologie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), diagnostiquant une maladie de Hodgkin réfractaire traitée médicalement, l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI, l'office ou l'intimé) a, par « projet d'acceptation de rente » du 12 novembre 2002, puis par décision du 17 janvier 2003, octroyé à l'intéressé une « rente entière simple d'invalidité » à partir de juillet 2002 en raison d'une incapacité totale d'exercer une quelconque activité professionnelle depuis juillet 2001 (invalidité de longue durée).
- c.** L'assuré ayant fait part d'une amélioration de son état de santé et d'une réinsertion professionnelle dans un questionnaire AI signé le 10 juillet 2006 et le Prof. B_____ ayant fait état le 30 août 2006 d'une rémission complète de la maladie de Hodgkin, l'OAI a, par projet de décision du 11 septembre 2006, puis par décision du 14 novembre 2006, supprimé la rente d'invalidité à partir du 1^{er} jour du 2^{ème} mois qui suivrait la notification de ladite décision.
- B.** **a.** Le 11 décembre 2018, par l'intermédiaire d'un avocat, l'assuré, devenu citoyen suisse depuis plusieurs années, indiquant avoir exercé l'activité lucrative indépendante de pilote d'avion jusqu'au 26 août 2016, a déposé une nouvelle demande de prestations de l'AI, « mesures professionnelles/rente », pour les raisons médicales suivantes : le 26 août 2016, « choc contre la baie vitrée, résultant à une dissection de la carotide interne gauche avec thrombus sous-pétreux de 8 cm ».
- b.** Dans le cadre de l'instruction de cette demande, ont été transmis à l'office, au plan économique, un extrait du compte individuel AVS (ci-après : CI) et des avis de taxation fiscale pour 2016, et, au plan médical, des rapports émanant de l'Hôpital de La Tour, en particulier du docteur C_____, spécialiste FMH en médecine interne générale et médecin généraliste traitant, ainsi que du docteur D_____, radiologue FMH, de même qu'un rapport du 19 juillet 2017 du

professeur E_____, neurologue FMH, au sujet notamment de migraines, un rapport du 4 novembre 2017 du docteur F_____, ophtalmologue FMH, un rapport du service de radiologie des HUG du 27 mars 2018 concernant l'occlusion de l'artère carotide interne gauche et ses suites, enfin un questionnaire AI rempli le 26 avril 2019 par le professeur G_____, neurologue FMH auprès de l'Hôpital de La Tour.

c. Le 8 juillet 2019, le service médical régional de l'AI (ci-après : SMR) a mentionné comme « atteinte principale à la santé » une « dissection carotidienne gauche avec occlusion de celle-ci », a suivi l'estimation du Prof. G_____ et a retenu une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle dès le 26 août 2016 et une capacité de travail de 80% dans une activité adaptée, respectant les limitations fonctionnelles qui consistaient en « pas d'activité avec accélération et décélération du corps humain », à partir du 26 novembre 2016, soit trois mois après la dissection carotidienne.

d. Le 30 novembre 2020, le Prof. G_____ a précisé que la dissection de l'artère carotide interne gauche en 2016 avait induit « en fait » un syndrome de stress post-traumatique qui avait persisté au cours des années et qui constituait la raison essentielle de la baisse de capacité de travail de 20%.

e. Dans un questionnaire AI complété le 30 janvier 2022, la docteure H_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et psychiatre traitante, a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (CIM-10, F32.1) et de trouble de la personnalité mixte avec traits dépendants et immatures (F61), et a considéré qu'une activité de 50% au moins (entre 50% et 60%) était envisageable d'un point de vue psychiatrique à condition d'une réinsertion progressive, les limitations fonctionnelles étant « instabilité émotionnelle, difficulté dans les relations interpersonnelles, labilité thymique, déconditionnement depuis 2017 ».

f. À la demande du SMR formulée le 7 mars 2022, une expertise bidisciplinaire neurologique et psychiatrique a été mise en œuvre, au sein du I_____ (I_____) à Montreux, par les docteurs J_____, neurologue FMH, et K_____, psychiatre et psychothérapeute FMH, qui ont tous deux examiné l'expertisé le 21 juin 2022, pendant 1h15, respectivement 1h30, et rendu leur rapport d'expertise – avec en particulier les volets neurologique et psychiatrique séparés et une « évaluation consensuelle » – le 21 août 2022.

