

# **GE\_GERICHTE ATAS/334/2020 vom 7. Mai 2020**

GE Cour de justice, 2020-05-07, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_334\\_2020](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_334_2020)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/334/2020 du 7 mai 2020

IT: GE\_GERICHTE ATAS/334/2020 del 7 maggio 2020

## **Erwägungen**

### **E. 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.

### **E. 2**

À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

### **E. 3**

Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).

### **E. 4**

Le litige porte, dans le cadre d'une nouvelle demande de prestations, sur le point de savoir si le recourant peut prétendre une rente d'invalidité.

### **E. 5**

Quand l'administration entre en matière sur une nouvelle demande (art. 87 al. 3 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI - RS 831.201]), elle doit examiner la cause sur le fond et déterminer si la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré a effectivement eu lieu. En cas de recours, cet examen matériel incombe au juge (ATF 117 V 198 consid. 3a). Selon la jurisprudence, l'administration doit procéder de la même manière que dans les cas de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (ATF 133 V 545 consid. 6), c'est-à-dire comparer les circonstances existant lorsque la nouvelle décision est prise avec celles qui existaient lorsque la dernière décision reposant sur un examen matériel du droit à la rente est entrée en force (ATF 133 V 108 consid. 5), pour apprécier si dans l'intervalle est intervenue une modification sensible du degré d'invalidité justifiant désormais l'octroi d'une rente. C'est en effet la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents,

**E. 10**

/ 20

---

A/2502/2019 conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4 ; 130 V 343 consid. 3.5.2). Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain (ou sur l'accomplissement des travaux habituels) ont subi un changement important (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 526/01 du 6 mai 2002 consid. 1a). 6. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008). 7. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1). 8. a. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve

**E. 11**

/ 20

---

A/2502/2019 de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c; ATF 102 V 165 consid. 3.1; VSI 2001 p. 223 consid. 2b; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la

présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 et 141 V 281 consid. 2.2 et 3.2; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_841/2016 du 30 novembre 2017 consid. 4.5.2). Dans sa jurisprudence récente (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7), le Tribunal fédéral a modifié sa pratique lors de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques. La jurisprudence développée pour les troubles somatoformes douloureux, selon laquelle il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (ATF 141 V 281), s'applique dorénavant à toutes les maladies psychiques, y compris aux troubles dépressifs de degré léger ou moyen (ATF 143 V 409 consid. 4.5.1). En effet, celles-ci ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée. b. La capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant de mettre en regard les facteurs extérieurs incapacitants d'une part et les ressources de compensation de la personne d'autre part (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). Il n'y a plus lieu de se fonder sur les critères de l'ATF 130 V 352, mais sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4). Dans ce cadre, il convient d'évaluer globalement, sur une base individuelle, les capacités fonctionnelles effectives de la personne concernée en tenant compte, d'une part, des facteurs contraignants extérieurs limitant les capacités fonctionnelles et, d'autre part, les potentiels de compensation (ressources). Les indicateurs pertinents sont notamment l'expression des constatations et des symptômes, le recours aux thérapies, leur déroulement et leurs effets, les efforts de réadaptation professionnelle, les comorbidités, le développement et la structure de la personnalité, le contexte social de la personne concernée ainsi que la survenance des restrictions alléguées dans les différents domaines de la vie (travail et loisirs ; cf. ATAS/676/2019 du 26 juillet 2019 consid. 10a ; ATAS/856/2019 du

## **E. 12**

/ 20

---

A/2502/2019 porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; ATF 115 V 133 consid. 2; ATF 114 V 310 consid. 3c; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi

en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPG) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; ATF 142 V 58 consid. 5.1; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la

## **E. 13**

/ 20

---

A/2502/2019 fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1). En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments

objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2). 10. En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état

