

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né en 1961 en Tunisie, est arrivé en Suisse en 1980. Après avoir travaillé en qualité d'aide de cuisine, garçon de salle et cuisinier, il a été engagé par la mission permanente des B_____ comme employé de bureau et chauffeur, entre 1991 et 1998. Du 1^{er} octobre 2004 au 28 février 2009, il a travaillé comme chauffeur de bus pour l'entreprise B_____ SA (ci-après : le dernier employeur). Inscrit à l'office cantonal de l'emploi (ci-après : l'OCE), il a bénéficié des prestations cantonales en cas de maladie jusqu'au 29 septembre 2011, son médecin traitant ayant attesté d'une totale capacité de travail dès le 30 septembre 2011. Par la suite, il a bénéficié du revenu minimum cantonal d'aide sociale et est actuellement soutenu par l'Hospice général.
2. En date du 3 avril 2014, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI), mentionnant souffrir de trouble anxio-dépressif chronique et être en incapacité totale de travail depuis le 14 décembre 2010.
3. Par rapport du 4 juin 2014, le docteur C_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a diagnostiqué une anxiété généralisée (F41.1), une phobie sociale (F40.1), une dysthymie (F34.1) et une personnalité évitante (F60.6). L'assuré, qu'il suivait depuis le 30 septembre 2011, décrivait une enfance très difficile caractérisée par une carence matérielle et une pauvreté très importantes. Il devait faire plusieurs kilomètres à pied pour se rendre à l'école, traverser des champs et des rivières. Malgré une facilité pour les études, il n'avait pas pu accomplir de formation en Tunisie et avait émigré en 1980 avec d'autres membres de sa famille. Depuis 1998, il souffrait de problèmes importants d'anxiété et d'états dépressifs. Dès les années 2000, il était de plus en plus anxieux, avec des difficultés à faire face à la relation, et se sentait de plus en plus gêné face aux contacts avec autrui, ce qui détériorait progressivement ses relations avec son entourage. La relation avec sa femme devenait difficile, il montrait une irritabilité accrue avec un isolement, un repli sur soi et un besoin de prendre de la distance et de se retrouver seul chez lui. Il avait de plus en plus de difficultés, s'isolait et ne pouvait avoir une relation qu'avec des contacts choisis notamment pendant les périodes d'automne et d'hiver, ce qui aboutissait à une incapacité à se lever le matin, à des insomnies rebelles et à un inversement du rythme nyctéméral. Il y avait une répercussion somatique importante avec une fatigabilité, une aboulie et une perte de l'élan vital. Étaient également relevées une tristesse, une anhédonie, une diminution de l'appétit, une insomnie gérée avec des somnifères de manière chronique. L'assuré avait été suivi par un psychologue, puis par un psychiatre à partir de 2009 et était depuis lors incapable de travailler. Il avait été mis sous traitement antidépresseur, avec une légère amélioration, sans pour autant récupérer sa capacité de travail. Il s'était « auto-médiqué » avec du Valverdet et du Jarsin, sans ordonnance, de 2011 à 2012. Sous médication et luminothérapie, il montrait une amélioration de son élan et de son sommeil, ce qui favorisait la gestion de sa vie quotidienne, mais ne lui

permettait nullement de réintégrer une quelconque activité professionnelle ni une occupation moyennement structurée. Le pronostic était assez sombre concernant la reprise d'une activité professionnelle, mais pouvait être satisfaisant quant à la gestion de la vie quotidienne. Le traitement consistait en la prise de Cipralex 25mg par jour, de Remeron soltab 15mg par jour et de Stilnox CR 12.5mg par jour, une psychothérapie de soutien « à quinzaine » et une lumbinothérapie quotidienne pendant l'automne et l'hiver. La capacité de travail était nulle depuis 2009, et pour une durée indéterminée, et l'activité exercée n'était plus exigible. Les restrictions énumérées ne pouvaient pas être réduites par des mesures médicales et l'on ne pouvait pas s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle, respectivement à une amélioration de la capacité de travail.

