

GE_GERICHTE ATAS/501/2020 vom 17. Juni 2020

GE Cour de justice, 2020-06-17, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_501_2020

FR: GE_GERICHTE ATAS/501/2020 du 17 juin 2020

IT: GE_GERICHTE ATAS/501/2020 del 17 giugno 2020

Erwägungen

E. 35

Par rapport du 26 mai 2015, le docteur Y_____ du centre ambulatoire de psychiatrie et psychothérapie intégrée (ci-après : CAPPI) du secteur Pâquis a informé l'OAI suivre l'assuré depuis juillet 2014 pour un trouble dépressif récurrent et un syndrome de stress post-traumatique, moyennant deux entretiens par mois et d'un traitement médicamenteux composé de Cipralex et de Trittico, avec du Zoldorm en réserve, sans mention de la posologie. L'assuré lui avait fait part de sa grande difficulté d'adaptation dès le premier jour de stage dans une entreprise de l'un de ses anciens employeurs, après une longue période d'inactivité. Au deuxième jour, il avait présenté des manifestations somatiques sous forme d'une hyperventilation avec perte de connaissance et avait été évacué de son travail, par ambulance, vers les urgences. L'assuré présentait ainsi « une recrudescence de la symptomatologie dépressive notamment, une thymie triste, des ruminations anxieuses en relation avec des problèmes financiers et familiaux, ainsi que son passé douloureux, des troubles du sommeil et de l'appétit, aboulie, anhédonie, irritabilité, mauvaise tolérance au stress

A/855/2018 - 16/50 - et aux frustrations, diminution de l'élan vital, diminution de l'attention et de la concentration ainsi que des troubles de la mémoire ». Par ailleurs, il présentait des idées noires et suicidaires, sans projet de passage à l'acte en raison de ses enfants. Son adhésion au traitement et la qualité de l'alliance thérapeutique étaient plutôt bonnes, avec l'objectif de poursuivre le travail sur la gestion de ses émotions et sur sa symptomatologie dépressive. Outre la symptomatologie observée, on pouvait craindre l'apparition de comportements hétéro et/ou auto-agressifs s'il devait continuer à travailler à 100%. Un arrêt du travail était préconisé, avec une réévaluation dans six mois.

E. 36

Lors de l'entretien du 8 juin 2015 à l'OAI, l'assuré a indiqué avoir des difficultés à accepter sa situation, ayant l'impression d'être revenu à la « case départ ». Il a affirmé avoir la volonté de retrouver une situation professionnelle stable mais que son état de santé ne le lui permettait pas.

E. 37

Le 27 août 2015, à la demande du médecin du SMR, la doctoresse AC_____ du CAPPI du secteur Pâquis, a exposé que, depuis le mois d'avril 2015, l'assuré demeurait plutôt stable du point de vue psychiatrique et était tout à fait compliant au traitement, sans amélioration perceptible. Durant les entretiens, l'assuré paraissait fatigué, somnolent et ralenti. Il relatait des troubles du sommeil du fait de cauchemars liés à son passé en lien avec son PSDT. Des flashbacks de souvenirs augmentaient son anxiété, outre des idées noires et suicidaires. Ses enfants représentaient son unique motivation. Son discours était ralenti, mais cohérent et

informatif. Sa thymie demeurait encore trop basse et son humeur trop triste pour qu'il puisse faire face à un nouveau travail dans un contexte qu'il ne connaissait pas. En outre, les angoisses et l'anxiété causées par les souvenirs de son passé lui seraient difficilement gérables et l'empêcheraient de rester tranquille à son poste de travail. Son état psychique, avec les symptômes mentionnés, ne lui permettrait pas d'affronter les difficultés liées à une reprise du travail.

E. 38

Le 14 septembre 2015, le médecin du SMR a demandé un complément d'expertise auprès du docteur P_____. Selon une note d'entretien téléphonique du 27 novembre 2015 du gestionnaire (Z_____) de l'OAI, l'assuré a donné son accord pour que l'expertise soit réalisée par le docteur P_____.

