RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/486/2022 **ATAS/995/2022**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 15 novembre 2022

15ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, Poste restante, à GENÈVE recourant

contre

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

Siégeant : Marine WYSSENBACH, Présidente; Andres PEREZ et Christine TARRIT-DESHUSSES, Juges assesseurs

EN FAIT

A. **a.** Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant franco-suisse né le _____ 1966, divorcé, sans enfants, titulaire d'une maturité commerciale obtenue en 1988, a déposé, le 30 janvier 2020, une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI ou l'intimé), mentionnant que son activité actuelle était celle d'assistant de vie d'une personne âgée, depuis le 1er mai 2019, à un taux d'activité de 20%, et qu'il avait travaillé en qualité de secrétaire auprès du département de l'instruction publique (ci-après : DIP) à 60% du 1er septembre 2008 au 30 novembre 2010. En incapacité de travail complète du 19 août au 19 septembre 2019, il présentait des troubles obsessionnels compulsifs et une dépression grave et chronique, affections pour lesquelles il était suivi depuis 2002 par le docteur B_____, spécialiste en médecine interne générale, dont la prise en charge était complétée depuis le 4 mars 2019 par le docteur C_____, psychiatre exerçant à Annemasse et Reignier (France).

b. Par courrier du 19 février 2020 à l'OAI, l'assuré a indiqué que son activité d'assistant de vie au taux de 20% était exercée à Moëns (France) et toujours en cours.

c. Dans un rapport du 9 mars 2020, le Dr B_____ a mentionné que le traitement de l'assuré et son incapacité de travail totale remontaient à 2006, en raison d'un état dépressif chronique avec troubles obsessionnels compulsifs. S'y ajoutaient des idées paranoïaques et des crises de panique. Outre ces diagnostics, l'assuré avait subi un infarctus du myocarde en octobre 2019 et présentait un syndrome des jambes sans repos depuis septembre 2019, sans effet sur la capacité de travail.

d. Dans un rapport du 8 juin 2020, le Dr C_____ a posé les diagnostics incapacitants de troubles obsessionnels compulsifs (F42.0) et de personnalité anxieuse (F60.6). Ces troubles, pour lesquels l'assuré était auparavant soigné à Genève, remontaient à 2010-2011 et envahissaient de plus en plus le quotidien, que ce soit sur un plan privé ou professionnel ; on observait une ankylose et une inertie à la réalisation des tâches quelles qu'elles soient. Les ressources socio-relationnelles étaient pauvres, mais la capacité cognitive préservée. La capacité de travail, qui était difficile à évaluer en consultation, serait à tester dans le cadre d'un stage d'évaluation. Interrogé sur les limitations fonctionnelles liées aux diagnostics précités, le Dr C_____ a indiqué que celles-ci se manifestaient par de la « procrastination […] et [du] parasitisme idéique de pensées intrusives perturbant et freinant la disponibilité aux tâches professionnelles ». Depuis le début de la prise en charge, l'évolution allait dans le sens d'une aggravation et d'un épuisement de l'assuré.

e. Le 2 juillet 2020, l'assuré a complété un questionnaire relatif à son statut en indiquant que sans son atteinte à la santé, il exercerait une activité administrative dans la vente au détail, ce depuis fin 2010, à 85% pour avoir un revenu décent. Étant trop malade pour travailler et souffrant de dépression, il n'avait pas entrepris de démarches concrètes pour rechercher un emploi. Depuis la perte de son emploi principal fin 2010, il avait épuisé toutes ses économies et dépendait d'autrui pour sa subsistance.

f. Par avis du 15 octobre 2020, le service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a estimé que l'examen des pièces médicales ne permettait pas d'évaluer la sévérité des atteintes à la santé et qu'ainsi, la réalisation d'une expertise psychiatrique était nécessaire.

g. Par pli du 4 novembre 2020, l'OAI a informé l'assuré que l'experte pressentie était la doctoresse D_____, spécialiste en neurochirurgie, psychiatrie et psychothérapie, qu'il pouvait adresser des questions complémentaires à celles, produites en annexe, qui seraient soumises à l'experte et faire valoir d'éventuels motifs de récusation à l'encontre de la Dresse D_____.

h. La Dresse D_____, assistée de Madame E_____, psychologue FSP, a reçu l'assuré en entretien les 7 et 14 janvier 2021 et a rendu ses conclusions le 25 janvier 2021. Elle a posé les diagnostics de troubles dépressifs récurrents moyens avec syndrome somatique (F33.1), présent depuis août 2019, de trouble obsessionnel compulsif avec des idées ou ruminations obsédantes au premier plan (F42.0) et de trouble de la personnalité anankastique, évitante, émotionnellement labile de type impulsif et paranoïaque actuellement non décompensé. Sur ces trois diagnostics, seuls les deux premiers avaient une répercussion sur la capacité de travail. Interrogée sur la capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici, soit celle de proche aidant (au service de sa mère), l'experte a répondu que cette capacité était actuellement de 50% sans baisse de rendement (ou de 100% avec une baisse de rendement de 50%), ce depuis août 2019. Dans une activité adaptée (ce qui était le cas de l'activité de proche aidant, pour autant qu'elle n'implique pas la conduite d'un véhicule automobile), la capacité de travail était de 50% sans baisse de rendement. Cependant, la situation n'était pas stabilisée et devait être réévaluée d'ici une année après la mise en place de mesures thérapeutiques (suivi psychothérapeutique à raison d'une fois par semaine et changement du traitement antidépresseur).

i. Par avis du 3 février 2021, le SMR a fait siennes les conclusions de l'expertise et a retenu, à titre de limitations fonctionnelles, un ralentissement psychomoteur modéré verbal, moteur et idéique, des troubles de la concentration, surtout subjectifs, une fatigue objectivable, une tristesse modérée présente la plupart de la journée, une faible estime de soi, avec isolement social partiel, mais pas total, avec anhédonie partielle, avec des idées obsédantes et des obsessions qui faisaient que l'assuré perdait environ quatre heures et demi par jour.

j. Le 22 mars 2021, l'OAI a effectué une enquête économique sur le ménage. Étant donné qu'il n'avait pas de domicile fixe mais était hébergé en alternance chez sa mère, en France voisine, et chez une amie, à Genève, l'assuré s'est rendu dans les locaux de l'OAI aux fins d'un entretien avec l'enquêtrice. Sur la base des informations recueillies à cette occasion, l'OAI a conclu à un empêchement (pondéré comme non pondéré) de 16% dans les travaux habituels, déterminé de la manière suivante :

