RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/525/2021 **ATAS/554/2022**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 27 mai 2022

3ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Andres PEREZ

recourant

contre

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

intimé

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

EN FAIT

A. **a.** Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), originaire de France, arrivé en Suisse en juin 1983, est titulaire d'un certificat fédéral de capacité bancaire (CFC), marié et père d'un enfant.

b. En mai 2019, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI).

c. Ont notamment été recueillis au cours de l'instruction :

- un rapport rédigé le 4 juin 2019 par son médecin traitant, le docteur B_____, concluant à une totale incapacité de travail dans toute activité depuis mars 2016 et renvoyant pour le reste à l'appréciation du psychiatre traitant, le docteur C_____;
- un bilan neuropsychologique effectué le 23 juillet 2019 par Madame D_____, psychologue, indiquant que, s'agissant de l'anxiété, le patient a obtenu un score de 9 (correspondant à une symptomatologie douteuse) et un score de 11 pour la dépression (représentant une absence de symptomatologie) ; pour le reste, la psychologue relève une anomalie s'agissant de la flexibilité mentale et un score assez faible, mais pas significativement déficitaire s'agissant de l'indice de vitesse de traitement ; l'attention et la concentration sont parfois difficiles, le langage et le vocabulaire dans la norme ; aucune des facettes d'impulsivité n'est pathologique ;
- un rapport établi le 14 août 2019 par la doctoresse E_____, médecin interne en psychiatrie et psychothérapie, retenant les diagnostics d'épisode dépressif moyen, d'anxiété généralisée et de trouble de la personnalité sans précision ; le médecin explique que son patient a travaillé pour F_____ jusqu'à l'âge de 24 ans et qu'il a cessé de travailler en 1995 pour s'occuper de son frère, atteint de schizophrénie et souffrant par ailleurs de graves brûlures consécutives à une auto-immolation ; il a repris le travail en tant que chef d'échanges dans une société de gestion de fortune en 1999, mais a été licencié au bout de deux ans, suite à une restructuration de l'entreprise ; puis il a travaillé pendant une année et demie pour une société de protection intellectuelle ; en 2000, son patient est parti à Madagascar monter avec son père une société d'import-export de tuyauterie qui a fait faillite ; il est revenu en Suisse un an et demi plus tard avec son épouse et bénéficié de l'aide sociale ; entre 2005 et 2008, il a travaillé pour une entreprise spécialisée dans le commerce de meubles et d'antiquités, emploi qu'il a perdu ; entre 2013 et 2015, il a bénéficié de l'assurance-chômage ; son épouse est tombée enceinte ; vu leur situation extrêmement précaire, ils ont vécu dans un studio en compagnie du frère

schizophrène de l'assuré ; c'est alors que ce dernier a commencé à consommer de l'alcool de manière abusive ; il s'est fait arrêter en décembre 2015 et emprisonné suite à un acte de violence conjugale sous l'emprise de l'alcool ; libéré en mars 2016, il a été suivi par la consultation ambulatoire d'addictologie jusqu'en novembre 2018 et est abstinent à l'alcool depuis lors ; son patient indique qu'il se réveille vers 07h30, et s'absente régulièrement de l'appartement de 30 m2 qu'il partage avec son épouse et son fils, afin d'évacuer les tensions familiales consécutives à cette promiscuité ; il effectue des démarches administratives dans des espaces communs de l'Université de Genève, semble préparer le projet de sa future entreprise afin de se donner l'apparence de quelqu'un qui contrôle sa vie, mais est dans le déni de ses limitations ; à midi la famille mange à la maison ; parfois, elle sort ou fait des courses ; l'assuré rentre à la maison vers 18h, regarde un peu la télévision puis se couche vers 23h ; il est très isolé socialement et a peu de loisirs ; sa seule source de plaisir est constituée des sorties avec son fils de 4 ans à la piscine ou dans l'espace de jeux ; il passe l'aspirateur et se consacre à « d'autres tâches ménagères pour les hommes » ; il peut compter sur le soutien moral et quelquefois financier de sa mère et sur son épouse ; la personne la plus fiable dans sa vie est l'aumônier rencontré à la prison, qu'il continue à voir dans sa paroisse ; sur le plan psychique, le patient dispose de ressources très modestes ; il est capable de très peu d'introspection quant à ses limitations ; l'épisode dépressif moyen et l'anxiété généralisée ont pour conséquence une totale incapacité de travail dans toute activité en raison des limitations fonctionnelles (fatigabilité accrue, diminution de la résistance au stress, diminution de la flexibilité et de la capacité d'adaptation, légère altération des fonctions exécutives [attention, concentration, mémoire], difficultés dans la gestion des émotions et dans les relations interpersonnelles, difficultés à reconnaître ses propres limites) ; le médecin précise que, depuis le début de sa prise en charge, en novembre 2018, l'état du patient est stationnaire ; il est suivi à raison d'une fois par mois sur le plan psychiatrique et une fois par semaine sur le plan psychothérapeutique ; le traitement médicamenteux se compose de Cymbalta (30 mg/jour), de Stilnox et de Xanax en réserve ; la compliance aux soins est optimale ;