E. 39

Le 6 avril 2016, l'assuré s'est enquis auprès de l'OAI de l'avancement de son dossier. Dans l'intervalle, il a produit des certificats médicaux établis par différents médecins du CAPPI, notamment par les docteurs AA_____, AB_____, AC_____ et AD_____, attestant d'arrêts de travail pour des périodes successives jusqu'en décembre 2016.

E. 40

Le 1er juin 2016, l'expert a rendu son rapport d'expertise psychiatrique. Il a posé un diagnostic d'épisode dépressif modéré, sans syndrome somatique (F32.10) et de A/855/2018 - 17/50 - trouble de la personnalité, sans précision (F60.9). Il a écarté tout syndrome de stress post-traumatique en se référant aux motifs déjà exposés dans rapport de 2014. Il a préalablement effectué une synthèse des rapports établis par les médecins traitants respectifs de l'assuré depuis 2011, ainsi que de ceux établis en dernier lieu, en 2015, par le docteur Z_____ et la doctoresse AC_____. Dans le « contexte actuel selon l'assuré », il a été retenu que l'assuré était toujours suivi par un psychiatre au CAPPI, avec une fréquence d'entretiens bimensuelle, voire plus si nécessaire. Il n'avait effectué aucun séjour en milieu psychiatrique à Belle-Idée. Son traitement médicamenteux était inchangé, soit du Cirpalex 10mg, du Trittico 100mg, et du Zoldorm 10mg le soir qu'il ne prenait pas systématiquement. Le traitement était géré par l'un de ses frères. Questionné sur son évolution clinique, l'assuré évoquait un sentiment d'injustice en ce sens qu'il voudrait travailler mais en serait incapable en raison d'une fatigue constante. Sur le plan personnel, il conservait la garde de ses enfants et une dernière audience de divorce avait eu lieu en novembre 2014. Il n'avait plus de contact avec son ex- épouse. Quatre de leurs enfants étaient devenus majeurs. Les trois aînés vivaient en Angleterre. Sa situation financière était stable dans la mesure où il percevait des prestations dont il ignorait la provenance. Il rappelait qu'il avait subvenu aux besoins de ses proches lorsqu'il était en Somalie. Il s'était arrangé pour faire venir tous ses proches en Europe. Selon sa tradition culturelle, l'argent se donnait mais ne se prêtait pas entre les membres d'une même famille. Actuellement, ses proches l'aidaient, en retour des services qu'il leur avait rendus. Sur le plan professionnel, il avait fait plusieurs essais de mesures de réadaptation professionnelle. Selon lui, ses médecins traitants refuseraient qu'il travaille pour l'instant. Il en ignorerait les raisons. Dans le cadre des mesures de réadaptation, il avait participé à des cours portant, notamment, sur la rédaction de lettres de motivation pour un emploi et la mise à jour de son « CV ». Après avoir passé des entretiens, il a été adressé à la B_____, où il connaissait encore certaines personnes avec lesquelles il avait travaillé. Rapidement, il avait eu des vertiges. Il pensait

avoir subi trop d'injustices dans le cadre professionnel. Il revenait sur le fait qu'il aurait eu le droit de passer l'examen de cuisine après cinq ans d'activité à l'EMS pour obtenir un CFC. Or, sa hiérarchie avait refusé de le soutenir, même s'il prenait sur ses congés pour sa formation. Concernant son stage, il ne pensait pas avoir eu de problèmes relationnels, en admettant toutefois un état de méfiance. S'agissant de ses plaintes, l'assuré décrivait spontanément une fatigue constante. Il rapportait des cauchemars en lien avec son passé et rappelait qu'il avait participé au conflit dans son pays et avait été confronté à des scènes de guerre, aux cris d'enfants et de femmes. Il se réveillait souvent en sursaut. Il avait des troubles amnésiques et ne se souvenait pas bien du déroulement des dernières années. Il peinait à se concentrer, y compris pour la lecture d'articles de journaux. Il peinait à comprendre le contenu d'un article. Rien ne lui faisait plaisir. A l'anamnèse orientée, il disait avoir - ces dernières années - cessé ses activités de médiateur et de