Travaux	Exigibilité en %	Pondération en %	Empêchement en %	Empêchement pondéré
Alimentation		28%	20%	5.6%
Exigibilité	0%		20%	5.6%
Entretien du logement		24%	20%	4.8%
Exigibilité	0%		20%	4.8%
Achats et courses diverses		10%	20%	2%
Exigibilité	0%		20%	2%
Lessive et entretien des vêtements		18%	20%	3.6%
Exigibilité	0%		20%	3.6%
Soins et assistance aux enfants et aux proches (conjoint et parents en ligne directe)		20%	0%	0%
Exigibilité	0 %		0%	0%
Total des champs d'activité				100%
Total de l'exigibilité retenue				0%
Total – empêchement pondéré sans exigibilité				16%
Total – empêchement pondéré avec exigibilité				16%

L'enquêtrice a détaillé les empêchements pour chaque poste, qu'elle a évalués en tenant compte de la capacité de travail de 50% et des limitations fonctionnelles mentionnées dans l'avis du 3 février 2021 du SMR. Elle n'a tenu compte

d'aucune exigibilité à la charge de la mère de l'assuré, âgée de 88 ans et gravement atteinte dans sa santé. Entre 2018 et 2020, l'assuré avait exercé un emploi de proche-aidant à 20% auprès de sa mère. Depuis janvier 2021, il ne recevait plus aucun revenu, car sa mère ne pouvait plus le rémunérer en tant que proche aidant. Elle avait désormais besoin de soins plus importants et faisait intervenir un service d'aide à domicile pour les soins de base dont elle avait besoin.

B. **a.** Par projet de décision du 9 avril 2021, l'OAI a octroyé un quart de rente d'invalidité à l'assuré dès le 1er août 2020. Le statut d'assuré retenu dans le cas concret était celui d'une personne se consacrant à 85% à son activité professionnelle et, pour les 15% restants, à l'accomplissement de ses travaux habituels. Il ressortait de l'instruction médicale que depuis le mois d'août 2019 (correspondant au début du délai d'attente d'un an), l'incapacité de travail de l'assuré était de 50% dans toute activité entrant en ligne de compte, de sorte que l'incapacité de gain était de 50% à compter du 1er août 2020. Dans la sphère des travaux habituels, l'empêchement était de 16%. En tenant compte de la perte économique de 50% subie dans la sphère professionnelle (85%), respectivement de l'empêchement de 16% subi dans la sphère des travaux habituels (15%), le taux d'invalidité s'élevait à 45% (soit 42.5% + 2.4%), ouvrant ainsi le droit à un quart de rente de l'assurance-invalidité.

b. Par pli du 3 mai 2021, l'assuré a contesté ce projet en soutenant en substance que son incapacité de travail avait été sous-estimée et qu'une rente correspondant à un taux d'invalidité compris entre 50 et 70% était plus en adéquation avec son état d'épuisement.

c. Le 3 juin 2021, l'assuré a interjeté recours à la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : chambre de céans) contre ce projet de décision et a conclu à l'octroi d'une rente supérieure à un quart de rente.

À l'appui de son écriture, il a produit un rapport du 2 juin 2021 du Dr C_____ selon lequel si l'assuré présentait une performance cognitive instantanée correcte, voire normale, cette performance au sens scientifique du terme s'amenuisait rapidement sous la pression de pensées intrusives. Dès lors, il paraissait légitime de réexaminer le taux d'invalidité retenu en fonction de cette fatigabilité qui entrecoupait les moments de disponibilité psychique au travail de l'assuré.

d. Par réponse du 14 juin 2021, l'OAI a proposé de déclarer ce recours sans objet, étant donné qu'il n'avait pas été interjeté contre une décision.

e. Le 5 juillet 2021, l'assuré a répliqué en soutenant qu'il était faux de prétendre qu'aucune décision n'avait été rendue et que l'OAI essayait de contourner le fonds du litige, « à savoir le débat médical, en présentant un historique administratif erroné et incomplet ».

f. Par arrêt ATAS/893/2021 du 31 août 2021, rendu dans la cause enregistrée sous le numéro de procédure A/1912/2021, la chambre de céans a jugé que le recours était prématuré et, partant, irrecevable.

g. Par avis du 9 novembre 2021, le docteur F_____, médecin du SMR, a estimé que le rapport du 2 juin 2021 du Dr C_____ n'apportait pas d'éléments médicaux objectivables compatibles avec une modification de l'état de santé de l'assuré depuis l'expertise réalisée par la Dresse D_____. Dans ces circonstances, les conclusions du rapport du SMR du 3 février 2021 restaient valables.

h. Par décision du 18 novembre 2021, l'OAI a considéré que les arguments soulevés à l'encontre du projet de décision du 9 avril 2021 n'étaient pas de nature à modifier sa précédente appréciation. Aussi a-t-il octroyé à l'assuré un quart de rente à compter du 1er août 2020, correspondant à une rente mensuelle de CHF 358.- jusqu'au mois de décembre 2020, majorée à CHF 361.- dès le mois de janvier 2022.

C. **a.** Par pli du 3 février 2022, l'assuré a adressé à l'office cantonal des assurances sociales (ci-après : OCAS) une copie du courrier qu'il avait adressé le 5 juillet 2021 à la chambre de céans dans le cadre de la procédure A/1912/2021 et a invité l'OCAS à prendre en compte le rapport du 2 juin 2021 du Dr C_____.

b. Le 9 février 2022, l'OAI a transmis, pour raisons de compétence, l'envoi du 3 février 2022 et ses annexes à la chambre de céans.

c. Par courrier du 14 février 2022, la chambre de céans a informé l'assuré que son recours du 3 février 2022 ne remplissait pas, en l'état, les conditions de recevabilité. Aussi l'a-t-elle invité à le rendre conforme aux réquisits formels en la matière.

d. Par acte du 23 février 2022, le recourant a conclu en substance à la réformation de la décision du 18 novembre 2021, en ce sens que la chambre de céans était invitée à dire et constater qu'il avait droit à une rente correspondant à un taux d'invalidité de 75%.

À l'appui de ses conclusions, il a fait valoir que lors des tests que l'experte-psychiatre lui avait fait passer, il avait certes obtenu d'assez bons résultats à certains d'entre eux, notamment les tests de concentration et de discernement, mais qu'il n'était pas en mesure de maintenir la capacité mesurée sur une période prolongée de plusieurs heures, comme en attestait le rapport du 2 juin 2021 du Dr C_____. En réalité, son état de santé lui permettait de réaliser un salaire correspondant à une activité exercée à un taux compris entre 15 et 25%, ce qui n'était pas suffisant pour mener une vie décente. De plus, aucune enquête ménagère n'avait été effectuée à son domicile : il avait seulement été convoqué à un entretien durant lequel il n'avait pas eu l'occasion de décrire son état de santé, notamment pour ce qui touchait à l'exercice de ses « activités de ménage et de ravitaillement, etc. ». Par ailleurs, pour les tâches ménagères, il avait bénéficié,

jusqu'au décès de sa mère, le 15 janvier 2022, de l'aide de la femme de ménage de cette dernière en matière de ménage ou de préparation des repas. Depuis lors, il ne recevait plus aucun « support familial ».

e. Par réponse du 16 mars 2022, l'intimé a conclu au rejet du recours en renvoyant pour l'essentiel aux conclusions du rapport d'expertise psychiatrique du 25 janvier 2021.

f. Le 31 mars 2022, le recourant a répliqué en contestant la valeur probante de l'expertise, motif pris que le Dr C_____, dont le rapport était précis et les explications détaillées, mentionnait des aspects fondamentaux que l'experte ne pouvait appréhender en un temps aussi court et par le biais d'une analyse aussi générale.

g. Par courrier du 12 avril 2022, l'intimé a indiqué que l'écriture du 31 mars 2022 n'appelait pas de remarques supplémentaires de sa part.

h. Par pli du 4 mai 2022, le recourant a persisté dans ses conclusions en indiquant que l'absence de remarques supplémentaires de la part de l'intimé confirmait la qualité et la valeur des analyses qu'il avait faites dans ses précédents courriers.

i. Le 16 mai 2022, la chambre de céans a transmis, pour information, une copie de ce courrier à l'intimé.

j. Sur quoi, 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), 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.