Dans leur évaluation consensuelle, les experts ont retenu les diagnostics, au plan somatique, incapacitant d'« occlusion de l'artère carotide interne gauche suite à une dissection provoquée par traumatisme facial avec chute en 2016 », non incapacitant de « migraine sans aura », au plan psychique, aucun diagnostic incapacitant, mais les diagnostics non incapacitants de « trouble dépressif récurrent actuellement en rémission » (F33.4), « troubles anxieux sans précision » (F41.9) et « trait de personnalité anxieuse » (F60.6). La capacité de travail était

nulle dans l'activité habituelle de pilote d'avion (pour des motifs somatiques). Dans une autre activité, sans accélération ni décélération de la vitesse du corps, ni mouvements répétés de la colonne cervicale, la capacité de travail était de 0% du 26 août au 25 novembre 2016 au plan somatique et de fin 2016 à début 2017 (vu une hospitalisation dans une clinique psychiatrique privée) au plan psychique, et de 100% dès le 26 novembre 2016 au plan somatique et à partir de 2019 au plan strictement psychique. Aucune autre mesure médicale que ce qui était déjà mis en œuvre par les médecins traitants n'était préconisée.

g. Dans un rapport du 23 août 2022, le SMR a considéré ce rapport d'expertise convaincant, en a repris les diagnostics, y ajoutant celui non incapacitant de « status post lymphome de Hodgkin (2002) », et a conclu à une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle et une activité adaptée depuis le 26 août 2016, mais entière dans une activité adaptée à partir de mars 2017, sans besoin de réadaptation. Les limitations fonctionnelles étaient : « pas d'accélération et de décélération de la vitesse du corps, pas de mouvements répétés de la colonne cervicale, pas de microtraumatisme par percussion et/ou vibration (marteaux piqueurs, e.g.), pas d'activité en conditions de variation de la pression atmosphérique (plongée sous-marine, environnement avec pressurisation instable etc.) ».

h. Le 25 septembre 2022, l'assuré a rempli le « questionnaire statut » au sujet de sa situation « professionnelle et occupationnelle », « familiale » et « financière ».

i. Dans un rapport du 7 novembre 2022, le Prof. G_____ a évoqué un « taux d'invalidité médico-théorique » de 40% comme proche de la réalité médicale et a estimé que « le patient [disposait] d'une capacité de travail de 80% dans une activité adaptée ».

j. Dans un rapport du 1^{er} décembre 2022, la Dre H_____ a estimé que le rapport d'expertise minimisait le traumatisme psychique, lié à plusieurs événements dont l'impossibilité d'exercer son métier de pilote. Par ailleurs, d'après la psychiatre traitante, une importante labilité émotionnelle ainsi que des relations interpersonnelles compliquées (trouble de la personnalité) constatées par sa collègue Madame L_____, qui suivait le patient en psychothérapie depuis 2019, justifiaient une incapacité de travail à 50%.

k. Par pli d'une nouvelle avocate du 20 décembre 2022, l'assuré a relevé les divergences de vue entre le Prof. G_____ et la Dre H_____ d'une part et les experts d'autre part.

l. Dans un avis du 3 février 2023, le SMR a estimé qu'il s'agissait d'une appréciation différente, rendue par les spécialistes traitants, du même état de fait, qui ne modifiait pas les conclusions du SMR du 23 août 2022.

m. Par projet de décision du 19 juin 2023, l'OAI a envisagé de rejeter la demande AI. Selon lui, au plan médical, une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de l'intéressé était raisonnablement exigible à 100% dès le 1^{er} mars 2017. Le

revenu de celui-ci sans et avec invalidité était basé sur la même table statistique, et une déduction (abattement) de 10% sur le revenu d'invalidité était admissible en raison de son âge et de ses limitations fonctionnelles. Par conséquent, le degré d'invalidité était inférieur au 20% requis pour l'ouverture d'un droit à des mesures professionnelles, ainsi qu'au 40% exigé pour l'ouverture d'un droit à une rente.

n. Par opposition du 24 août 2022 (recte : 2023), l'assuré a contesté ce projet de décision et a conclu à la reconnaissance d'un taux supérieur ou égal à 40%.

o. Par décision du 30 août 2023, l'office a rejeté la demande AI (mesures professionnelles et rente) pour les mêmes motifs que selon son projet de décision et après examen des griefs de l'opposition.