4. Le 22 septembre 2014, le dernier employeur a rempli le formulaire de l'OAI et indiqué que le salaire annuel de l'assuré s'était élevé à CHF 47'635.55 en 2008 et que l'intéressé gagnerait aujourd'hui, sans atteinte à la santé, un revenu de CHF 56'550.- par an. Il a également précisé que le contrat de travail de l'assuré avait été résilié en raison d'une absence de plus de nonante jours, avec un certificat d'incapacité de travail émis par un médecin en Tunisie suite à une période de vacances.
5. Le 12 juin 2015, l'OAI a reçu copie d'un avis du docteur D_____, spécialiste FMH en psychiatrie et médecin-conseil de l'OCE, daté du 13 mai 2011, aux termes duquel l'assuré était en incapacité totale de travail depuis le 14 décembre 2010. L'état de santé était insuffisant pour une reprise, mais l'assuré pouvait encore exercer sa profession et l'incapacité de travail était temporaire.
6. Dans un avis du 23 juin 2015, le docteur G_____, médecin praticien, et le docteur E_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, tout deux médecins auprès du service médical régional de l'OAI (ci-après : SMR), ont considéré que les informations médicales ne permettaient pas de statuer et qu'une expertise psychiatrique était nécessaire.
7. a. Mandaté par l'OAI, le docteur F_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a rendu son rapport d'expertise le 6 mai 2016.

Après avoir résumé les pièces du dossier, présenté des anamnèses professionnelle, familiale, psychosociale et psychiatrique, listé le traitement médicamenteux, relaté les plaintes de l'assuré et livré le résultat de ses constatations objectives, l'expert a retenu le diagnostic de dysthymie (F34.1), présente depuis 2011, sans effets sur la capacité de travail.

b. Dans son appréciation du cas, l'expert a noté être d'emblée confronté au problème de la fiabilité du discours de l'assuré. La plupart des réponses étaient « Je ne sais pas » ou « Je ne me rappelle plus », ce qui contrastait avec des réponses précises à d'autres moments. L'expert a souligné que beaucoup de renseignements que l'assuré disait ne pas savoir, avaient été fournis par sa personne au Dr C_____, tel que cela ressortait du rapport du 4 juin 2014. Pourtant, le

psychiatre traitant avait confirmé à l'expert, lors de leur entretien téléphonique du 4 mai 2016, l'absence de changement dans les diagnostics et plus particulièrement sur le plan dépressif. Les nombreuses discordances et contradictions constatées, lesquelles ont été consignées dans le rapport d'expertise, n'étaient pas le fait d'une pathologie. Le Dr F_____ a conclu que le discours de l'assuré, théâtral et démonstratif, manquait de fiabilité et que ses dires devaient être pris avec prudence. S'il n'y avait pas d'arguments clairs en faveur d'une simulation, il existait une majoration importante des symptômes et tout portait à croire que dans la réalité, les ressources de l'assuré étaient supérieures à ce qu'il montrait.

c. Concernant le diagnostic de personnalité anxieuse [évitante] (F60.6) retenu par le Dr C_____, l'expert a exposé que si le développement psycho-affectif de l'assuré avait possiblement été marqué par la pauvreté, en ce sens qu'il n'avait pas toujours mangé à sa faim, qu'il avait froid en hiver et qu'il existait une promiscuité dans le contexte d'une fratrie nombreuse, ces éléments ne pouvaient pas être vérifiés. Il n'y avait pas d'arguments clairs pour qu'ils aient été à l'origine d'une perturbation du processus de mise en place de la personnalité. Il ne ressortait pas que l'assuré ait présenté une souffrance psychique de manière continue ou continuellement répétitive depuis la fin de l'enfance ou l'adolescence. Il se décrivait, avant l'atteinte à la santé, comme une personne très sociable, contente de vivre, avec son travail et ses activités de loisir. Il n'avait pas fait de formation professionnelle et avait été capable de s'intégrer dans le monde du travail. Si l'expert ignorait ce qui s'était passé sur le plan professionnel en Tunisie, la période passée en Suisse montrait une continuité dans les emplois successifs que l'assuré avait occupés jusqu'en 2008. Il n'y avait pas d'indices évidents en faveur de problèmes relationnels (quérulence, rigidité intense, conflictualité) ni de comportements dysfonctionnels pendant les périodes d'activité. L'assuré n'avait jamais eu d'ennuis avec la justice, n'avait pas fait l'objet de mesure de protection (tutelle, curatelle), n'avait pas eu recours à des substances psychoactives (alcool, stupéfiants). Sur le plan sentimental, tout portait à croire qu'il n'avait pas été capable de s'engager dans une relation de confiance et de réciprocité à long terme, avec l'échec de deux mariages. Ainsi, sur la base des renseignements connus, les critères généraux étaient non vérifiés ou insuffisamment vérifiés pour atteindre le seuil diagnostique d'un trouble de la personnalité. De surcroît, il n'apparaissait pas que l'assuré ait présenté, de tout temps, une anxiété, des soucis et une tension, ou qu'il se soit constamment perçu, depuis la fin de l'enfance ou l'adolescence, comme inférieur aux autres. Il ne ressortait pas non plus qu'il ait évité des activités sociales ou professionnelles impliquant des contacts avec autrui de peur d'être critiqué ou rejeté, ou encore que son mode de vie se soit rétréci en raison d'un besoin de sécurité, étant rappelé qu'il avait eu plusieurs emplois et avait passé le permis de conduire pour être chauffeur de bus. Enfin, le Dr C_____ n'avait pas expliqué pour quelles raisons particulières le diagnostic de personnalité anxieuse [évitante] avait été posé et n'avait pas mentionné les critères diagnostiques formels. Partant, l'expert se distançait des conclusions du psychiatre traitant concernant ce premier diagnostic.