- un rapport du 20 novembre 2019 du Dr B_____ qualifiant l'état de son patient de stationnaire, avec des épisodes d'anxiété et de dépression, stabilisé suite au traitement psychiatrique et antidépresseur et confirmant la totale incapacité de travail dans toute activité ;

- un rapport du Dr C_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, rédigé le 7 janvier 2020, confirmant le caractère stationnaire de l'état du patient et précisant que les limitations fonctionnelles résident dans la diminution de la capacité d'adaptation aux règles et à la routine, les difficultés de planification et structuration des tâches, l'absence de flexibilité et de

capacité de reconversion, l'incapacité totale de pouvoir appliquer toute consigne due à une fatigue constante pendant la journée, les troubles de concentration et une difficulté à entretenir des relations avec d'autres personnes ; le médecin ajoute qu'en revanche, son patient conserve des capacités de décision et de jugement, mais que sa capacité d'affirmation de soi est détériorée, tout comme sa capacité à établir des contacts ; les relations familiales sont préservées, mais l'assuré souffre d'incapacité à s'adapter à toute nouvelle situation professionnelle et de difficultés de se concentrer face aux activités quotidiennes (mémoire rétrograde préservée, mémoire antérograde diminuée légèrement) ; sa capacité de travail est de 0% dans le dernier poste occupé de vendeur de meubles ; la compliance est optimale ; il y a une bonne concordance entre les plaintes et l'examen clinique ; le traitement de psychothérapie à raison d'une fois par semaine se poursuit, le Cymbalta ayant été remplacé par la Duloxetine ;

- un avis émis par le Service médical régional de l'AI (SMR), constatant que, malgré une prise en soin régulière, l'évolution était peu favorable et l'état de santé non stabilisé ;

- un nouveau rapport rédigé le 17 juillet 2020 par le Dr C_____, ajoutant aux diagnostics déjà mentionnés celui d'état de stress post-traumatique ; le médecin fait mention d'un isolement social notable, consécutif à l'inaptitude de son patient à nouer des relations, d'un ralentissement psychomoteur fluctuant, d'une apparence fatiguée, d'un discours cohérent, mais parfois digressif, de difficultés à se concentrer, d'une humeur dépressive, d'une anhédonie, d'une culpabilité et d'une auto-dévalorisation, d'un pessimisme face à l'avenir, d'un sentiment d'étrangeté empêchant son patient d'entretenir des relations avec autrui, d'une méfiance sociale, de difficultés de concentration et de troubles de la mémoire, de craintes irrationnelles, d'une anxiété anticipatoire, d'une irritabilité et d'une impulsivité fluctuantes, d'un sommeil altéré avec des réveils nocturnes, de cauchemars (dont les thèmes sont les épisodes traumatisants vécus par le passé [décès du père de l'assuré et auto-immolation de son frère]), d'un renfermement de l'assuré sur lui-même, et d'un comportement d'évitement face à des situations pouvant ressembler à l'expérience passée ; il note en revanche l'absence d'idées suicidaires ; selon les dires de son patient, celui-ci se lève à 06h30, dépose son fils à l'école, rentre à la maison et essaie de s'occuper, retourne chercher son fils en fin de matinée, mange ce qui a été préparé par sa femme le jour d'avant et redépose son fils à l'école après une sieste ; il rumine beaucoup, se culpabilise, rencontre beaucoup de difficultés à s'adapter aux relations sociales et ne trouve plus de plaisir à s'adapter à des groupes ou à s'entretenir avec d'autres personnes ; il vit mal la promiscuité et n'a plus d'activité sociale ; il bénéficie du soutien de sa famille ; sa capacité de travail dans toute activité est nulle (capacités de concentration et de compréhension altérées, capacité