A/855/2018 - 18/50 - membre de l'association de parents d'élèves. Il ne regardait plus les informations à la télévision. Il avait des troubles amnésiques pour les événements anciens remontant à quelques années mais aussi pour la mémoire immédiate. Il avait un important ralentissement psychique et d'importantes ruminations. Il se focalisait beaucoup sur le comportement de son ex-employeur à l'EMS. Il estimait être victime d'importantes injustices et avait besoin qu'elles soient réparées pour pouvoir les oublier. Questionné sur la présence d'idées persécutives, l'assuré répondait ignorer la raison du départ de son épouse qu'il mettait néanmoins sur le fait d'avoir été victime de maltraitance de la part de ses collègues de travail à l'EMS. Quant à ses angoisses, son entourage semblait craindre qu'il commette des actes auto ou hétéro-agressifs. Il était constamment accompagné. Il n'y avait pas d'élément d'anxiété généralisée. En ce qui concernait ses idées noires et suicidaires, il répondait qu'il s'agissait de son seul moyen d'être véritablement tranquille. Enfin, il vivait dans un appartement de 6 pièces, avec quatre de ses enfants. Une de ses soeurs faisait le ménage et préparait les repas. Ses frères s'occupaient des tâches administratives. Sur le plan professionnel, il pensait que ses médecins ne voulaient pas qu'il travaille. Lors de l'examen clinique, l'expert a retenu que l'assuré s'était présenté à deux reprises, ponctuel et accompagné par des membres de sa famille. Il se déplaçait avec une certaine lenteur, se tenait en position avachie sur la chaise et s'exprimait avec les yeux mi-clos. Sa compréhension était bonne et ses réponses informatives. Il y avait une nette focalisation sur des sentiments d'injustice, notamment concernant la façon dont ses relations avec son dernier employeur s'étaient terminées. Dans ces moments, l'assuré était extrêmement plaintif et pouvait se montrer projectif. L'orientation était normale dans les trois modes. Il n'y avait pas de trouble de la vigilance, ni de trouble manifeste de la mémoire. L'assuré parvenait à restituer les événements dans le temps. Il y avait probablement quelques troubles de la concentration et de l'attention, mais ceux-ci étaient difficile à évaluer de façon fine, compte tenu de son attitude générale passive, teintée par moment de comportement à la limite de l'agressivité. Cette agressivité ne s'accompagnait toutefois pas de menaces claires. L'évocation des scènes de guerre qu'il avait vécues ne réactivait pas de syndrome neurovégétatif d'angoisse. Il pouvait en parler librement, sans se livrer dans les détails. Ceci semblait passer au second plan par rapport à des sentiments d'injustice lorsqu'il travaillait à l'EMS, alimentés par son licenciement. Il présentait un ralentissement psychique et une baisse de dynamisme. Ses gestes étaient assez lents. Il ne présentait pas de labilité émotionnelle mais on percevait une souffrance psychique et une tristesse dont l'importance était difficilement évaluable compte tenu de son attitude générale. Il n'y avait aucun maniérisme ni bizarrerie dans ses propos. Il exprimait de la méfiance, mais pas envers

l'examineur. Son attitude globale laissait l'examineur quelque peu dubitatif relativement à un éventuel caractère démonstratif ou de majoration, étant relevé que la collaboration était difficile à évaluer.