2.1 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.

2.2 Le 1er janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Dans la mesure où le recours a été interjeté postérieurement au 1er janvier 2021, il est soumis au nouveau droit (cf. art. 82*a* a contrario LPGA).

2.3 Le 1er janvier 2022, sont entrées en vigueur les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705).

En cas de changement de règles de droit, la législation applicable reste, en principe, celle en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge se fonde, en règle générale, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; ATF 132 V 215 consid. 3.1.1 et les références).

En l'occurrence, la décision querellée a été rendue antérieurement au 1er janvier 2022, de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur ancienne teneur.

3. Selon l'art. 60 al. 1 LPGA, le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours. L'art. 38 al. 1 LPGA, applicable par analogie en vertu de l'art. 60 al. 2 LPGA, dispose que si le délai, compté par jours ou par mois, doit être communiqué aux parties, il commence à courir le lendemain de la communication. L'art. 41 LPGA dispose que si le requérant ou son mandataire a été empêché, sans sa faute, d'agir dans le délai fixé, celui-ci est restitué pour autant que, dans les 30 jours à compter de celui où l'empêchement a cessé, le requérant ou son mandataire ait déposé une demande motivée de restitution et ait accompli l'acte omis.

Selon l'art. 38 al. 4 let. c LPGA, les délais en jours ou en mois fixés par la loi ou l'autorité ne courent pas du 18 décembre au 2 janvier inclusivement.

Aux termes de l'art. 39 al. 2 LPGA, applicable par analogie en vertu de l'art. 60 al. 2 LPGA, lorsqu'une partie s'adresse en temps utile à un assureur incompétent, le délai est réputé observé.

Le respect du délai de recours, qui doit être examiné d'office, constitue une condition dont la non réalisation est sanctionnée de plein droit par l'irrecevabilité du recours (cf. Suzanne BOLLINGER, in Frésard-Fellay, Klett, Leuzinger [éd.], Basler Kommentar, Allgemeiner Teil des Sozialversicherungsrechts, 2020, n. 3 ad art. 60 LPGA).

La notification doit permettre au destinataire de prendre connaissance de la décision et, le cas échéant, de faire usage des voies de droit ouvertes à son encontre. On considère que la décision est notifiée, non pas au moment où le destinataire en prend connaissance, mais le jour où elle est dûment communiquée; s'agissant d'un acte soumis à réception, la notification est réputée parfaite au moment où la décision entre dans la sphère de puissance de son destinataire (ATF 113 Ib 296 consid. 2a et les références). Selon la jurisprudence, le fardeau de la preuve de la notification d'un acte et de la date à laquelle celui-ci a été notifié incombe en principe à l'autorité qui entend en tirer une conséquence juridique (ATF 129 I 8 consid. 2.2, 124 V 400 consid. 2a, 122 I 97 consid. 3b, 114 III 51 consid. 3c et 4, 103 V 63 consid. 2a), laquelle supporte donc les conséquences de l'absence de preuve, en ce sens que, si la notification ou sa date sont contestées et s'il existe un doute à ce sujet, il y a lieu de se fonder sur les déclarations du

destinataire de l'envoi (arrêt du Tribunal fédéral 9C_413/2011 du 15 mai 2012 consid. 4.3).

Datée du jeudi 18 novembre 2021 et postée en courrier A, la décision litigieuse n'a pas été envoyée en poste restante au recourant (contrairement à plusieurs communications antérieures de l'intimé), mais à l'adresse d'un tiers, soit « c/o Madame G_____, avenue H_____, 1219 Le Lignon », où elle a été reçue au plus tôt le vendredi 19 novembre 2021. Dans cette hypothèse, et pour autant que la boîte aux lettres associée à la personne et à l'adresse citées puisse être considérée comme étant dans la sphère de puissance du destinataire de la décision, le délai de recours aurait commencé à courir le 20 novembre 2021 avant d'être suspendu du 18 décembre 2021 au 2 janvier 2022 et d'arriver à échéance le 4 janvier 2022. Interjeté le 3 février 2022, le recours serait ainsi tardif, étant toutefois précisé que le recourant, qui n'a pas demandé de restitution de délai, ne mentionne pas non plus dans ses divers courriers à quelle date il a reçu la décision attaquée.

Cela étant, la question de la recevabilité de l'acte du 3 février 2022 peut souffrir dans ce cas de rester ouverte, dès lors que le recours doit être de toute manière rejeté pour les motifs exposés ci-après.

4. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente supérieure au quart de rente octroyé.

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).

6.

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

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA ; ATF 130 V 343 consid. 3.4). La détermination du taux d'invalidité ne saurait reposer sur la simple évaluation médico-théorique de la capacité de travail de

l'assuré car cela revient à déduire de manière abstraite le degré d'invalidité de l'incapacité de travail, sans tenir compte de l'incidence économique de l'atteinte à la santé (ATF 114 V 281 consid. 1c et 310 consid. 3c ; RAMA 1996 n° U 237 p. 36 consid. 3b).

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).

6.2

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

La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanent d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel la CIM ou le DSM-IV (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 ; ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1; ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

6.2.2 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).

Le Tribunal fédéral a en revanche maintenu, voire renforcé la portée des motifs d'exclusion définis dans l'ATF 131 V 49, aux termes desquels il y a lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble au sens de la classification sont réalisées. Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psycho-social intact (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1 et 2.2.2; ATF 132 V 65 consid. 4.2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_16/2016 du 14 juin 2016 consid. 3.2).

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).

6.2.3 La capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant de mettre en regard les facteurs extérieurs incapacitants d'une part et les ressources de compensation de la personne d'autre part (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). Il n'y a plus lieu de se fonder sur les critères de l'ATF 130 V 352, mais sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4). Dans ce cadre, il convient d'évaluer globalement, sur une base individuelle, les capacités fonctionnelles effectives de la personne concernée en tenant compte, d'une part, des facteurs contraignants extérieurs limitant les capacités fonctionnelles et, d'autre part, les potentiels de compensation (ressources).