#### **E. 14**

/ 20

---

A/2502/2019 psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine). 11. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a). 12. a. En l'espèce, il y a lieu d'examiner si l'état de santé du recourant s'est péjoré depuis le rejet de la première demande de prestations par décision du 9 août 2013, confirmée sur recours par la Cour de céans le 25 septembre 2014. À l'époque, le recourant, qui souffrait de lombosciatalgies gauches chroniques depuis septembre 2010 et d'une tendinobursite trochantérienne gauche depuis janvier 2011, ne présentait pas d'atteinte invalidante au sens de l'assurance- invalidité. Dans la décision litigieuse, l'intimé, se référant à l'avis du SMR du 21 mai 2019, lui-même basé sur le rapport d'expertise psychiatrique du 15 mai 2019 – qui retient le diagnostic de dysthymie depuis 2014 sans répercussion sur la capacité de travail –, parvient à la conclusion que la nouvelle atteinte à la santé n'est pas invalidante non plus. b. Le recourant conteste la valeur probante dudit rapport. La Cour de céans constate toutefois que, sur la forme, ce rapport est fondé sur un examen du recourant, un entretien avec la psychiatre traitante, une analyse du dossier, et comprend une anamnèse, une description de la vie quotidienne du recourant, ainsi que les plaintes de celui-ci. On rappellera que la durée de l'entretien entre l'expert et l'assuré n'est pas un critère reconnu par la jurisprudence pour avoir une influence déterminante sur la qualité et la valeur probante

d'un rapport d'expertise (arrêt du Tribunal fédéral I 719/06 du 4 juillet 2007 consid. 2.2). Sur le fond, l'expert a retenu, en fonction des éléments cliniques qu'il a mis en évidence, une dysthymie mais en a nié le caractère incapacitant. L'expert a de plus expliqué les motifs pour lesquels il excluait le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant et de trouble anxieux spécifique.

#### **E. 15**

mai 2019, p. 35-36), et lors de l'expertise, il pesait 66,6 kg pour une taille de 166,5 cm, correspondant à un IMC (Indice de masse corporelle) de 24, ce qui se situait dans les limites normales (p. 40). Dans les constatations objectives, l'expert n'a relevé de diminution ni de l'attention, ni de la concentration (p. 40). Les tests psychologiques complémentaires réalisés n'ont pas mis en exergue une altération des fonctions cognitives (p. 42). L'expert n'a

#### **E. 16**

/ 20

---

A/2502/2019 pas non plus constaté une humeur dépressive, des pleurs, ou une fatigue (p. 40). La motricité (démarche, vivacité, mouvements spontanés, mobilité visage) ainsi que la voix (volume, intonation) étaient par ailleurs dans les normes (p. 40). L'expert en a conclu que les signes objectifs du syndrome de la dépression au sens de la CIM-10 étaient absents (p. 43) et que les symptômes dont le recourant se plaignait (baisse de l'humeur, de la motivation, de l'énergie, de la libido, du sommeil et de la concentration) correspondaient à un syndrome dépressif subjectif, soit une dysthymie, qui n'atteignait cependant pas la gravité d'un épisode dépressif au sens de la CIM-10. Il s'avère donc qu'en l'absence des trois symptômes « typiques » de la dépression ainsi que des quatre « autres symptômes » au moins, c'est à juste titre que l'expert n'a pas retenu un épisode dépressif sévère. Au demeurant, la psychiatre traitante a affirmé lors de l'audience d'enquêtes qu'elle n'avait pas effectué de tests spécifiques, à l'inverse de l'expert, pour déterminer si son patient souffrirait de troubles cognitifs. Elle a uniquement pu observer une fatigabilité importante lors des consultations. Dans ses rapports, elle n'a pas fait état d'une diminution de la concentration et/ou de l'attention. Au vu des déclarations du recourant rapportées ci-dessus, celui-ci n'a pas présenté non plus une diminution de l'estime de soi/confiance en soi, ni des idées de culpabilité/dévalorisation, ni des idées/actes auto-agressifs ou suicidaires. Ainsi, la présence seulement de trois « autres symptômes » de la dépression (attitude morose/pessimiste face à l'avenir, perturbation du sommeil, diminution de l'appétit) – que mentionne la Dresse C\_\_\_\_\_ dans son rapport du 20 novembre 2014 – laisse à supposer que le recourant ne souffrait pas non plus d'un état dépressif sévère à l'époque. Par ailleurs, les rapports de la Dresse C\_\_\_\_\_ montrent que certains facteurs psychosociaux et socioculturels ont joué un rôle dans l'apparition et le maintien de la maladie. En effet, elle a mis en évidence que le recourant était profondément blessé dans son narcissisme par suite d'ambitions déçues : il avait fréquenté l'Université mais n'avait pas pu se réaliser dans une profession à la hauteur de ses compétences ; il avait exercé diverses activités à la satisfaction de ses employeurs mais était dorénavant aidé par le service social. Il était également très inquiet pour sa mère âgée. Or, lorsque les symptômes psychiques trouvent leur explication dans les facteurs psychosociaux, ils ne sont pas susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de la LAI. c. Cela étant constaté, il y a lieu de déterminer si l'application de la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral (ATF 143 V 409, ATF 143 V 418, ATF 141 V 281) au cas d'espèce permet effectivement de nier le caractère invalidant