A/855/2018 - 19/50 - Dans la motivation du diagnostic et l'appréciation du cas, l'expert a tout d'abord repris les éléments déjà discutés lors de son expertise de 2014 avant d'observer que, depuis lors, l'assuré avait bénéficié de mesures de réadaptation professionnelle. Les rapports de suivi de ces mesures mentionnaient qu'il désirait travailler et avait paru être satisfait de pouvoir évoluer dans un environnement connu. Il avait toutefois eu un malaise au deuxième jour du stage et avait été conduit aux HUG, où son psychiatre lui avait établi un certificat d'incapacité de travail. Il n'avait pas repris d'activité professionnelle depuis et s'était inquiété de savoir si cela aurait des conséquences financières auprès de différents intervenants. L'expert a relevé que l'appréciation de l'état psychique de l'assuré était rendue compliquée par des comportements en lien avec un processus d'invalidation. Il avait le sentiment d'une certaine majoration et d'un comportement démonstratif. Le comportement était principalement alimenté par un sentiment d'injustice envers l'employeur - qui avait refusé sa demande d'obtenir un CFC et l'avait licencié - et en raison du départ de son épouse. Il y avait probablement une composante culturelle à l'expression des différents symptômes. Il présentait évidemment une souffrance psychique, de même qu'une composante caractérielle à ses comportements et, certainement, des éléments narcissiques. Cette appréciation résultait des comportements que l'assuré avait adoptés lors d'un entretien du 19 septembre 2014 en vue des mesures de réadaptation professionnelle, notamment un comportement d'abattement qui s'était estompé durant l'entretien. Il pouvait se mobiliser efficacement pour obtenir des renseignements sur l'état de son dossier. Il avait obtenu la garde de ses enfants. Ces éléments contrastaient avec une attitude en apparence régressive. Au quotidien, il se faisait aider et se disait incapable de sortir seul de son domicile. Le cousin de l'assuré avait confirmé sa faible autonomie au quotidien. Au final, les plaintes exprimées par l'assuré et sa présentation durant l'entretien devaient conduire l'expert à retenir un épisode dépressif sévère avec un doute sur d'éventuels symptômes psychotiques. Toutefois, compte tenu de l'aspect démonstratif qui rendait cette appréciation difficile, le diagnostic d'un épisode dépressif modéré, avec un doute sur un éventuel syndrome somatique était retenu. La structure de sa personnalité demeurait difficilement appréciable, de sorte qu'un trouble de la personnalité sans précision était retenu, avec une composante caractérielle, passive-agressive et paranoïaque incluant de la méfiance et de l'interprétativité. Le traitement de l'assuré étant demeuré inchangé depuis 2011, des adaptations avaient été recommandées lors de la précédente évaluation, en 2014. Malgré les réserves exprimées quant à l'efficacité de l'adaptation dudit traitement, il paraissait inconcevable de persister à prescrire du Cipralex, même si la dose avait été doublée dans l'intervalle. Le monitoring thérapeutique montrait toujours un taux infra- thérapeutique pour l'Escitalopram, ce qui contrastait avec un taux nettement supra- thérapeutique pour la Trazodone. Sur le plan thérapeutique, on ne pouvait pas

A/855/2018 - 20/50 - retenir une dépression résistante vu les résultats du monitoring thérapeutique avec un résultat infra-thérapeutique pour l'Escitalopram. S'agissant de la capacité de travail de l'assuré, l'expert a considéré que son comportement et ses apparentes limitations fonctionnelles étaient clairement en lien avec son sentiment d'injustice et le fait qu'il soit pris dans un processus d'invalidation. L'assuré avait aussi probablement de grandes difficultés à accepter le départ de son épouse, bien que l'on ne comprenait pas exactement

ce qui s'était passé. Il s'était battu pour obtenir la garde de ses enfants, ce qui contrastait avec la présentation de son état psychique et ce, bien que ses médecins aient rapporté que cette garde lui permettait d'une certaine manière de « rester en vie ». Le tableau clinique n'expliquait pas les échecs des mesures de réadaptation professionnelle. La survenance d'un épisode unique d'anxiété paroxystique ne constituait pas un motif pour retenir une incapacité de travail durable, l'assuré pouvant se montrer très passif et opposant lorsque la situation ne lui convenait pas et, à l'inverse, se mobiliser pour défendre ses intérêts. Le comportement de l'assuré devrait probablement conduire à un nouvel échec de mesures de réadaptation professionnelle, sans que cela ne relève directement d'une affection psychiatrique claire. Ainsi, la mise en place de telles mesures n'était pas préconisée, alors que ces mesures devraient permettre une reprise de travail à 100% sur le marché de travail. Sans la mise en place desdites mesures - raisonnablement exigibles - l'assuré restait incapable de se confronter seul au marché de l'emploi. Aux questions jointes à l'expertise, l'expert a répondu comme suit : - S'agissant de l'atteinte à la santé de l'assuré et de ses ressources personnelles, une appréciation fine était rendue difficile en raison de son comportement qui démontrait toutefois très clairement qu'il était apte à se mobiliser en fonction des enjeux. Des facteurs non médicaux entraient en ligne de compte dans son absence d'adhésion aux mesures de réadaptation professionnelle. Il ne présentait pas d'affection addictive, mais des traits de personnalité passifs-agressifs et paranoïaques. - S'agissant de ses difficultés d'ordre social (chômage ou situation précaire), l'assuré - qui vivait avec trois de ses enfants - était entouré par sa famille. Il se décrivait comme très peu actif et il prétendait ne pas connaître l'origine de ses ressources financières, ce qui contrastait avec son aptitude à obtenir des renseignements dans d'autres domaines. - Les mesures de réadaptation professionnelle de l'assuré avaient échoué très rapidement en raison d'un épisode unique d'anxiété paroxystique. Son adhésion à ces mesures était insuffisante. Sa motivation était faible en raison du processus d'invalidation. Les mesures de réadaptation proposées étaient adéquates parce qu'elles lui offraient un environnement connu, ce qui était important compte tenu de sa méfiance.