La question des effets fonctionnels d'un trouble doit dès lors être au centre. La preuve d'une invalidité ouvrant le droit à une rente ne peut en principe être considérée comme rapportée que lorsqu'il existe une cohérence au niveau des limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation de la capacité de travail invalidante n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée.

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).

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). Ces indicateurs sont classés comme suit :

I. Catégorie « degré de gravité fonctionnelle »

Les indicateurs relevant de cette catégorie représentent l'instrument de base de l'analyse. Les déductions qui en sont tirées devront, dans un second temps, résister à un examen de la cohérence (ATF 141 V 281 consid. 4.3).

A. Axe « atteinte à la santé »

1. Expression des éléments pertinents pour le diagnostic et des symptômes

Les constatations relatives aux manifestations concrètes de l'atteinte à la santé diagnostiquée permettent de distinguer les limitations fonctionnelles causées par cette atteinte de celles dues à des facteurs non assurés. Le point de départ est le degré de gravité minimal inhérent au diagnostic. Il doit être rendu vraisemblable compte tenu de l'étiologie et de la pathogenèse de la pathologie déterminante pour le diagnostic (consid. 4.3.1.1).

2. Succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à ces derniers

Ce critère est un indicateur important pour apprécier le degré de gravité. L'échec définitif d'un traitement indiqué, réalisé lege artis sur un assuré qui coopère de manière optimale, permet de conclure à un pronostic négatif. Si le traitement ne correspond pas ou plus aux connaissances médicales actuelles ou paraît inapproprié dans le cas d'espèce, on ne peut rien en déduire s'agissant du degré de gravité de la pathologie. Les troubles psychiques sont invalidants lorsqu'ils sont graves et ne peuvent pas ou plus être traités médicalement. Des déductions sur le degré de gravité d'une atteinte à la santé peuvent être tirées non seulement du traitement médical mais aussi de la réadaptation. Si des mesures de réadaptation entrent en considération après une évaluation médicale, l'attitude de l'assuré est déterminante pour juger du caractère invalidant ou non de l'atteinte à la santé. Le refus de l'assuré d'y participer est un indice sérieux d'une atteinte non invalidante. À l'inverse, une réadaptation qui se conclut par un échec en dépit d'une coopération optimale de la personne assurée peut être significative dans le

cadre d'un examen global tenant compte des circonstances du cas particulier (consid. 4.3.1.2).

3. Comorbidités

La comorbidité psychique ne doit être prise en considération qu'en fonction de son importance concrète dans le cas d'espèce, par exemple pour juger si elle prive l'assuré de ressources. Il est nécessaire de procéder à une approche globale de l'influence du trouble somatoforme douloureux avec l'ensemble des pathologies concomitantes. Un trouble qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidant en tant que tel (cf. consid. 4.3.1.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_98/2010 du 28 avril 2010 consid. 2.2.2, in RSAS 2011 IV n° 17, p. 44) n'est pas une comorbidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1040/2010 du 6 juin 2011 consid. 3.4.2.1, in RSAS 2012 IV n° 1, p. 1) mais doit à la rigueur être pris en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité (ATF 141 V 281 consid. 4.3.2). Ainsi, un trouble dépressif réactionnel au trouble somatoforme ne perd pas toute signification en tant que facteur d'affaiblissement potentiel des ressources, mais doit être pris en considération dans l'approche globale (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.3).

B. Axe « personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles)

Il s'agit d'accorder une importance accrue au complexe de personnalité de l'assuré (développement et structure de la personnalité, fonctions psychiques fondamentales). Le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du Moi » (conscience de soi et de l'autre, appréhension de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation) entre aussi en considération. Comme les diagnostics relevant des troubles de la personnalité sont, plus que d'autres indicateurs, dépendants du médecin examinateur, les exigences de motivation sont particulièrement élevées (consid. 4.3.2).

C. Axe « contexte social »

Si des difficultés sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles continuent à ne pas être prises en considération. En revanche, le contexte de vie de l'assuré peut lui procurer des ressources mobilisables, par exemple par le biais de son réseau social. Il faut toujours s'assurer qu'une incapacité de travail pour des raisons de santé ne se confond pas avec le chômage non assuré ou avec d'autres difficultés de vie (consid. 4.3.3).

II. Catégorie « cohérence »

Cette seconde catégorie comprend les indicateurs liés au comportement de l'assuré (consid. 4.4).

A. Limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie

Il s'agit ici de se demander si l'atteinte à la santé limite l'assuré de manière semblable dans son activité professionnelle ou dans l'exécution de ses travaux habituels et dans les autres activités (par exemple, les loisirs). Le critère du retrait social utilisé jusqu'ici doit désormais être interprété de telle sorte qu'il se réfère non seulement aux limitations mais également aux ressources de l'assuré et à sa capacité à les mobiliser. Dans la mesure du possible, il convient de comparer le niveau d'activité sociale de l'assuré avant et après la survenance de l'atteinte à la santé (consid. 4.4.1).

B. Poids de la souffrance révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation

La prise en compte d'options thérapeutiques, autrement dit la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, permet d'évaluer le poids effectif des souffrances. Tel n'est toutefois pas le cas lorsque le comportement est influencé par la procédure assécurologique en cours. Il ne faut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsque le refus ou la mauvaise acceptation du traitement recommandé est la conséquence d'une incapacité (inévitable) de l'assuré à reconnaître sa maladie (anosognosie). Les mêmes principes s'appliquent pour les mesures de réadaptation. Un comportement incohérent de l'assuré est là aussi un indice que la limitation fonctionnelle est due à d'autres raisons que l'atteinte à la santé assurée (consid. 4.4.2).

7.

7.1 Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1). La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 ; ATF 115 V 133 consid. 2 ; ATF 114 V 310 consid. 3c ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2).

7.2 Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c 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).

7.3 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.

7.3.1 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).

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

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

7.3.4 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 ; SVR 2008 IV n° 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_776/2009 du 11 juin 2010 consid. 2.2).

8.

8.1 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). Il n'existe 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).

8.2 Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a ; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 – Cst ; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b ; ATF 122 V 157 consid. 1d).

9.

9.1 Faisant sien l'avis du SMR du 3 février 2021, lui-même fondé sur le rapport d'expertise psychiatrique du 25 janvier 2021, l'intimé considère que le recourant présente une capacité de travail de 50% dans toute activité entrant en ligne de compte (y compris l'activité habituelle) depuis août 2019, et une incapacité de

gain de 50% à l'issue du délai d'attente d'un an, soit au 1er août 2020. La décision litigieuse retient également que compte tenu d'une perte de gain de 50%, le degré d'invalidité pour la part active (85%) s'élève à 42.5% (soit 50 x 85/100), alors que dans la part consacrée aux travaux habituels (15%), il se monte à 2.4%, compte tenu d'un empêchement de 16% (soit 16 x 15/100), ce qui conduit à une invalidité totale de 45% (soit 42.5 + 2.4, arrondi à 45%).