C. a. Par acte daté du 1^{er} octobre 2023 et posté le lendemain, l'assuré, agissant en personne, a interjeté recours contre cette décision.

b. Par réponse du 30 octobre 2023, l'intimé a conclu au rejet du recours.

c. Par réplique du 19 janvier 2024, le recourant, désormais représenté par un avocat nouvellement constitué, a conclu à l'annulation de la décision attaquée et, cela fait, principalement à l'octroi d'une rente d'invalidité à tout le moins de 50%, subsidiairement au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire.

d. Les 11 et 14 mars 2024, il a produit un courrier du 16 janvier 2024 du Prof. G _____ apportant des réponses à un courriel du 15 janvier 2024 de son conseil, et il a notamment estimé que la déduction sur le revenu d'invalidité devait être majorée à 25%.

e. Ces dernières écritures ont été transmises le 19 mars 2024 à l'intimé pour information.

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

1.3 Interjeté dans la forme et le délai – de trente jours – prévus par la loi, le recours est recevable (art. 38 al. 3 et 56 ss LPGA ainsi que 62 ss de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

2. L'objet du litige porte uniquement sur le droit éventuel du recourant à une rente AI, conformément à ses conclusions de recours.

De jurisprudence constante, le juge apprécie en règle générale la légalité des décisions entreprises d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 132 V 215 consid. 3.1.1). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 130 V 130 consid. 2.1). Même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit cependant être pris en considération, dans la mesure où il a trait à la situation antérieure à cette date (cf. ATF 99 V 98 consid. 4 et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_259/2018 du 25 juillet 2018 consid. 4.2).

3. 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, un éventuel droit à une rente d'invalidité serait né au plus tôt en mai 2019, dès lors que l'incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne invoquée par l'intéressé aurait duré au moins une année sans interruption notable (cf. art. 28 al. 1 let. b LAI) à partir du 26 août 2016 et dès lors que la demande de prestations avait été déposée le 11 décembre 2018 (cf. art. 29 al. 1 LAI à teneur duquel 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), de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur ancienne teneur.

A fortiori, en référence à la modification de l'art. 26bis al. 3 RAI du 18 octobre 2023 (« déduction forfaitaire » ; RO 2023 635) entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2024, et compte tenu des principes généraux de droit intertemporel

susmentionnés (cf. aussi Office fédéral des assurances sociales [OFAS], Circulaire sur l'invalidité et les rentes dans l'assurance-invalidité [CIRAI], état au 1^{er} janvier 2024, ch. 9201), le droit éventuel à une rente d'invalidité étant ici né antérieurement au 1^{er} janvier 2024 (cf. art. 29 al. 1 LAI), l'art. 26bis al. 3 RAI est en tout état de cause applicable dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2023.

4.

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

Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1, tel qu'en vigueur dès le 1^{er} janvier 2021, la version antérieure indiquant « dans son domaine d'activité » plutôt que « qui entre en considération »). 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).

Aux termes de l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

Conformément à l'art. 4 LAI, l'invalidité (art. 8 LPGA) peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (al. 1). L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (al. 2).

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

Selon 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.

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

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

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

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

4.3.2 Ainsi, selon la jurisprudence, en cas de troubles psychiques, la capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure

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

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

- 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).

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

Le Tribunal fédéral a récemment rappelé qu'en principe, seul un trouble psychique grave peut avoir un caractère invalidant. Un trouble dépressif de degré léger à moyen, sans interférence notable avec des comorbidités psychiatriques, ne peut généralement pas être défini comme une maladie mentale grave. S'il existe en

outre un potentiel thérapeutique significatif, le caractère durable de l'atteinte à la santé est notamment remis en question. Dans ce cas, il doit exister des motifs importants pour que l'on puisse néanmoins conclure à une maladie invalidante. Si, dans une telle constellation, les spécialistes en psychiatrie attestent sans explication concluante (éventuellement ensuite d'une demande) une diminution considérable de la capacité de travail malgré l'absence de trouble psychique grave, l'assurance ou le tribunal sont fondés à nier la portée juridique de l'évaluation médico-psychiatrique de l'impact (ATF 148 V 49 consid. 6.2.2 et les références).

Des traits de personnalité signifient que les symptômes constatés ne sont pas suffisants pour retenir l'existence d'un trouble spécifique de la personnalité. Ils n'ont, en principe, pas valeur de maladie psychiatrique et ne peuvent, en principe, fonder une incapacité de travail en droit des assurances au sens des art. 4 al. 1 LAI et 8 LPGA (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2019 du 17 mars 2020 consid. 5.3 et les références).