A/855/2018 - 21/50 - - En ce qui concernait la cohérence, il a été observé que ses plaintes subjectives étaient plus importantes que les constatations objectives et qu'il était apte à suivre une thérapie. L'expert a conclu que, si la capacité de travail de l'assuré comme aide de cuisine était nulle depuis octobre 2010, sa capacité de travail dans une activité correspondant à ses aptitudes était de l'ordre de 50% dans un premier temps dans le cadre de mesures de réadaptation professionnelle.

E. 41

Dans son avis du 21 juin 2016, le médecin du SMR a relevé que dans sa troisième expertise, l'expert mettait en évidence une évolution dans le sens d'un processus d'invalidation. L'appréciation de la situation et des ressources personnelles de l'assuré était rendue difficile en raison d'un comportement démonstratif. Il était toutefois apte à se mobiliser en fonction des enjeux. Par rapport à l'échec des mesures de réadaptation professionnelle, l'expert avait estimé qu'un épisode unique d'anxiété paroxystique n'était pas un motif suffisant pour justifier leur arrêt définitif. En outre, le tableau psychique ne permettait pas d'expliquer l'échec des mesures qui étaient exigibles. Eu égard au comportement de l'assuré et à son manque de motivation, de telles mesures seraient aujourd'hui vouées à l'échec, sans que cela ne relève directement d'une affection psychiatrique claire. Sur le plan thérapeutique, la prescription de Cipralex ne paraissait plus justifiée puisque le monitoring

montrait des valeurs sériques infra-thérapeutiques malgré un renforcement de la posologie. La notion de dépression résistante ne pouvait dès lors pas être retenue. Une adaptation ou une modification du traitement devrait être envisagée. Le SMR a retenu que l'expertise était convaincante. Elle permettait de retenir que l'activité d'aide-cuisinier n'était plus exigible de l'assuré depuis novembre 2010, lequel présentait toutefois une pleine capacité de travail (CT) dans une activité adaptée, sans utilisation d'outils tranchants et sans trop d'interactions interpersonnelles. Bien qu'il était lui était difficile de retrouver seul une activité sur le marché de l'emploi, et en raison de sa faible motivation et de facteurs non- médicaux, le pronostic d'une réinsertion professionnelle était mauvais. En cas de mise en place de mesures professionnelles, une reprise progressive, initialement à 50%, à augmenter jusqu'à 100%, était recommandée. Sur le plan strictement théorique, il existait une CT exigible de 100% dès le 20 juin 2011 (cf. expertise 2011), outre l'adaptation du traitement médicamenteux.

E. 42

Suite à la demande de l'assuré du 21 septembre 2016, l'OAI a transmis le rapport d'expertise du 1er juin 2016 au docteur T_____.

E. 43

Le 18 octobre 2016, l'assuré a eu un entretien avec un psychologue conseiller de l'OAI. Selon le procès-verbal d'entretien, l'assuré avait été informé de la mise en place d'une mesure d'orientation professionnelle sur treize semaines, du 9 janvier au 9 avril 2017, auprès des Etablissements Publics pour l'Intégration (ci-après : les EPI).

A/855/2018 - 22/50 - Lors de l'entretien, il s'est présenté comme une personne active qui avait dû gérer une famille nombreuse. Il disait vouloir retrouver une indépendance par le travail. Son licenciement lui restait toujours « au travers de la gorge ». Il disait avoir perdu confiance et souffrir de problèmes de mémoire, de manque de concentration ainsi que de troubles du sommeil. Il continuait le traitement de Cipralext et de Trittico, avec un somnifère dont il ne se rappelait pas le nom. Il s'étonnait de la position de l'expert, les sept psychiatres qui l'avaient suivi ayant attesté de son incapacité de travail. Toutefois, il affirmait avoir envie de travailler.