Pour sa part, le recourant conteste la capacité de travail exigible de 50% retenue par le rapport d'expertise dans toute activité adaptée (dont l'activité habituelle), motif pris que selon son psychiatre, le Dr C_____, cette capacité serait en réalité inférieure en raison d'une fatigabilité entrecoupant les moments de disponibilité psychique au travail.

Dans ces conditions, il convient d'examiner tout d'abord la valeur probante du rapport d'expertise psychiatrique du 25 janvier 2021.

Dans ce rapport, la Dresse D_____ retient en synthèse que le trouble de la personnalité anankastique, évitante, émotionellement labile de type impulsif et paranoïaque (actuellement non décompensé) est sans effet sur la capacité de travail. En revanche, les troubles dépressifs récurrents moyens avec syndrome somatique (F33.11), présents depuis 2019 et au moment de l'expertise, ainsi que le trouble obsessionnel compulsif avec des idées ou ruminations obsédantes au premier plan (F42.0) entrainent des limitations fonctionnelles modérées, mais significatives dans le sens d'un ralentissement psychomoteur modéré verbal, moteur et idéique, des troubles de la concentration surtout subjectifs, une fatigue objectivable, une tristesse modérée présente la plupart de la journée, une faible estime de soi, avec isolement social partiel, mais pas total, avec anhédonie partielle, avec des idées obsédantes et des obsessions qui font que depuis août 2019, la capacité de travail du recourant est réduite à 100% avec une diminution de rendement de 50% ou, exprimé en d'autres termes, à 50%, sans diminution de rendement, dans toute activité n'impliquant pas la conduite d'une automobile.

Pour parvenir à cette conclusion, la Dresse D_____ a effectué une analyse des indicateurs jurisprudentiels pertinents. En particulier, s'agissant du traitement, elle a objectivé une évolution stationnaire des troubles avec un traitement partiellement adéquat des troubles correspondant aux diagnostics précités ; un changement du traitement antidépresseur s'imposait et la psychothérapie, suivie au rythme d'une fois tous les deux mois, n'était pas assez fréquente.

Concernant l'axe « personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles), l'anamnèse révélait que le recourant présentait de longue date des comportements durables et stables nettement disharmonieux dans plusieurs secteurs du fonctionnement, ce qui permettait à la Dresse D_____ de retenir la présence du trouble mixte de la personnalité (anankastique) précité, à l'instar du psychiatre traitant. Même s'il était présent depuis le début de l'âge adulte, ce trouble, qui était actuellement non décompensé, n'avait pas empêché le recourant

de travailler sans limitations par le passé et ne l'empêchait actuellement pas de gérer son quotidien. Quant aux troubles dépressifs et au trouble obsessionnel compulsif, ils s'accompagnaient de limitations fonctionnelles modérées au quotidien.

S'agissant du contexte social, il apparaissait, au moment de l'expertise, que le recourant avait conservé des capacités et ressources limitées, mais pas inexistantes, car il arrivait, selon l'anamnèse, à garder quelques relations sociales avec des amis et des connaissances, en plus de plusieurs membres de la famille, ce qui permettait à l'experte de retenir un isolement social non pas total, mais partiel depuis août 2019 jusqu'à la date de l'expertise.

En ce qui concernait l'aspect « cohérence », l'experte a objectivé une bonne cohérence entre la plupart des plaintes subjectives et le constat objectif, le décalage existant entre la fatigue, les troubles de la concentration et le constat objectif s'inscrivant dans le contexte d'un trouble de la personnalité mixte avec des bénéfices primaires plutôt que secondaires, qui existaient également. Cela étant, au moment de l'expertise, le recourant gardait des capacités et ressources personnelles limitées, mais néanmoins présentes, car tout en étant sous l'emprise d'un ralentissement psychomoteur objectivable modéré, accompagné d'une tristesse modérée, il arrivait à gérer son quotidien, à avoir des contacts sociaux, à faire le ménage en mettant plus de temps, à regarder la télévision, à conduire la voiture, à gérer l'administratif, à faire du ski ou du jardinage, à passer de bons moments en famille ou avec des amis, etc. En conséquence, sous l'angle d'une limitation uniforme du niveau d'activité dans tous les domaines comparables de la vie, il n'y avait pas lieu de retenir de limitations fonctionnelles significatives, mais modérées d'un point de vue psychiatrique depuis août 2019 jusqu'à la date de l'expertise. Quant à la question du poids éventuel des souffrances révélées par l'anamnèse dans la perspective du traitement et de la réadaptation, l'experte était d'avis que le recourant présentait une motivation assez bonne pour une réadaptation professionnelle et bonne pour les antidépresseurs.

En conclusion, la Dresse D_____ a estimé que les indices jurisprudentiels de gravité pour les troubles diagnostiqués précités (F33.11 et F42.0) étaient remplis depuis août 2019 jusqu'à la date de l'expertise pour une capacité de travail de 50%.

La chambre de céans constate que le rapport d'expertise de la Dresse D_____ comporte une anamnèse complète et détaillée d'un point de vue médical, familial et personnel, une description du status sur la base de deux entretiens d'expertise, du dossier médical et des plaintes exprimées et, enfin, que les conclusions sont cohérentes et motivées selon les indicateurs jurisprudentiels pertinents. Il convient donc d'en reconnaître la valeur probante.

9.2 D'avis contraire, le recourant soutient en substance que la capacité de travail exigible serait surévaluée par l'experte et qu'il conviendrait d'avoir à l'esprit

que les assez bons résultats obtenus à certains tests « notamment de concentration et de discernement », effectués dans le cadre de l'expertise ne sauraient être reproduits sur une période prolongée de plusieurs heures. À cet égard, le recourant renvoie au rapport du 2 juin 2021 du Dr C_____, plus particulièrement à l'affirmation selon laquelle « la performance cognitive instantanée au service de son emploi [serait] correcte voire normale [mais] pas robuste », qu'elle s'épuiserait rapidement sous la pression de pensées intrusives.

La chambre de céans constate cependant qu'il serait erroné de prétendre que les conclusions de l'experte reposeraient sur une analyse incomplète de la situation. Il n'a en effet pas échappé à la Dresse D_____ que malgré le score assez bon de 43/60 obtenu au test des matrices de Raven, « dans un temps de concentration maximale de 60 minutes environ » (rapport d'expertise, p. 21), « les indices de gravité des troubles psychiques […] sont remplis depuis août 2019 au présent pour une capacité de travail de 50% en lien avec des limitations fonctionnelles modérées mais significatives cliniquement dans le sens d'un ralentissement psychomoteur modéré, des troubles de la concentration subjectifs, d'une fatigue objectivable, d'une tristesse modérée présente la plupart de la journée, d'une faible estime de soi, avec isolement social partiel, mais sans anhédonie totale mais partielle et avec des idées obsédantes et des rituels compulsifs qui font que l'assuré perd quatre heures et demi par jour » (rapport d'expertise, p. 38, point 8.1).