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

#### **E. 17**

/ 20

---

A/2502/2019 15 mai 2019, p. 42 et 44), ce qui permet de douter de la prise correcte des médicaments. L'expert a recommandé la poursuite du traitement antidépresseur, qui est adéquat, à condition que le taux sanguin soit suffisant. Il a toutefois invité les médecins traitants à se concerter pour la prescription médicamenteuse, car plusieurs médicaments que prend le recourant, notamment pour le cœur (le Concor), entraînent un effet indésirable possible comme la fatigue, soit un symptôme dont celui-ci se plaint. Force est de constater que la dysthymie peut encore être traitée médicalement. S'agissant de la « comorbidité », si le recourant présente également des troubles somatiques concomitants (lombosciatalgies, lésion du ménisque interne, trouble du rythme cardiaque), encore faut-il examiner si l'interaction de ces troubles ayant valeur de maladie prive l'assuré de certaines ressources (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_756/2018 du 17 avril 2019 consid. 5.2.3). Tel n'est toutefois pas le cas en l'occurrence. Les lombosciatalgies ne sont en effet pas invalidantes (cf. ATAS/1069/2014, entré en force). L'IRM du dos du 3 février 2011 – que le recourant a jointe à sa nouvelle demande de prestations – avait déjà été prise en compte par le Dr B\_\_\_\_\_ (cf. son rapport d'expertise, p. 12). Or, depuis lors, aucun médecin traitant n'a fait état d'éléments objectivement vérifiables, de nature clinique ou diagnostique, qui seraient différents de ceux déjà relevés par le Dr B\_\_\_\_\_. Quant à la lésion du ménisque interne et au trouble du rythme cardiaque, aucun médecin traitant n'a indiqué que ces atteintes étaient incapacitantes. Les troubles somatiques n'empêchent donc pas la pratique d'une activité adaptée. On relèvera au passage que, contrairement à ce que semble croire le recourant, l'expert, en sa qualité de spécialiste en psychiatrie, n'était pas tenu d'analyser l'influence éventuelle des atteintes somatiques sur l'état psychique du recourant. Son expertise ne pouvait donc porter que sur l'aspect psychiatrique, comme il l'a du reste souligné. S'il a certes indiqué que l'interaction éventuelle des atteintes somatiques (appareils locomoteurs et cardiovasculaire) et psychiques relevait d'une discussion multidisciplinaire, en revanche – pour les motifs exposés au paragraphe précédent – les troubles somatiques du recourant ne nécessitaient pas la mise en œuvre d'une expertise bi- ou pluridisciplinaire. C'est donc à juste titre que l'intimé avait limité l'expertise au volet psychiatrique. S'agissant du complexe de « la personnalité », ni la psychiatre traitante ni l'expert ne retiennent un trouble spécifique de la personnalité au sens d'une classification diagnostique reconnue (cf. rapport d'expertise du 15 mai 2019, p. 42-44). Pour ce qui est du « contexte social », le recourant a du plaisir à voir son fils (les week-ends et les mercredis ; cf. rapport précité, p. 42) et à se rendre chaque été auprès de sa famille (mère et quatre frères et sœurs) en Algérie avec laquelle il garde des liens téléphoniques (p. 38). Il fréquente régulièrement la mosquée, ce qui lui apporte un réconfort moral (p. 39). Il n'a certes pas un réseau social à Genève, mais cela semble relever d'un choix personnel, car le recourant a affirmé éviter « le