d'adaptation aux règles nulle, flexibilité et capacité de reconversion très altérées, capacité à appliquer des compétences professionnelles à décider et à juger nulle, capacités à établir des contacts avec des tiers ou à évoluer dans un groupe très altérées) ; l'état de son patient est stationnaire, avec quelques épisodes d'aggravation importants depuis le début du suivi ; la compliance est excellente ;

- un avis du SMR constatant une symptomatologie dépressive moyennement sévère et un trouble anxieux, notant une discordance entre la journée type décrite par le psychiatre et la sévérité des diagnostics mentionnés, d'une part, l'existence d'éléments non médicaux (difficultés d'emploi, difficultés familiales et difficultés pour trouver un nouvel appartement), d'autre part, et préconisant une expertise psychiatrique ;
- le rapport du bureau d'expertise G_____, plus particulièrement de la doctoresse H_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, daté du 5 novembre 2020, concluant à l'absence de toute limitation fonctionnelle, l'assuré se montrant actif au quotidien, père attentif et dynamique s'occupant de son fils, capable de donner et de recevoir un soutien affectif significatif, notamment à son fils, à son épouse, à sa mère et à son frère, auquel il apporte un soutien quotidien ; l'experte relève que l'assuré s'est montré très proactif lorsque son père est décédé à Madagascar, mettant tout en place pour lui permettre de vivre ses derniers jours dans de meilleurs conditions ; il a de bonnes capacités à se déplacer, même s'il conduit peu, a des activités spontanées, prépare à manger pour toute la famille, est capable d'évoluer au sein d'un groupe (en particulier, il a intégré les règles de l'église et s'y est adapté, ce qui lui a permis de trouver un logement pour sa famille), entre aisément et de manière informelle en contact avec autrui, présente de bonne capacités à s'affirmer et sait défendre ses convictions, sait utiliser ses connaissances professionnelles et personnelles comme il l'a fait pour son père à distance, grâce à des contacts, puis en se déplaçant à Madagascar pour l'enterrement (qu'il a pu organiser dans de bonnes conditions à l'étranger et y faire participer son frère malade) ; il présente de bonnes capacités de flexibilité et d'adaptation, sait planifier et structurer ses tâches ; il sait consacrer le temps adéquat à des activités de loisirs et de ménage, tel qu'il le décrit dans le déroulement de son quotidien ; il sait s'adapter aux règles et routines, est capable de venir à ses rendez-vous et d'intégrer le processus d'organisation telle que l'expertise ; en définitive, l'experte conclut à une capacité de travail entière.

d. Par décision du 13 janvier 2021, l'OAI a nié à l'assuré le droit à toute prestation au motif qu'à l'issue de l'instruction médicale, aucune atteinte à la santé justifiant une diminution de la capacité de travail de longue durée n'avait été mise en évidence.

B. **a.** Par écriture du 15 février 2021, l'assuré a interjeté recours contre cette décision en concluant à l'octroi d'une rente entière d'invalidité avec suite de frais de dépens.

En substance, le recourant conteste la valeur probante du rapport d'expertise, dont il souligne les divergences avec les avis de ses propres médecins.

b. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 29 avril 2021, a conclu au rejet du recours.