Comme on peut le constater, l'examen de la Dresse D_____ relève précisément que la concentration maximale a été tenue 60 minutes environ, de sorte que l'argument tiré d'une prétendue extrapolation de cette capacité sur une durée plus longue tombe à faux. En outre, il serait erroné de réduire la portée des conclusions rendues par l'experte (en termes de capacité de travail) au seul test des matrices de Raven puisque l'analyse effectuée, loin de se limiter au test en question, a justement permis à l'experte de constater, entre autres symptômes, un ralentissement psychomoteur modéré, ainsi qu'une fatigue objectivable.

Au regard de ces éléments, il apparaît qu'en concluant à une capacité de travail exigible moins étendue que celle retenue par l'experte, sans d'ailleurs la quantifier, le Dr C_____ n'explique pas sa différence d'appréciation par des éléments objectivement vérifiables et suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions bien motivées de l'experte, d'autant plus que ces dernières sont fondées sur une analyse approfondie effectuée au moyen de l'ensemble des indicateurs jurisprudentiels déterminants en matière de troubles psychiques, contrairement au rapport très succinct du 2 juin 2021 du Dr C_____.

On ajoutera que les remarques faites au sujet de ce rapport concernent *mutatis mutandis* le rapport du 9 mars 2020 du Dr B_____, étant relevé par ailleurs que tout en mentionnant une capacité de travail nulle sans motiver cette appréciation, ce médecin ne se détermine pas sur le point 4.1 du questionnaire de l'OAI (« combien d'heures de travail par jour peut-on raisonnablement attendre de votre

patient dans l'activité qu'il a exercée jusqu'ici ? »), mais répond de façon assez contradictoire : « voir avec psy ».

9.3 Compte tenu de ces éléments, la chambre de céans considère que le SMR et, à sa suite, l'intimé, étaient fondés à reprendre à leur compte les conclusions de l'expertise psychiatrique. En conséquence, la chambre de céans constate qu'il est établi, au degré requis de la vraisemblance prépondérante, que depuis août 2019, la capacité de travail du recourant est de 50%, sans diminution de rendement, dans son activité habituelle comme dans une activité adaptée.

10.

10.1 Tant lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci (art. 17 LPGA), il faut examiner sous l'angle des art. 4 et 5 LAI quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer (art. 28a LAI, en corrélation avec les art. 27 ss RAI). Le choix de l'une des trois méthodes entrant en considération (méthode générale de comparaison des revenus, méthode mixte, méthode spécifique) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel, assuré non actif. On décidera que l'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Lorsque l'assuré accomplit ses travaux habituels, il convient d'examiner, à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle, si, étant valide il aurait consacré l'essentiel de son activité à son ménage ou s'il aurait exercé une activité lucrative. Pour déterminer le champ d'activité probable de l'assuré, il faut notamment prendre en considération la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels (ATF 137 V 334 consid. 3.2; ATF 117 V 194 consid. 3b; Pratique VSI 1997 p. 301 ss consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_722/2016 du 17 février 2017 consid. 2.2). Cette évaluation tiendra également compte de la volonté hypothétique de l'assurée, qui comme fait interne ne peut être l'objet d'une administration directe de la preuve et doit être déduite d'indices extérieurs (arrêt du Tribunal fédéral 9C_55/2015 du 11 mai 2015 consid. 2.3 et l'arrêt cité) établis au degré de la vraisemblance prépondérante tel que requis en droit des assurances sociales (ATF 126 V 353 consid. 5b).

10.2 En l'espèce, l'intimé a retenu, sur la base des déclarations du recourant, que sans son atteinte à la santé, ce dernier aurait exercé une activité lucrative au taux de 85% sans invalidité et se serait consacré à son ménage le reste du temps. Le recourant ne conteste ni ce statut mixte ni la répartition retenue, de sorte qu'il y a lieu d'établir son degré d'invalidité sur la base d'une clé de répartition de 85% pour l'activité lucrative, respectivement 15% pour les travaux habituels.

11.

11.1 Lorsqu'il convient d'évaluer l'invalidité d'un assuré d'après la méthode mixte, l'invalidité des assurés qui n'exercent que partiellement une activité lucrative est, pour cette part, évaluée selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 28*a* al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). S'ils se consacrent en outre à leurs travaux habituels, l'invalidité est fixée selon la méthode spécifique pour cette activité. Dans ce cas, il faut déterminer la part respective de l'activité lucrative et celle de l'accomplissement des autres travaux habituels et calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont l'assuré est affecté dans les deux activités en question (art. 28*a* al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27bis RAI, ainsi que les art. 16 LPGA et 28*a* al. 2 LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA).

Ainsi, il convient d'évaluer, d'une part, l'invalidité dans les travaux habituels par comparaison des activités (art. 27 RAI) et, d'autre part, l'invalidité dans une activité lucrative par comparaison des revenus (art. 28*a* al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA) ; on pourra alors apprécier l'invalidité globale d'après le temps consacré à ces deux champs d'activité. La part de l'activité professionnelle dans l'ensemble des travaux de l'assuré est fixée en comparant l'horaire de travail usuel dans la profession en question et l'horaire accompli par l'assuré valide ; on calcule donc le rapport en pour-cent entre ces deux valeurs (ATF 104 V 136 consid. 2a ; RCC 1992 p. 136 consid. 1b). La part des travaux habituels constitue le reste du pourcentage (ATF 130 V 393 consid. 3.3 ; ATF 104 V 136 consid. 2a).

11.2 Concrètement, lorsque l'assuré ne peut plus exercer (ou plus dans une mesure suffisante) l'activité qu'il effectuait à temps partiel avant la survenance de l'atteinte à la santé, le revenu qu'il aurait pu obtenir effectivement dans cette activité (revenu sans invalidité) est comparé au revenu qu'il pourrait raisonnablement obtenir en dépit de son atteinte à la santé (revenu d'invalide). Autrement dit, le dernier salaire que l'assuré aurait pu obtenir compte tenu de l'évolution vraisemblable de la situation jusqu'au prononcé de la décision litigieuse – et non celui qu'il aurait pu réaliser s'il avait pleinement utilisé ses possibilités de gain (ATF 125 V 146 consid. 5c/bb) – est comparé au gain hypothétique qu'il pourrait obtenir sur un marché équilibré du travail en mettant pleinement à profit sa capacité résiduelle dans un emploi adapté à son handicap (ATF 125 V 146 consid. 5a). Sur ce dernier point, il y a lieu, en principe, en l'absence d'un revenu effectivement réalisé, de se référer aux données salariales telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires publiées par l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 75 consid. 3b). Toutefois, il n'est pas nécessaire de procéder par ce biais lorsque l'assuré est en mesure, malgré son handicap, d'exercer – fût-ce avec une diminution de rendement – l'activité pratiquée antérieurement (arrêt du Tribunal fédéral 9C_599/2011 du 13 janvier 2012, consid. 4.1). Selon la jurisprudence, il est en effet possible de fixer la perte de gain d'un assuré directement sur la base de son incapacité de travail en faisant