Le trouble de stress post-traumatique (CIM-10 ; F43) constitue une réponse différée ou prolongée à une situation ou à un événement stressant (de courte ou de longue durée), exceptionnellement menaçant ou catastrophique et qui provoquerait des symptômes évidents de détresse chez la plupart des individus. Dans certains cas, le trouble peut présenter une évolution chronique, durer de nombreuses années, et entraîner une modification durable de la personnalité (ATF 142 V 342 consid. 5.1 et les références). Selon la jurisprudence, pour que le diagnostic d'état de stress post-traumatique de survenue différée puisse être retenu, l'ensemble des critères diagnostiques du DSM-5 et de la CIM-10 doit être présent au plus tard six mois après l'événement (cf. ATF 142 V 342 consid. 5.2.2). Une motivation particulière est nécessaire dans les cas où, exceptionnellement et pour des motifs déterminés, une durée supérieure à six mois doit être prise en compte (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_571/2023 du 11 janvier 2024 consid. 6.2 et la référence ; 9C_480/2021 du 8 novembre 2022 consid. 5.3.2 et les références).

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

4.4.1 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).

4.4.2 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 135 V 465 consid. 4.4. et les références ; 125 V 351 consid. 3b/bb).

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

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

Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 8C_755/2020 du 19 avril 2021 consid. 3.2 et les références).

4.5 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).

4.5.1 Chez les assurés actifs – comme le recourant l'est reconnu par l'intimé –, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, 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. 8 al. 1 et art. 16 LPGA).

4.5.2 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 ; 135 V 297 consid. 5.1). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des circonstances au moment de la naissance du droit à la rente et des modifications susceptibles d'influencer ce droit survenues jusqu'au moment où la décision est rendue (ATF 144 I 103 consid. 5.3 ; 139 V 28 consid. 3.3.2). Le salaire réalisé en dernier lieu comprend tous les revenus d'une activité lucrative (y compris les gains accessoires, la rémunération des heures supplémentaires effectuées de manière régulière) soumis aux cotisations à l'assurance-vieillesse et survivants (AVS). A cet effet, on se fondera en principe sur les renseignements fournis par l'employeur (arrêt du Tribunal fédéral 9C_434/2023 du 30 novembre 2023 consid. 3 et la référence).

Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et que – comme l'a fait ici l'intimé dans sa décision querellée – on recourt aux données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS) éditée par l'Office fédéral de la statistique (ci-après : OFS ; arrêts du Tribunal fédéral I 201/06 du 14 juillet 2006 consid. 5.2.3 ; I 774/01 du 4 septembre 2002). Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose

d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide ; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles. On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (arrêts du Tribunal fédéral I 168/05 du 24 avril 2006 consid. 3.3 ; B 80/01 du 17 octobre 2003 consid. 5.2.2).

Quant au revenu d'invalidité, 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'invalidité 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).

Lorsque les revenus avec et sans invalidité sont basés sur la même table statistique, il n'est pas nécessaire de les chiffrer précisément, dans la mesure où le taux d'invalidité se confond avec le taux d'incapacité de travail. Dans ce cas, le degré d'invalidité correspond en effet au degré d'incapacité de travail, compte tenu d'une éventuelle déduction du salaire fondé sur les statistiques, qui ne doit pas dépasser 25%. Il ne s'agit pas d'une « comparaison en pour-cent » au sens de l'ATF 114 V 310 consid. 3a, mais d'une simplification purement arithmétique (arrêt du Tribunal fédéral 8C_111/2023 du 12 octobre 2023 consid. 6.2 et les références). Même s'il n'est pas indispensable de déterminer avec précision les salaires de références, il n'en demeure pas moins que, dans cette situation, l'évaluation de l'invalidité repose sur des données statistiques. Par conséquent, une réduction supplémentaire du revenu d'invalidité est possible (arrêt du Tribunal fédéral 9C_842/2018 du 7 mars 2019 consid. 5.1 et les références).

4.5.3 La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 148 V 174 consid. 6.3 et les références ; 135 V 297 consid. 5.2 ; 134 V 322 consid. 5.2 et les références). Il n'y a pas lieu de procéder à des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération ; il faut bien plutôt procéder à une évaluation

globale, dans les limites du pouvoir d'appréciation, des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret (ATF 148 V 174 consid. 6.3 et les références). D'éventuelles limitations liées à la santé, déjà comprises dans l'évaluation médicale de la capacité de travail, ne doivent pas être prises en compte une seconde fois dans l'appréciation de l'abattement, conduisant sinon à une double prise en compte du même facteur (cf. ATF 148 V 174 consid. 6.3 et les références ; 146 V 16 consid. 4.1 et ss. et les références). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3).