L'intimé fait valoir que le fait que les médecins traitants aient une appréciation différente de l'état de santé du recourant n'est pas déterminant en soi. Dès lors que l'expertise repose sur des évaluations médicales complètes et approfondies, elle ne saurait être remise en cause au seul motif qu'un ou plusieurs médecins émettent une opinion divergente.

c. Dans sa réplique du 28 mai 2021, le recourant a persisté dans ses conclusions.

Il souligne avoir bénéficié d'un suivi psychologique hebdomadaire et d'un traitement antidépresseur qui n'ont eu aucune conséquence positive sur son état de santé, resté stationnaire.

Il rappelle avoir rencontré, entre 2013 et 2015, des difficultés conjugales liées à sa consommation abusive d'alcool ayant entraîné un emprisonnement de trois mois, suite à une altercation avec sa femme. Depuis, il est abstinent à l'alcool. Selon lui, ces faits démontrent sa propension à une éventuelle dépendance aux médicaments prescrits dans le cadre de sa thérapie. Il en tire la conclusion que le traitement qu'il suit est proportionnée.

d. Dans sa duplique du 17 juin 2021, l'intimé a persisté dans ses conclusions.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

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

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.

4. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable.

5. Le litige porte sur le degré d'invalidité du recourant et sur son droit éventuel à des prestations de l'assurance-invalidité.

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

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

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI).

7.

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

aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c ; ATF 102 V 165 consid. 3.1 ; VSI 2001 p. 223 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic 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).

7.2 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).

7.3 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).

7.4 Pour des motifs de proportionnalité, on peut renoncer à une appréciation selon la grille d'évaluation normative et structurée si elle n'est pas nécessaire ou si elle est inappropriée. Il en va ainsi notamment lorsqu'il n'existe aucun indice en faveur d'une incapacité de travail durable ou lorsque l'incapacité de travail est niée sous l'angle psychique sur la base d'un rapport probant établi par un médecin spécialisé et que d'éventuelles appréciations contraires n'ont pas de valeur probante du fait qu'elles proviennent de médecins n'ayant pas une qualification spécialisée ou pour d'autres raisons (arrêt du Tribunal fédéral 9C_101/2019 du 12 juillet 2019 consid. 4.3 et la référence ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_724/2018 du 11 juillet 2019 consid. 7). En l'absence d'un diagnostic psychiatrique, une telle appréciation n'a pas non plus à être effectuée (arrêt du Tribunal fédéral 9C_176/2018 du 16 août 2018 consid. 3.2.2).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Les indicateurs appartenant à la catégorie « degré de gravité fonctionnel » forment le socle de base pour l'évaluation des troubles psychiques (ATF 141 V 281 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.2).

9. Selon la jurisprudence rendue jusque-là à propos des dépressions légères à moyennes, les maladies en question n'étaient considérées comme invalidantes que lorsqu'on pouvait apporter la preuve qu'elles étaient « résistantes à la thérapie » (ATF 140 V 193 consid 3.3 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_841/2016 du 8 février 2017 consid. 3.1 et 9C_13/2016 du 14 avril 2016 consid. 4.2).

Dans l'ATF 143 V 409 consid. 4.2, le Tribunal fédéral a rappelé que le fait qu'une atteinte à la santé psychique puisse être influencée par un traitement ne suffit pas, à lui seul, pour nier le caractère invalidant de celle-ci; la question déterminante est en effet celle de savoir si la limitation établie médicalement empêche, d'un point de vue objectif, la personne assurée d'effectuer une prestation de travail. A cet égard, toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références). Ainsi, le caractère invalidant des 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_142/2018 du 24 avril 2018 consid. 5.2).

Dans les cas où, au vu du dossier, il est vraisemblable qu'il n'y a qu'un léger trouble dépressif, qui ne peut déjà être considéré comme chronifié et qui n'est pas non plus associé à des comorbidités, aucune procédure de preuve structurée n'est généralement requise (arrêt du Tribunal fédéral 9C_14/2018 du 12 mars 2018 consid 2.1).