S'agissant de celui de dysthymie (F34.1), également retenu par le Dr C_____, l'expert a expliqué que ce trouble était difficilement évaluable en raison de la démonstrativité et de la majoration des plaintes de l'assuré. Néanmoins, l'humeur était modérément déprimée, avec un discours négatif et une diminution de l'élan vital. En revanche, il n'y avait pas de tristesse, de ruminations ou d'abattement, et la mimique, la gestuelle et la modulation de la voix étaient conservées. La diminution de l'élan vital affichée par l'assuré contrastait, à certains moments, avec son regard vif et scrutateur. Le déroulement du quotidien avait tendance à montrer une réduction des activités au jour le jour et le fait que l'assuré n'assumait pas les tâches ménagères. Néanmoins, ces aspects étaient invérifiables. Il en allait de même des troubles du sommeil et de la diminution de la libido, rapportés par l'assuré. Les difficultés de concentration relatées et affichées contrastaient, à d'autres moments, avec la restitution de renseignements précis. L'assuré mentionnait beaucoup de pleurs, mais cela n'avait pas été objectivé au cours de l'entretien. Le retrait social était difficilement évaluable, en ce sens qu'il existait des contradictions à ce sujet. La réduction de la confiance en soi était crédible au vu de la perte de toute activité professionnelle depuis plus de sept ans, tout comme le sentiment de perte d'espoir compte tenu de la déchéance professionnelle et du fait que sa femme l'avait quitté au mois de février 2016. Ainsi, plusieurs critères du diagnostic de dysthymie étaient vérifiés et celui-ci pouvait effectivement être posé.

Concernant l'anxiété généralisée (F41.1), l'expert n'avait pas constaté d'angoisse ni de tension lors de son entretien du 4 mai 2016, bien que l'assuré eût affirmé être constamment angoissé et tendu. Cela était possiblement le fait de la médication qui avait été mise en place. Le Dr F_____ n'avait pas non plus constaté de symptômes accompagnateurs de l'anxiété, que ce soit de type neurovégétatif (transpiration, tremblements, sécheresse buccale) ou d'autres symptômes (difficulté respiratoire, difficultés de déglutition, fièvre, réactions de sursaut, difficultés de concentration, irritabilité). Ainsi, les critères A et B n'étaient pas vérifiés et le diagnostic d'anxiété généralisée ne devait pas être porté actuellement.

Quant au diagnostic de phobie sociale (F40.1), l'assuré indiquait ne pas avoir confiance en autrui et ne pas avoir envie de parler aux gens. L'exploration qui avait été menée auprès de l'assuré le 4 mai 2016 ne révélait pas de crainte spécifique d'être exposé à l'observation attentive d'autrui, de manger ou de parler en public, ou de rencontrer des connaissances en public, ni le fait que dans de telles situations, l'assuré commencerait à rougir ou à trembler, qu'il aurait un besoin urgent ou une peur d'uriner ou d'aller à la selle, ou encore qu'il aurait peur de vomir. En fait, dans le cas de l'assuré, il ne s'agissait pas d'une phobie sociale au sens de la CIM-10, mais possiblement d'une tendance au retrait social qui avait lieu dans le contexte de la dysthymie qu'il présentait. Ainsi, l'expert s'écartait également de ce diagnostic retenu par le psychiatre traitant.