E. 44

Le 9 décembre 2016, l'OAI a confirmé à l'assuré la mise en place d'une mesure d'orientation professionnelle auprès des EPI.

E. 45

Le 12 décembre 2016, l'assuré a produit une attestation d'incapacité totale de travail du 12 décembre 2016 au 6 janvier 2017, établie par la doctoresse AE_____ du CAPPI de la Servette.

E. 46

Par note du 11 janvier 2017, le psychologue conseiller en réadaptation de l'OAI a indiqué que l'assuré l'avait informé avoir débuté la mesure d'orientation professionnelle auprès des EPI avec une grande fatigue et des jambes lourdes et que sa psychiatre penserait que ce n'était pas le moment pour une reprise du travail. Une encadrante des EPI aurait remarqué son état et lui aurait recommandé de contacter son médecin pour une baisse de taux d'activité à 50%. L'assuré avait indiqué souhaiter « faire le maximum ».

E. 47

Selon la note du 17 janvier 2017 dudit psychologue, le maître de réadaptation aux EPI l'avait informé que, depuis le début de la mesure, l'assuré affichait un état psychique qui serait « perturbé » par des ruminations très présentes relatives à son licenciement de l'EMS. Il disait manquer d'énergie, de vitalité et n'avoir aucun moment de plaisir ni le goût à rien. Ses enfants auraient tous rejoint l'un de ses frères à Londres. Un autre de ses frères vivait à ses côtés pour l'épauler. Après discussion, il avait été convenu de poursuivre la mesure d'orientation.

E. 48

Selon la note d'entretien téléphonique du 27 janvier 2017, l'assuré a informé l'OAI être au bénéfice d'un arrêt total de travail durant trois jours, du 23 au 25 janvier 2017. Au troisième jour, il était toutefois retourné aux EPI pour faire preuve de bonne volonté. Selon l'assuré, la mesure était très pénible. Ne dormant que trois à quatre heures par nuit, il ressentait une grande fatigue durant la journée. Il s'inquiétait pour le versement de ses indemnités journalières.

E. 49

Par courriel du 30 janvier 2017, les EPI ont informé l'OAI que l'assuré avait été hospitalisé, suite à un malaise en début d'après-midi.

E. 50

Dans une note du 31 janvier 2017, le psychologue conseiller de l'OAI a mentionné que, par téléphone du même jour, les EPI l'ont informé que l'assuré avait été absent les lundi 23 et mardi 24 janvier en raison d'un malaise. Le 30 janvier 2017, un nouveau malaise avait nécessité son transfert à l'hôpital. Il en était ressorti quelques heures après. Il avait annulé le rendez-vous fixé chez le docteur AF_____, au motif que le cabinet du médecin serait trop proche de son ancien lieu de travail et

A/855/2018 - 23/50 - que sa psychiatre lui aurait recommandé d'éviter le quartier. Faute d'attestation médicale, un nouveau rendez-vous chez le médecin lui avait été fixé. Les EPI ont fait état des difficultés du suivi auprès de l'assuré qui se plaignait beaucoup et ressassait sans cesse son licenciement, vécu comme une injustice. Son comportement était par ailleurs difficile à cerner. 51. Dans son rapport du 1er février 2017, le docteur AF_____ a indiqué n'avoir pas pu prendre des renseignements complémentaires auprès du psychiatre qui suivait actuellement l'assuré. Cependant, il lui semblait assez évident que devant le tableau psychique présenté, le pronostic professionnel était très médiocre : face à un PTSD chronique, la prise en charge pharmacologique était très décevante et la prise en charge psychothérapeutique avait peu de chances de réussir. La conviction de l'assuré d'avoir été victime d'injustices majeures toute sa vie, malgré une bonne volonté exprimée, était telle que toute proposition était disqualifiée. Une réparation étant impossible, la situation restait fixée, désespérante, et le cortège de symptômes d'impuissance, de troubles majeurs de la concentration, de sentiments d'indignité insupportables n'allait qu'en augmentant à force de ressasser la situation. Sur le plan professionnel, le docteur AF_____ a estimé que la seule proposition concrète qui puisse avoir des chances d'aboutir serait une tentative d'intégration dans une activité adaptée, dans un cadre très tolérant. L'assuré - dont la souffrance psychique paraissait « assez bien cristallisée » - affirmait avoir la ferme intention de retrouver une autonomie professionnelle, mais tout dans son comportement démontrait une incapacité à s'intégrer. 52. Lors de l'entretien du 2 février 2017 avec le psychologue