une comparaison en pour-cent. Cette méthode constitue une variante admissible de la comparaison des revenus basée sur des données statistiques : le revenu hypothétique réalisable sans invalidité équivaut alors à 100%, tandis que le revenu d'invalide est estimé à un pourcentage plus bas, la différence en pour-cent entre les deux valeurs exprimant le taux d'invalidité. L'application de cette méthode se justifie lorsque le salaire sans invalidité et celui avec invalidité sont fixés sur la base des mêmes données statistiques, lorsque les salaires avant et/ou après invalidité ne peuvent pas être déterminés, lorsque l'activité exercée précédemment est encore possible (en raison par exemple du contrat de travail qui n'a pas été résilié), ou encore lorsque cette activité offre de meilleures possibilités de réintégration professionnelle, en raison, par exemple, d'un salaire sans invalidité supérieur à celui avec invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_237/2016 du 24 août 2016 consid. 2.2 et les références).

11.3 Selon l'art. 27bis RAI en vigueur depuis le 1er janvier 2018, pour les personnes qui exercent une activité lucrative à temps partiel et accomplissent par ailleurs des travaux habituels visés à l'art. 7 al. 2 de la loi, le taux d'invalidité est déterminé par l'addition des taux suivants : a. le taux d'invalidité en lien avec l'activité lucrative; b. le taux d'invalidité en lien avec les travaux habituels (al. 2). Le calcul du taux d'invalidité en lien avec l'activité lucrative est régi par l'art. 16 LPGA, étant entendu que : a. le revenu que l'assuré aurait pu obtenir de l'activité lucrative exercée à temps partiel, s'il n'était pas invalide, est extrapolé pour la même activité lucrative exercée à plein temps; b. la perte de gain exprimée en pourcentage est pondérée au moyen du taux d'occupation qu'aurait l'assuré s'il n'était pas invalide (al. 3). Pour le calcul du taux d'invalidité en lien avec les travaux habituels, on établit le pourcentage que représentent les limitations dans les travaux habituels par rapport à la situation si l'assuré n'était pas invalide. Ce pourcentage est pondéré au moyen de la différence entre le taux d'occupation visé à l'al. 3, let. b, et une activité lucrative exercée à plein temps (al. 4).

Sous l'empire de l'art. 27bis al. 2 à 4 RAI modifié, le calcul du taux d'invalidité pour la partie concernant l'activité lucrative demeure régi par l'art. 16 LPGA. L'élément nouveau est que le revenu sans invalidité n'est plus déterminé sur la base du revenu correspondant au taux d'occupation de l'assuré, mais est désormais extrapolé pour la même activité lucrative exercée à plein temps. La détermination du revenu d'invalide est, quant à elle, inchangée. La perte de gain exprimée en pourcentage du revenu sans invalidité est ensuite pondérée au moyen du taux d'occupation auquel l'assuré travaillerait s'il n'était pas invalide.

Le taux d'invalidité en lien avec les travaux habituels est, comme c'était le cas auparavant, déterminé au moyen de la méthode de comparaison des types d'activités prévue à l'art. 28*a* al. 2 LAI. De même que pour les assurés qui accomplissent des travaux habituels à plein temps, l'invalidité est calculée en fonction de l'incapacité de l'assuré à accomplir ses travaux habituels. La limitation ainsi obtenue est pondérée au moyen de la différence entre le taux

d'occupation de l'activité lucrative et une activité à plein temps. Le taux d'invalidité total est obtenu en additionnant les deux taux d'invalidité pondérés (cf. Ralph LEUENBERGER, Gisela MAURO, Changements dans la méthode mixte, in Sécurité sociale/CHSS n° 1/2018 p. 45).

11.4 Chez les assurés travaillant dans le ménage, le degré d'invalidité se détermine, en règle générale, au moyen d'une enquête économique sur place, alors que l'incapacité de travail correspond à la diminution – attestée médicalement – du rendement fonctionnel dans l'accomplissement des travaux habituels (ATF 130 V 97).

L'évaluation de l'invalidité des assurés pour la part qu'ils consacrent à leurs travaux habituels nécessite l'établissement d'une liste des activités que la personne assurée exerçait avant la survenance de son invalidité, ou qu'elle exercerait sans elle, qu'il y a lieu de comparer ensuite à l'ensemble des tâches que l'on peut encore raisonnablement exiger d'elle, malgré son invalidité, après d'éventuelles mesures de réadaptation. Pour ce faire, l'administration procède à une enquête sur place et fixe l'ampleur de la limitation dans chaque domaine entrant en considération, conformément aux chiffres 3079 ss de la Circulaire de l'OFAS sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité (CIIAI; ATF 137 V 334 consid. 4.2 et les références). Selon ladite circulaire, il est possible de renoncer à l'enquête sur place, mais cela doit être justifié brièvement dans le dossier (ch. 3081 CIIAI). La présence d'un domicile à l'étranger peut constituer un tel motif de renonciation (cf. l'arrêt du Tribunal fédéral I 733/06 du 16 juillet 2007 consid. 4.2.2 et l'arrêt cité).

En vertu du principe général de l'obligation de diminuer le dommage, l'assuré qui n'accomplit plus que difficilement ou avec un investissement temporel beaucoup plus important certains travaux ménagers en raison de son handicap doit en premier lieu organiser son travail et demander l'aide de ses proches dans une mesure convenable (ATF 133 V 504 consid. 4.2). La jurisprudence pose comme critère que l'aide ne saurait constituer une charge excessive du seul fait qu'elle va au-delà du soutien que l'on peut attendre de manière habituelle sans atteinte à la santé (ATF 133 V 504 consid. 4.2 précité; 130 V 97 consid. 3.3.3 et les références). En ce sens, la reconnaissance d'une atteinte à la santé invalidante n'entre en ligne de compte que dans la mesure où les tâches qui ne peuvent plus être accomplies le sont par des tiers contre rémunération ou par des proches et qu'elles constituent à l'égard de ces derniers un manque à gagner ou une charge disproportionnée (ATF 133 V 504 consid. 4.2 précité et les références; arrêts 8C_748/2019 du 7 janvier 2020 consid. 5.3; 9C_491/2008 du 21 avril 2009 consid. 3).