Cette évaluation ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration ; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6 ; 123 V 150 consid. 2 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_337/2009 du 18 février 2010 consid. 7.5).

Dans un arrêt récent, le Tribunal fédéral a rappelé qu'en ce qui concerne le critère de l'âge comme facteur d'abattement du salaire statistique, il y a lieu de tenir compte de l'interdépendance des facteurs personnels et professionnels entrant en ligne de compte qui contribuent à désavantager la personne assurée sur le marché du travail après une absence prolongée. Il est en effet notoire que les personnes atteintes dans leur santé, qui présentent des limitations même pour accomplir des activités légères, sont désavantagées sur le plan de la rémunération par rapport aux travailleurs jouissant d'une pleine capacité de travail et pouvant être engagés comme tels ; ces personnes doivent généralement compter sur des salaires inférieurs à la moyenne. Aussi, en présence d'un assuré de plus de 50 ans, la jurisprudence insiste sur l'effet de l'âge combiné avec un handicap, qui doit faire l'objet d'un examen dans le cas concret (arrêt du Tribunal fédéral 9C_341/2023 du 29 janvier 2024 consid. 6.2.3 et les références), étant en outre précisé que les possibles effets pénalisants au niveau salarial induits par cette constellation aux yeux d'un potentiel employeur peuvent être compensés par d'autres éléments personnels ou professionnels tels que la formation et l'expérience professionnelle de l'assuré concerné (arrêt du Tribunal fédéral 8C_227/2017 du 17 mai 2018 consid. 5).

4.6 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 135 V 39 consid. 6.1 ; 126 V 353 consid. 5b et les références ; 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et la référence).

5.

5.1 En l'espèce, le rapport d'expertise des Drs J_____ et K_____, établi le 21 août 2022, répond, sur le plan formel, aux exigences posées par la jurisprudence pour qu'on puisse lui accorder une pleine valeur probante. En effet, cette expertise bidisciplinaire a été conduite par des médecins spécialisés dans les deux domaines concernés – neurologie et psychiatrie –, en vue d'établir une synthèse des différentes pathologies de l'expertisé, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier. Les experts ont personnellement examiné le recourant préalablement à l'établissement de leur rapport d'expertise, et ils ont consigné les renseignements anamnestiques pertinents, recueilli les plaintes de l'assuré et résumé leurs propres constatations. Ils ont en outre énoncé les diagnostics retenus et répondu à toutes les questions posées. Enfin, les conclusions des experts sont claires et bien motivées.

Selon les experts, la capacité de travail de l'expertisé est nulle dans l'activité habituelle de pilote d'avion (pour des motifs somatiques). Dans une autre activité, sans accélération ni décélération de la vitesse du corps, ni mouvements répétés de la colonne cervicale, sa capacité de travail est de 0% du 26 août au 25 novembre 2016 au plan somatique et de fin 2016 à début 2017 (vu l'hospitalisation dans une clinique psychiatrique privée) au plan psychique, et de 100% dès le 26 novembre 2016 au plan somatique et à partir de 2019 au plan strictement psychique. Aucune autre mesure médicale que ce qui était déjà mis en œuvre par les médecins traitants n'est préconisée.

5.2 Aucun indice concret ne permet de douter du bien-fondé de ce rapport d'expertise et de ses conclusions, pour les motifs qui suivent.

5.2.1 Il est d'emblée relevé que ni le recourant ni ses médecins traitants ne remettent en cause de manière précise une des constatations qui s'y trouve rapportée, si ce n'est quelques points de détail (dates du séjour en division d'oncologie en 2001, date de sortie de l'hospitalisation en 2017), et que, par l'intermédiaire de sa précédente avocate, l'expertisé apparaît avoir été autorisé le 22 septembre 2023 par l'OAI à accéder à l'enregistrement sonore effectué lors de l'expertise.

5.2.2 Au plan somatique, plus précisément neurologique, les experts retiennent les diagnostics incapacitant d'« occlusion de l'artère carotide interne gauche suite à

une dissection provoquée par traumatisme facial avec chute en 2016 », et non incapacitant de « migraine sans aura ».