d. La dysthymie dont souffrait actuellement l'assuré n'était pas à l'origine d'une incapacité de travail et il n'y avait pas de limitations fonctionnelles psychiques en

lien avec cette affection. Les consultations espacées (une fois par mois) et l'absence d'hospitalisation en milieu psychiatrique avaient tendance à confirmer l'absence d'affection grave. La capacité de travail, sur un plan médical, théorique, était entière, mais il était peu probable que l'assuré reprenne un processus professionnel, en l'absence de toute motivation. Il était régressé (régression passivité, dépendance) : il ne s'agissait pas d'une maladie psychiatrique, mais d'une attitude qu'il avait adoptée dans sa vie. Concernant la période passée, il n'y avait pas d'arguments clairs en faveur d'une incapacité de travail, même partielle. Ainsi, dans son rapport du 4 juin 2014, le Dr C_____ avait mentionné les symptômes en lien avec la dysthymie (tristesse, anhédonie, perte de l'élan vital, diminution de l'appétit, insomnie). Or, cette dernière ne pouvait pas être à l'origine d'une réduction de la capacité de travail. De ce même document, il ne ressortait pas non plus que l'anxiété soit à l'origine d'une réduction de la capacité de travail dans le sens où elle envahirait le psychisme de l'assuré en induisant une perturbation des processus de pensée.

Les éléments de pronostic favorable étaient constitués par l'absence d'arguments clairs en faveur de la présence d'un trouble de la personnalité, l'absence de problématique de consommation de substances psychoactives, l'absence d'hérédopathie ainsi que la recherche de soins spécialisés de travail (psychiatriques, psychopharmacologiques). Les éléments de pronostic défavorable étaient constitués par la présence d'une affection chronique (dysthymie) et par la perte de l'intégration sur le plan professionnel. Globalement, le pronostic devait être qualifié d'incertain. Le Dr C_____ avait indiqué que le pronostic pouvait être satisfaisant quant à la gestion de la vie quotidienne, alors qu'au cours de l'examen, l'assuré avait rapporté une inaptitude totale à subvenir aux tâches du quotidien. Cet aspect était néanmoins invérifiable. Le traitement psychopharmacologique avait tendance à être excessif, et plus particulièrement en ce qui concernait la prescription de carbamazépine (Tégréto[®]). Des mesures de réadaptation seraient bénéfiques mais, au vu du manque de toute motivation en ce sens de la part de l'assuré, elles seraient irrémédiablement vouées à l'échec. L'assuré ne montrait aucune motivation pour une psychothérapie. Par contre, il était à même de suivre un traitement psychiatrique.

En conclusion, la capacité de travail était entière dans toutes les activités du milieu économique primaire correspondant aux capacités et au niveau d'instruction de l'assuré, et cela depuis toujours.

8. Dans un avis du 21 juin 2016, le Dr E_____ a considéré que l'expertise du Dr F_____ était convaincante et que la capacité de travail de l'assuré n'était pas réduite par la dysthymie présentée depuis 2011.
9. En date du 22 juin 2016, l'OAI a informé l'assuré de son intention de rejeter sa demande de prestations, en l'absence de toute atteinte à la santé ayant des répercussions sur sa capacité de gain.

10. Par lettres des 5 juillet et 8 août 2016, l'assuré a contesté ce projet de décision.

Il a joint un rapport du Dr C_____ du 4 août 2016, lequel a maintenu les diagnostics précédemment retenus, soit ceux de trouble d'anxiété généralisé (F41.1), de phobie sociale (F40.1), de dysthymie (F34.1) et de personnalité évitante (F60.6). Le psychiatre traitant a reproché à l'expert de ne pas avoir cherché à comprendre le fonctionnement psychologique de l'assuré, d'avoir basé ses conclusions sur un seul entretien et de ne pas s'être renseigné de plus près auprès des thérapeutes de l'intéressé. Selon lui, l'évaluation clinique de l'expert était insuffisante, tant sur le fond que sur la forme, et en contradiction avec les diagnostics basés sur un suivi de plusieurs années. Il a rappelé que le Dr D_____ avait également certifié d'une incapacité de travail à partir du 14 décembre 2010. Vu le développement du rapport, le peu de temps consacré à la compréhension du fonctionnement psychologique de l'assuré et le manque d'instruments d'évaluation standardisé, l'expertise ne lui paraissait pas fiable. Une nouvelle expertise, complétée par des tests neuropsychologiques afin de tester les fonctions cognitives, lui paraissait nécessaire. Il a en outre souligné que le traitement introduit était adapté à la pathologie de l'assuré.