Le Tribunal fédéral a récemment rappelé qu'en principe, seul un trouble psychique grave peut avoir un caractère invalidant. Un trouble dépressif de degré léger à moyen, sans interférence notable avec des comorbidités psychiatriques, ne peut généralement pas être défini comme une maladie mentale grave. S'il existe en outre un potentiel thérapeutique significatif, le caractère durable de l'atteinte à la santé est notamment remis en question. Dans ce cas, il doit exister des motifs importants pour que l'on puisse néanmoins conclure à une maladie invalidante. Si, dans une telle constellation, les spécialistes en psychiatrie attestent sans explication concluante (éventuellement ensuite d'une demande) une diminution considérable de la capacité de travail malgré l'absence de trouble psychique grave,

l'assurance ou le tribunal sont fondés à nier la portée juridique de l'évaluation médico-psychiatrique de l'impact (ATF 148 V 49 consid. 6.2.2 et les références).

10.

10.1 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. Dans le cas des maladies psychiques, les indicateurs sont importants pour évaluer la capacité de travail, qui - en tenant compte des facteurs incapacitants externes d'une part et du potentiel de compensation (ressources) d'autre part -, permettent d'estimer la capacité de travail réellement réalisable (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_286/2020 du 6 août 2020 consid. 4 et la référence).

10.2 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). Il faut en outre que le médecin dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêt du Tribunal fédéral 9C_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les références).

10.3 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 135 V 465 consid. 4.4 et les références ; 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). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

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

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

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

12. En l'espèce, le recourant reproche à l'experte de s'être écartée des diagnostics retenus par ses médecins. À cet égard, il rappelle que la Dresse E_____ a relevé une fatigabilité accrue, tout comme le Dr C_____, lequel a également fait état de problèmes de sommeil et une fragilité de l'estime de soi et une auto-dévalorisation de son patient. Il constate que l'experte n'a retenu aucune diminution de l'intérêt et du plaisir pour les activités habituellement agréables, alors même que la Dresse E_____ a souligné que sa seule source de plaisir résidait dans les sorties avec son fils. Le recourant argue que son état est fluctuant et que, tout comme l'a relevé le Dr C_____, dans son rapport du 23 juillet 2019, il a tendance à orienter ses réponses afin de se présenter sous un jour plus favorable. Il fait remarquer que la journée type décrite à ses psychiatres est notablement moins agréable que celle décrite à l'experte, ce qu'il explique par le fait qu'il a souhaité présenter à cette dernière une journée « idéale ». Enfin, il allègue que le fait qu'il puisse s'occuper de son enfant âgé de cinq ans ou organiser les funérailles de ses parents ne saurait être considéré comme une preuve suffisante de ses ressources.

Il convient en premier lieu de constater que le rapport de l'experte est fondé sur une anamnèse détaillée effectuée en connaissance du dossier médical, sur les plaintes de l'assuré et sur un examen clinique complet. Par ailleurs, ses conclusions sont claires et motivées, de sorte que ce rapport satisfait aux réquisits jurisprudentiels topiques en matière de valeur probante de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

C'est le lieu de rappeler que lorsqu'une appréciation repose sur une évaluation médicale complète - comme l'est celle de la Dresse H_____ -, elle ne saurait être remise en cause pour le seul motif qu'un ou plusieurs médecins ont une opinion divergente. Pour qu'il en aille différemment, il appartient à la partie recourante de mettre en évidence des éléments objectivement vérifiables - de nature notamment clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés et qui seraient suffisamment pertinents pour en remettre en cause le bien-fondé (cf. supra).

En l'occurrence, le recourant ne met pas de tels éléments en évidence.

L'experte a expliqué avoir constaté l'absence de signes de fatigue, la présence de bonnes capacités d'élaboration, une orientation dans le temps et l'espace dans la norme, des capacités de mémoire conservées, une bonne vigilance, pas d'humeur triste visible, un assuré tonique, un visage animé et mobile, une fluidité des idées

et une bonne compliance au vu des dosages sanguins, raison pour laquelle, au final, elle n'a retenu aucun diagnostic psychiatrique incapacitant.

Selon elle, l'assuré ne présentait ni trouble du cours de la pensée, ni ralentissement psychomoteur et montrait une thymie neutre. L'experte n'a constaté aucun trouble des fonctions cognitives, de l'attention, de la concentration ou encore de la mémoire.