Dans son acte de recours, l'intéressé mentionne notamment un rapport du docteur M_____, neurologue au sein de l'Hôpital de La Tour, qui fait selon lui état d'« une possible atteinte du nerf ophtalmique gauche à long terme suite à la dissection dont [il a] fait l'objet ». Une telle éventuelle atteinte n'apparaît donc en l'état que possible et ne peut dès lors pas être prise en compte. Au demeurant, dans son rapport du 4 novembre 2017, le Dr F_____, ophtalmologue FMH, se référant à la dissection de la carotide gauche en 2016, fait état d'un examen ophtalmologique dans les limites de la norme, en particulier sans signe au niveau de la rétine gauche montrant une éventuelle atteinte de la vascularisation.

Certes, dans son rapport du 7 novembre 2022, le Prof. G_____ pense, sous « taux d'invalidité médico-théorique », que, dans le cadre d'« accès douloureux de type migraine » et d'un syndrome de stress post-traumatique qui sont d'après lui en lien avec la dissection carotidienne, le taux de 40% est proche de la réalité médicale et, sous « capacité résiduelle de travail », que « le patient dispose d'une capacité de travail de 80% dans une activité adaptée, cela surtout en raison du stress post-traumatique qui joue un rôle au niveau de la concentration et de l'attention », avec la précision que le syndrome de stress post-traumatique « se rencontre très fréquemment chez des patients jeunes victimes de dissection ».

Ce faisant, ce spécialiste en neurologie n'indique pas clairement que les migraines auraient un effet incapacitant et, pour le reste, il ne conteste de manière précise aucun point du rapport d'expertise, si ce n'est l'absence de prise en compte par les experts d'un syndrome de stress post-traumatique. Or, il n'est pas spécialiste en psychiatrie et donc sans compétence particulière pour poser de manière probante un tel diagnostic qui est de nature psychiatrique.

5.2.3 Au plan psychique, les experts ne retiennent aucun diagnostic incapacitant, mais seulement les diagnostics non incapacitants de « trouble dépressif récurrente actuellement en rémission » (F33.4), « troubles anxieux sans précision » (F41.9) et « trait de personnalité anxieuse » (F60.6).

Tout d'abord, contrairement à ce prétend le recourant représenté par son conseil, le rapport d'expertise applique la procédure probatoire structurée et analyse les indicateurs développés par la jurisprudence du Tribunal fédéral, notamment aux niveaux des diagnostics, du complexe « Personnalité », des ressources (internes et externes), du contexte social et de la cohérence.

Ensuite, certes, selon le rapport du 1^{er} décembre 2022 de la Dre H_____, le rapport d'expertise minimise le traumatisme psychique lié à l'impossibilité d'exercer son métier de pilote, alors que ce dernier constituait selon l'intéressé « toute sa vie », de même qu'une grande partie de son identité. De plus, l'impression de vivre avec une épée de Damoclès au-dessus de la tête depuis la découverte de sa dissection carotidienne est un facteur de stress non négligeable

au quotidien. Le patient a subi une suite non négligeable d'événements traumatiques : la perte de son père à 7 ans puis la vie auprès d'une mère ne se remettant pas de son deuil et s'occupant peu de lui, un cancer (maladie de Hodgkin) à l'âge de 30 ans qui a nécessité deux ans de traitement, un divorce en 2009 et finalement un accident qui ne lui permet plus d'exercer son métier de pilote dès 2016. On peut imaginer que ces différents traumatismes ont constitué un « trouble de stress post-traumatique complexe » selon la nouvelle CIM-11, trouble qui a des répercussions sur la régulation des affects, la perception de soi ainsi que le fonctionnement relationnel, symptômes dont souffre l'intéressé. Par ailleurs, toujours d'après la psychiatre traitante, « le traitement ainsi que le suivi dont bénéficie le patient [ont] permis d'éviter une rechute dépressive grave ainsi qu'une nouvelle hospitalisation, mais [sa] collègue Mme L_____ qui suit le patient en psychothérapie depuis 2019, a constaté une importante labilité émotionnelle ainsi que des relations interpersonnelles compliquées (trouble de la personnalité) qui justifie une incapacité de travail à 50%. Cela n'est probablement pas apparu lors de l'expertise qui s'est déroulée sur un rendez-vous ponctuel ».

Toutefois, ce rapport fait état d'une appréciation différente de celle des experts, sans contenir des informations précises de nature à mettre en doute certaines constatations, appréciations ou conclusions du rapport d'expertise.