11. Le 5 septembre 2016, le Dr E_____ a considéré que les derniers éléments médicaux produits par l'assuré ne modifiaient pas les conclusions de son précédent rapport.

12. Par décision du 7 septembre 2016, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré et maintenu que son atteinte à la santé n'était pas invalidante et n'avait aucune influence sur sa capacité de travail et de gain. Le courrier du Dr C_____ n'apportait pas d'éléments susceptibles de modifier ces conclusions.

13. Par acte du 6 octobre 2016, l'assuré, par l'intermédiaire de son conseil, a interjeté recours contre la décision précitée, concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente entière. Subsidiairement, il a conclu à ce qu'une expertise judiciaire soit ordonnée. En substance, le recourant a contesté les conclusions du Dr F_____ et s'est référé à l'avis du Dr C_____ qui estimait nécessaire la mise en œuvre d'une expertise judiciaire, complétée par des tests neuropsychologiques. Il a reproché à l'expert d'avoir retenu une capacité de travail entière dans l'activité habituelle de chauffeur professionnel, alors qu'il ne pouvait plus conduire en raison des nombreux médicaments qu'il prenait, et d'avoir considéré que ses facultés cognitives réelles étaient supérieures à ce qui était affiché, sans rechercher la cause des oublis et approximations inexplicables.

14. Dans sa réponse du 4 novembre 2016, l'intimé a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée, soutenant que le Dr C_____ ne faisait valoir aucun élément permettant de remettre en cause le bien-fondé des conclusions du rapport du Dr F_____ qui avait une pleine valeur probante.

15. Invité par la chambre de céans à se déterminer sur les pièces et l'écriture de l'intimé, le recourant s'est référé à son acte de recours et aux documents produits.

16. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

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) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, 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 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.
4. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité et, singulièrement, sur le caractère invalidant de son état psychique.
5. 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 ou mentale 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).

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).

6. 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 102 V 165 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. À cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante ; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294 consid. 4c ; ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références).

7. 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. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

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

l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 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).

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).

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).

8. 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).

9. a. En l'espèce, l'intimé a nié le droit du recourant à une rente d'invalidité sur la base des conclusions du rapport du Dr F_____ du 6 mai 2016.

Il y a donc lieu d'examiner la valeur probante du rapport d'expertise précité.

b. La chambre de céans constate que ce document, rendu en pleine connaissance du dossier, comporte des anamnèses familiale, professionnelle, psychosociale et psychiatrique détaillées. L'expert a précisément consigné les déclarations et plaintes du recourant, puis a relevé les nombreuses discordances et contradictions qui en résultaient. Il a conclu à une majoration importante des symptômes et estimé que les ressources du recourant, qualifié de démonstratif et théâtral, étaient en réalité supérieures à ce qu'il prétendait. Les propos de l'intéressé manquaient donc de crédibilité et devaient être reçus avec prudence. Après avoir présenté le status psychiatrique de l'assuré, le Dr F_____ a discuté chacun des diagnostics retenus avant lui par le Dr C_____ et considéré que seul celui de dysthymie pouvait être confirmé. Il a notamment exposé que l'humeur était modérément déprimée, avec un discours négatif et une diminution de l'élan vital. En revanche, le fonctionnement intellectuel était dans la norme, il n'y avait pas de labilité émotionnelle, de tristesse, d'abattement, de ralentissement idéomoteur, d'anxiété à l'entretien, de tension ou d'irritabilité. La vigilance, l'attention, la concentration et la mémoire étaient sans particularité. Le discours spontané, bien que pauvre, avait lieu normalement et était relativement structuré. La conscience était claire, sans aucun élément maniaque ou hypomaniaque. Le recourant consultait son psychiatre une seule fois par mois et n'avait jamais été hospitalisé en milieu psychiatrique, ce qui parlait en défaveur d'une affection grave. L'expert a ainsi clairement expliqué les raisons pour lesquelles il considérait que la dysthymie, présente depuis 2011, n'avait selon lui aucune répercussion sur la capacité de travail. Il a également motivé son appréciation et développé les éléments l'amenant à écarter les autres diagnostics retenus par le Dr C_____.