La Cour de céans note que le bilan neuropsychologique effectué le 23 juillet 2019 par Mme D_____, corrobore les observations de l'experte, dans la mesure où le recourant a obtenu un score d'anxiété correspondant à une symptomatologie douteuse et un score de dépression confirmant l'absence de symptomatologie. Le score de flexibilité mentale était quant à lui certes assez faible, mais pas significativement déficitaire s'agissant de l'indice de vitesse de traitement.

L'experte ajoute que le recourant n'a rapporté ni idées noires, ni idées suicidaires, qu'il n'a pas formulé de plaintes liées à une fatigue ou à des troubles du sommeil.

Elle n'a noté ni aboulie, ni anhédonie, ni fragilité de l'estime de soi, ni aucun symptôme en lien avec une récurrence d'ordre dépressive, aucun trouble structuré de type anxieux non plus.

Contrairement à ce que retient le psychiatre traitant, le recourant n'a décrit aucune réviviscence des traumatismes vécus dans les années 1990. Au contraire, l'assuré a le projet de retourner à Madagascar afin de monter un projet écologique, infirmant ainsi l'hypothèse d'un syndrome d'état de stress post-traumatique.

Au vu de ses observations, l'experte a considéré que les plaintes étaient sans conséquences sur le fonctionnement quotidien de l'intéressé. Les limitations alléguées ne se manifestaient pas de la même manière dans tous les domaines de la vie. Le recourant évoquait un lourd handicap, malgré un quotidien et un environnement familial intact. Des incohérences ont été relevées lors de l'évaluation psychiatrique objective et les plaintes subjectives de l'intéressé.

L'experte a aussi noté que les mesures de traitement étaient en-deçà des propositions thérapeutiques habituelles pour ce type de plaintes. Le recourant allègue à cet égard que c'est en raison de sa propension à la dépendance, ce qu'aucun de ses médecins ne vient cependant confirmer.

L'experte a expliqué pour quelles raisons elle ne retenait pas le diagnostic de trouble dépressif moyen, dont elle a rappelé qu'il doit répondre à des critères diagnostics précis : les doses d'antidépresseurs étaient particulièrement basses – qui plus est s'agissant d'un patient en surpoids - et les symptômes ne répondaient pas aux critères diagnostiques du trouble dépressif.

On cherche en vain dans les rapports des médecins traitants des éléments objectifs qui auraient été ignorés par l'experte, étant rappelé qu'il ne suffit pas d'affirmer que l'intensité de la symptomatologie décrite par l'experte ne coïncide pas avec celle relatée par les médecins traitants. Encore faut-il faire état d'éléments

objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et suffisamment pertinents pour en remettre en cause les conclusions, ce qui n'est pas le cas en l'occurrence.

Comme on l'a vu, l'experte a clairement motivé son appréciation. Elle a expliqué notamment que les plaintes dont les médecins traitants s'étaient fait l'écho ne donnaient nullement lieu aux mesures de traitement correspondantes (bien en deçà des propositions thérapeutiques habituelles). La question des ressources personnelles dont dispose l'assuré a été examinée et penche pour une absence de limitation. D'ailleurs, les limitations alléguées ne se manifestent pas de la même manière dans tous les domaines de la vie (allégation de lourds handicaps, malgré un quotidien et un environnement familial intacts). Le rapport d'expertise reprend chaque diagnostic avancé par les médecins traitants et explique pour chacun d'entre eux pourquoi il n'a pu être objectivement retenu.

Eu égard à ces considérations, la Cour de céans ne voit pas de raison objective de s'écarter des conclusions de l'expertise, à laquelle une pleine valeur probante doit être reconnue. Il en découle que c'est à juste titre que l'intimé a conclu à l'absence d'atteinte à la santé invalidante.

13. Au vu de ce qui précède, le recours est rejeté et le recourant condamné au paiement d'un émolument de CHF 200.- (art. 69 al. 1bis LAI).

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

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

La greffière	La présidente
Marie-Catherine SÉCHAUD	Karine STECK

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