Un trouble lié à un stress post-traumatique évoqué dans ce rapport du 1^{er} décembre 2022 ne fait l'objet ni d'un diagnostic ni d'une analyse précise de la part de la Dre H_____. Au demeurant, le rapport d'expertise explique pour quels motifs un tel diagnostic n'est pas retenu (p. 6). En outre, le rapport d'expertise ne fait pas état de ce qui suit : « Les symptômes typiques [qui] comprennent la reviviscence répétée de l'événement traumatique, dans des souvenirs envahissants ("flashbacks"), des rêves ou des cauchemars ; ils surviennent dans un contexte durable d'anesthésie psychique et d'émoussement émotionnel, de détachement par rapport aux autres, d'insensibilité à l'environnement, d'anhédonie et d'évitement des activités ou des situations pouvant réveiller le souvenir du traumatisme » (F43.1 – État de stress post-traumatique, dans « CIM-10-GM 2021 Index systématique – Version française », 2020, édité par l'OFS et téléchargeable sur internet depuis « <https://www.bfs.admin.ch/asset/fr/15284911> ») ; mais il décrit seulement, sous « status psychiatrique », « anxiété et dissociation » : « pas de crise de panique, présence d'anxiété diffuse, absence d'évitement, absence de flash-back, absence d'agitation, absence de fièvre, ne porte pas un flacon d'eau pour se désaltérer, une tension anxieuse est palpable, il n'y a pas de scarification observée par l'expert, présence d'une difficulté à se détendre, présence d'un nœud à l'estomac » (p. 20). Pour le surplus, contrairement à ce qui est requis par la jurisprudence citée plus haut pour la reconnaissance du diagnostic d'état de stress post-traumatique de survenue différée, aucun élément du dossier ne tend à montrer que l'ensemble des critères diagnostiques du DSM-5 et de la CIM-10 aurait été présent au plus tard six mois après l'événement à tout le moins de 2016.

Par ailleurs, le diagnostic de « trouble de la personnalité mixte avec traits dépendants et immatures » (F61) mentionné dans le rapport du 1^{er} décembre 2022 de la Dre H_____ et déjà posé le 30 janvier 2022 par celle-ci ne constitue qu'une appréciation différente de l'état psychique de l'intéressé par rapport aux « troubles anxieux sans précision » (F41.9) et au « trait de personnalité anxieuse » (F60.6) retenus par les experts de manière convaincante. Il convient à ce sujet de se référer à ce qui est cité plus haut concernant le « status psychiatrique », « anxiété et dissociation ». En outre, dans le chapitre du rapport d'expertise « anamnèse psychiatrique systématique », sous « angoisse et dissociation », il est noté : « Présence de rumination, présence intermittente d'être à bout, pas de trouble de l'endormissement, présence d'une fatigabilité, présence d'une agitation psychique, présence d'une difficulté à se détendre » (p. 19). De surcroît, dans le chapitre « diagnostics », sous « analyse de diagnostics et discussion », les experts écrivent entre autres : « La personne assurée présente un sentiment persistant de tension, une sensibilité à la critique et des ruminations d'anticipation sans que ces signes cliniques constituent des entraves à l'exercice d'une activité professionnelle » (p. 22). Les problèmes d'anxiété et de relations interpersonnelles sont donc dûment pris en considération par les experts, qui relèvent de plus que l'expertisé est « au bénéfice d'une psychothérapie à raison d'une séance toutes les deux semaines et d'un traitement d'Escitalopram de 30 mg/j » (p. 23).

Au demeurant, la description d'une journée type dans le rapport d'expertise (cf. p. 11) ne montre pas de difficultés particulières, notamment pas dans les tâches ménagères, quand bien même l'expertisé déclare qu'il vit très mal les insécurités et dort très mal s'il a un conflit avec sa compagne (cf. p. 19).

Pour le reste, les experts mentionnent au plan psychique, sous « ressources » : « le soutien de sa compagne, l'intérêt pour l'aviation, le plaisir d'aider les personnes âgées, ses amis » ; sous « facteurs de surcharges » : « l'anxiété de subir un accident vasculaire cérébral » (p. 8). L'assuré apparaît ainsi disposer de ressources externes, avec la présence d'amis et la vie commune avec sa compagne, et internes, comme le manifeste le fait qu'il exerce de manière régulière une activité bénévole en faveur des personnes âgées.