#### **E. 18**

/ 20

---

A/2502/2019 monde » pour ne pas « s'énervé avec les gens » (p. 39). Il reconnaît qu'il est nerveux et impatient, et craint de faire du mal à quelqu'un malgré lui, raison pour laquelle il

« reste en retrait » (p. 36). Ce ne sont donc ni la dysthymie ni les troubles somatiques qui entraînent une incidence négative sur les relations interpersonnelles du recourant. En ce qui concerne la catégorie « cohérence », les atteintes à la santé ne limitent pas le recourant dans l'exécution de ses travaux habituels, puisqu'il est autonome dans les fonctions de la vie quotidienne. En effet, il prépare ses repas (p. 40), fait ses commissions, entretient son logement, et gère les tâches ménagères et administratives (p. 39). Son hygiène personnelle est respectée (p. 40). L'expert a constaté un écart notable entre les limitations perçues par le recourant et celles découlant des constatations cliniques objectives (p. 46). Ces éléments tendent à démontrer que les symptômes et limitations invoqués par le recourant ne sont pas uniformes dans tous les domaines de la vie. En définitive, ces indicateurs ne permettent pas de conclure à un degré de gravité fonctionnelle suffisant pour justifier d'un point de vue juridique le caractère invalidant de la dysthymie. d. Dès lors que le recourant dispose d'une capacité de travail entière dans toute activité sur le plan psychiatrique et n'est donc pas invalide, il n'est guère pertinent d'examiner s'il a atteint un âge avancé, ni si un abattement devrait être appliqué. e. Enfin, quand bien même l'expert a relevé que le recourant a pu souffrir d'un véritable épisode dépressif en 2013 et en 2014 lorsqu'il a appris que sa sœur, respectivement son frère étaient décédés en Algérie, celui-ci n'aurait de toute manière pas le droit à une rente (rétroactive) pour ce motif, puisque la nouvelle demande de prestations a été déposée le 21 mai 2015. Aussi un droit à une éventuelle rente d'invalidité n'aurait-il pu naître qu'en novembre 2015 (art. 29 al. 1 LAI et ch. 2030 de la circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance- invalidité), soit dix-neuf mois après le décès du frère survenu en avril 2014. On peut de surcroît difficilement admettre que le deuil familial, bien qu'il soit très douloureux, puisse en tant que facteur psychosocial entraîner une atteinte à la santé à caractère invalidant au sens de la LAI (cf. ATAS/898/2017 du 16 octobre 2017 consid. 11.c). 13. Au vu de ce qui précède, la mise sur pied d'une expertise judiciaire bi-disciplinaire (psychiatrie et rhumatologie), sollicitée par le recourant, est, par appréciation anticipée des preuves (ATF 122 II 464 consid. 4a; ATF 122 III 219 consid. 3c), inutile, de sorte que la Chambre de céans n'y donnera pas suite. Mal fondé, le recours ne peut qu'être rejeté. Bien que la procédure ne soit pas gratuite en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1bis LAI), il convient de renoncer à la perception d'un émolument, le recourant étant au bénéfice de l'assistance juridique (art. 13 al. 1 du règlement sur

#### **E. 19**

/ 20 \_\_\_\_\_

A/2502/2019 les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

#### **E. 20**

/ 20 \_\_\_\_\_

A/2502/2019

PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.