11.5 Selon la jurisprudence, une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne assurée constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels. En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il

ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il y a par ailleurs lieu de tenir compte des indications de l'assuré et de consigner dans le rapport les éventuelles opinions divergentes des participants. Enfin, le texte du rapport doit apparaître plausible, être motivé et rédigé de manière suffisamment détaillée par rapport aux différentes limitations, de même qu'il doit correspondre aux indications relevées sur place. Si toutes ces conditions sont réunies, le rapport d'enquête a pleine valeur probante. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision dans le sens précité, le juge n'intervient pas dans l'appréciation de l'auteur du rapport sauf lorsqu'il existe des erreurs d'estimation que l'on peut clairement constater ou des indices laissant apparaître une inexactitude dans les résultats de l'enquête (ATF 140 V 543 consid. 3.2.1 et ATF 129 V 67 consid. 2.3.2 publié dans VSI 2003 p. 221; arrêt du Tribunal fédéral 9C_625/2017 du 26 mars 2018 consid. 6.2 et arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 733/06 du 16 juillet 2007).

11.6 En l'occurrence, l'enquête ménagère du 22 mars 2021, qui a conclu à un empêchement de 16%, s'est certes déroulée sur la base d'un entretien avec le recourant dans les locaux de l'OAI et non sur place. Cependant, au regard des spécificités du cas (recourant hébergé en alternance dans la maison de sa mère en France et dans une chambre chez une amie à Genève) et de la jurisprudence en la matière (ci-dessus : consid. 11.3), cette renonciation de l'enquêtrice, non pas à l'enquête en tant que telle, mais uniquement à un transport sur place, apparaît admissible. Par ailleurs, la chambre de céans est d'avis que le rapport rendu à l'issue de cette enquête est conforme aux réquisits jurisprudentiels en la matière. Force est en effet de constater que l'enquêtrice a détaillé les empêchements rencontrés par le recourant avec précision et qu'elle a bien tenu compte des limitations fonctionnelles retenues par l'experte/le SMR. Sachant par ailleurs que l'experte psychiatre a retenu que les troubles dépressifs et le trouble obsessionnel compulsif s'accompagnaient de limitations fonctionnelles modérées au quotidien qui n'empêchaient pas l'intéressé de faire le ménage en mettant plus de temps (cf. ci-dessus : consid. 9.1), le recourant ne saurait être suivi en tant qu'il soutient que ses problèmes de santé seraient « évidemment aussi invalidants dans un cadre de travail ménager que dans un cadre d'activité professionnelle ». On ne saurait, partant, considérer que l'empêchement de 16% retenu dans les travaux habituels serait contredit par les constatations faites sur le plan médical. C'est également le lieu de rappeler que conformément à son obligation de diminuer le dommage, l'assuré est tenu d'adopter une méthode de travail adéquate et de répartir son travail en conséquence (arrêt du Tribunal 9C_19/2012 du 4 octobre 2012 consid. 5.2).

Le recourant fait valoir en outre que sa situation a changé à la suite du décès de sa mère le 15 janvier 2022 et au départ de l'aide de ménage présente dans leur foyer durant de très nombreuses années. Indépendamment des répercussions

éventuelles que ces événements entraînent pour le droit aux prestations, il n'en demeure pas moins que le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). On précisera au surplus qu'il demeure loisible au recourant de saisir en tout temps l'intimé d'une demande de révision, accompagnée notamment de rapports médicaux récents – pas encore soumis à l'intimé au moment de la décision du 18 novembre 2021 – et établissant de façon plausible que son invalidité se serait modifiée de manière à influencer ses droits (cf. art. 87 al. 2 RAI).

Il s'ensuit que les changements signalés, en tant qu'ils sont postérieurs à la date de la décision litigieuse (18 novembre 2021), ne sont pas de nature à remettre en cause les conclusions de l'enquête ménagère. En conséquence, la chambre de céans s'en tiendra à l'évaluation de l'enquêtrice, selon laquelle le degré d'invalidité dans la sphère ménagère est de 16%.

12. Il reste à calculer le degré d'invalidité en fonction d'une part de 85% pour l'activité lucrative et de 15% pour les travaux habituels.

Étant donné que le droit à la rente naît au plus tôt six mois après la date de son dépôt (art. 29 LAI) et que la modification de l'art. 27bis RAI est entrée en vigueur le 1er juillet 2018 (cf. ci-dessus : consid. 11.3 et la lettre circulaire AI n° 372), le nouveau mode de calcul de la méthode mixte est applicable à la demande de rente du recourant, celle-ci ayant été déposée après le 1er juillet 2017, soit le 30 janvier 2020.

En ce qui concerne le degré d'invalidité dans la sphère professionnelle, la chambre de céans souligne qu'il n'est en principe pas admissible de déterminer le degré d'invalidité sur la base de la simple évaluation médico-théorique de la capacité de travail de la personne assurée, car cela reviendrait à déduire de manière abstraite le degré d'invalidité de l'incapacité de travail, sans tenir compte de l'incidence économique de l'atteinte à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 9C_260/2013 du 9 août 2013 consid. 4.2). Il n'est toutefois pas nécessaire de chiffrer précisément les revenus avec et sans invalidité lorsque le taux d'invalidité se confond avec le taux d'incapacité de travail (arrêt du Tribunal fédéral 9C_692/2017 du 12 mars 2018 consid. 5).

En l'espèce, l'intimé a fixé la perte de gain du recourant directement sur la base de son incapacité de travail en faisant une comparaison en pour-cent. Ce choix ne prête pas le flanc à la critique étant donné que le recourant continue à bénéficier d'une capacité résiduelle de travail dans l'activité habituelle d'auxiliaire de vie/proche-aidant, qui est adaptée (cf. ci-dessus : consid. 9.3 et 11.2), et qu'au moment déterminant pour la comparaison des revenus avec et sans invalidité (cf.

ATF 129 V 222 consid. 4.1), soit en août 2020, il exerçait encore cette activité à 20%.

Le degré d'invalidité se détermine par conséquent comme suit : dans la sphère professionnelle, compte tenu de la capacité de travail de 50%, l'incapacité de gain est de 50%, ce qui correspond à 42.5%, eu égard à la part professionnelle de 85%. Dans la sphère ménagère, l'invalidité correspond au cumul des empêchements recensés par l'enquêtrice (16%) et s'élève ainsi à 2.4%, vu la part de 15% dévolue aux travaux habituels. Comme la décision attaquée le constate, l'addition de ces taux aboutit à un degré d'invalidité de 45% (44.9% arrondi au pourcent supérieur de 45% [ATF 130 V 121]), ouvrant ainsi le droit à un quart de rente à compter du 1er août 2020 (art. 28 al. 1 let. c LAI).

13. Compte tenu de ce qui précède, le recours, pour peu qu'il soit recevable, doit être rejeté.

14. Un émolument de CHF 200.- sera mis à la charge du recourant, qui n'obtient pas gain de cause (art. 69 al. 1bis LAI).

*****

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

1. Rejette le recours pour autant qu'il soit recevable.
2. Met un émolument de CHF 200.- à la charge du recourant.
3. 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
Nathalie LOCHER	Marine WYSSENBACH

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