5.2.4 À teneur du courrier du 16 janvier 2024 du Prof. G_____ apportant des réponses à un courriel du 15 janvier 2024 du conseil de l'assuré, un bilan des artères au niveau abdominal a été effectué, mettant en évidence une atteinte de l'artère rénale droite et aussi de l'artère iliaque commune gauche ; concernant cette dernière artère, un CT-scan des membres inférieurs a révélé une dissection anévrismale de l'artère iliaque commune gauche à son origine, raison pour laquelle un bilan angiologique est encore prévu. Par ailleurs, ledit neurologue a revu le patient en septembre 2023 pour des maux de tête intenses et relativement fréquents ; il a instauré un traitement de fond médicamenteux associé à un traitement par un stimulateur, étant en outre précisé que l'intéressé ne peut pas prendre un traitement antimigraineux spécifique lors des crises (les triptans) en

raison de ses antécédents de dissection ; ces crises fréquentes induisent naturellement des limitations fonctionnelles sur ses capacités de concentration et d'attention.

De telles éventuelles aggravations de l'état de santé par rapport à la situation prévalant jusqu'au prononcé de ladite décision, si elles étaient avérées, ne seraient produites qu'après le prononcé de ladite décision querellée rendue le 30 août 2023 et ne pourraient donc pas être prises en considération dans le cadre du présent arrêt.

5.3 En définitive, il n'existe aucun motif de s'écarter des conclusions des experts et du SMR selon lesquelles, à tout le moins jusqu'au prononcé de la décision querellée, la capacité de travail du recourant était nulle dans l'activité habituelle et une activité adaptée depuis le 26 août 2016, mais entière dans une activité adaptée dès 2019, ou, selon le SMR, à partir de 2017. Les limitations fonctionnelles sont : « pas d'accélération et de décélération de la vitesse du corps, pas de mouvements répétés de la colonne cervicale, pas de microtraumatisme par percussion et/ou vibration (marteaux piqueurs, e.g.), pas d'activité en conditions de variation de la pression atmosphérique (plongée sous-marine, environnement avec pressurisation instable etc.) ».

5.4 Pour le reste, « au vu des circonstances objectives et subjectives (économies quasi épuisées et aide financière de sa compagne) », l'exercice d'une activité lucrative étant ainsi nécessaire pour subvenir à ses besoins, l'assuré est considéré comme actif par l'OAI (« note statut » du 31 août 2020). En outre, dans la décision attaquée, le revenu de l'intéressé sans et avec invalidité est basé sur la même table statistique, dans la mesure où il est difficile de déterminer avec précision le revenu sans invalidité au vu de son parcours professionnel, de ses gains fluctuants ainsi que de l'absence de revenu depuis quelques années.

Cette façon de procéder ne prête pas le flanc à la critique et n'est au demeurant pas défavorable au recourant, qui, avant son accident d'août 2016, ne percevait que de très faibles revenus de son activité indépendante de pilote, exercée apparemment de manière irrégulière, sur appel.

5.5 L'abattement (réduction) de 10% sur le revenu d'invalidité de l'assuré retenu par l'office, en raison de son âge et de ses limitations fonctionnelles, apparaît quant à lui également conforme au droit.

En effet, les limitations fonctionnelles, telles que retenues par le SMR, ne sont certes pas négligeables, mais elles n'empêchent pas de manière substantielle le recourant de trouver une activité adaptée. En outre, si celui-ci était certes âgé de 52 ans au moment du prononcé de la décision litigieuse, il n'en demeure pas moins que son handicap n'est pas particulièrement important par rapport à un métier adapté et que l'intéressé dispose d'atouts pour retrouver un emploi (y compris début d'études en économie, formation complète et expérience de pilote

d'avion professionnel pouvant constituer une bonne référence pour un employeur potentiel, etc.).

6. Vu ce qui précède, le degré d'invalidité, de 10%, étant inférieur au minimum de 40% requis pour le droit à une rente AI (cf. art. 28 LAI), la décision querellée est en tous points conforme au droit, et le recours sera dès lors rejeté.

En référence au courrier du 16 janvier 2024 du Prof. G_____, du fait que la rente d'invalidité est ici refusée parce que le degré d'invalidité est insuffisant, l'assuré, pour faire le cas échéant valoir en AI un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité (par analogie avec l'art. 17 LPGA), devrait, par une demande de révision adressée à l'OAI, établir de façon plausible que l'invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (cf. art. 87 al. 2 et 3 RAI). Si tel était le cas, le degré d'invalidité devrait être fixé à nouveau sur la base d'un état de fait établi de manière correcte et complète, sans référence à des évaluations antérieures de l'invalidité (cf. ATF 141 V 9 ; 117 V 198 consid. 4b).

7. La procédure n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), un émolument de CHF 200.- (montant minimal) sera perçu du recourant.

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

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

La greffière

Le président

Christine RAVIER

Blaise PAGAN

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