Partant, le rapport d'expertise du 6 mai 2016 répond aux réquisits jurisprudentiels permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante.

- c. Pour sa part, le recourant conteste les conclusions du Dr F_____ et se réfère à l'appréciation de son psychiatre traitant.

La chambre de céans constate cependant que le rapport du Dr C_____ du 4 juin 2014 ne fait état d'aucun élément objectivement vérifiable qui aurait été ignoré dans le cadre de l'expertise ni d'élément objectif précis qui justifierait, d'un point de vue médical, d'envisager la situation selon une perspective différente ou, à tout le moins, la mise en œuvre d'un complément d'instruction (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2014 du 9 janvier 2015 consid. 6.2.3).

Quant au rapport du 4 août 2016, il ne contient pas la moindre opinion apte à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert. Le Dr C_____ s'est en effet limité à confirmer ses diagnostics et à considérer que l'unique évaluation contraire de l'expert était insuffisante pour contredire les conclusions

posées par des spécialistes qui suivent le recourant de longue date. C'est le lieu de rappeler 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 (cf. arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 719/06 du 4 juillet 2007 consid. 2.2), de sorte qu'il ne peut qu'en être de même du nombre d'entretien. Le psychiatre traitant a ensuite reproché au Dr F_____ de ne pas s'être renseigné davantage auprès des thérapeutes et de ne pas avoir cherché à comprendre le fonctionnement psychologique, relevant un manque d'instruments d'évaluation standardisés. Or, c'est oublier qu'une évaluation psychiatrique comporte une importante marge d'appréciation pour l'exercice de laquelle les impressions directes que se fait l'expert de la personne soumise à l'examen psychiatrique sont essentielles (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_203/2011 du 22 novembre 2011 consid. 4.3). De surcroît, le Dr F_____ a pris contact avec le psychiatre traitant et a dûment motivé les diagnostics retenus ou écartés selon un système de classification reconnue.

Enfin, la chambre de céans relèvera que l'appréciation du Dr C_____ n'est nullement corroborée par le rapport du Dr D_____ puisque ce dernier a estimé que l'incapacité de travail était temporaire et que le recourant pourrait à nouveau exercer sa profession (cf. rapport du 13 mai 2011).

d. Le recourant fait grief à l'expert d'avoir retenu une capacité de travail entière dans l'activité habituelle de chauffeur professionnel, alors qu'il ne pourrait plus conduire en raison des nombreux médicaments qu'il prend, et d'avoir considéré que ses facultés cognitives réelles étaient supérieures à ce qui était affiché, sans rechercher la cause des oublis et approximations inexplicables.

La chambre de céans rappellera que l'expert a dûment précisé les motifs qui l'ont conduit à douter des déclarations du recourant. Concernant l'aptitude à la conduite professionnelle, il est exact que le Dr F_____ ne s'est pas prononcé sur les éventuels effets secondaires du traitement médicamenteux. Toutefois, un tel silence ne saurait être interprété comme un manquement, ce d'autant plus que l'expert a confirmé à répétitions reprises que le recourant ne présentait qu'une seule affection psychique qui n'engendrait aucune limitation fonctionnelle et a estimé que le traitement médicamenteux n'était pas adéquat au regard des pathologies retenues.

10. Eu égard à tout ce qui précède, il y a lieu de reconnaître une pleine valeur probante à l'expertise du Dr F_____, que les appréciations du Dr C_____ ne sauraient remettre en question.
11. Partant, c'est à juste titre que l'intimé a rejeté la demande de prestations du recourant.
12. Par conséquent, le recours sera rejeté.

Bien que la procédure ne soit pas gratuite en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1bis LAI), il convient de renoncer à la perception d'un émolument, le recourant étant au bénéfice de l'assistance juridique (art. 12 al. 1 du règlement sur

les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Renonce à la perception d'un émolument à la charge du recourant, dans le sens des considérants.
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

Isabelle CASTILLO

Juliana BALDÉ

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