conseiller de l'OAI et la représentante des EPI, l'assuré a exposé vouloir faire le maximum pour continuer la mesure, en se plaignant de douleurs au dos, de séquelles à l'épaule gauche, de lourdeurs des jambes, parfois de crampes, et d'une fatigue écrasante qui limiteraient ses mouvements. L'assuré disait ne pas pouvoir travailler debout. Le docteur AF_____ lui aurait proposé d'arrêter la mesure, ce qu'il aurait refusé. La piste d'un emploi dans le nettoyage aurait éveillé chez l'assuré des angoisses. Il avait l'impression de rétrograder alors qu'il avait obtenu un diplôme universitaire au Maroc, certes non reconnu en Suisse. 53. Lors d'un entretien téléphonique du 8 février 2017 avec le psychologue conseiller de l'OAI, l'assuré se plaignait de l'attitude de la représentante des EPI, qui serait contre lui. Il disait se rendre aux EPI avec le ventre très serré, car il redoutait de ne plus pouvoir se contrôler et sentait atteindre ses limites. 54. Le 20 mars 2017, la doctoresse AE_____ a adressé à l'OAI un rapport concernant l'assuré, daté du 16 janvier 2017. Elle a retenu un trouble dépressif récurrent sans précision (F33.9) et un trouble de la personnalité sans précision (F60.9). Elle suivait l'assuré depuis le 1er novembre 2016, à raison d'une consultation toutes les quatre semaines au CAPPI Servette et avait prescrit un changement de traitement médicamenteux, soit : paroxétine 20mg/j (anti dépresseur), Trittico

A/855/2018 - 24/50 - 75mg/j et Risperdal 1mg/j. Un bilan neuropsychologique pour évaluer les capacités cognitives de l'assuré avait été requis, afin d'avoir plus d'informations sur le travail qui pourrait être potentiellement exigé de l'assuré. 55. Selon le bilan du 27 mars 2017 des EPI à l'OAI, l'assuré se plaignait de vertiges et avait des difficultés à maintenir la position debout sur la durée. Il pouvait maintenir durablement une position assise. Il présentait des difficultés de concentration et manquait d'endurance, ce qui limitait considérablement ses capacités d'apprentissage. Il n'était pas en mesure d'assimiler de nouvelles connaissances, de retenir des processus de travail ou de maintenir une constante dans son rythme de travail, outre son état émotionnel fragile. Pendant toute la durée du stage, il était resté focalisé sur les événements qu'il avait vécus ces dernières années (licenciement, injustice, séparation, procédure pour la garde des enfants) et n'arrivait pas à investir son énergie dans des solutions qui lui permettraient de se reconstruire et évoluer dans son parcours de réinsertion. Il avait ainsi été décidé de mettre un terme à la mesure dès le 26 février 2017. 56. Le 25 avril 2017, l'assuré a téléphoné à l'OAI parce qu'il n'avait reçu aucune allocation ou aide financière depuis la fin de la mesure d'orientation professionnelle, en indiquant avoir pris un rendez-vous avec l'Hospice général. 57. Par courriel du 1er mai 2017, l'assuré a informé l'OAI que la doctoresse AE_____ et un chef de clinique de la Servette avaient proposé de l'hospitaliser, ce qu'il avait refusé en raison de sa « situation personnelle et familiale ». Il avait par ailleurs eu un contact avec l'Hospice général qui devait examiner sa situation. 58. Le 30 juin 2017, le docteur AG_____, neuropsychologue du service de neurologie des HUG, a adressé la doctoresse AE_____ - qui l'a transmis à l'OAI - un rapport d'examen neuropsychologique, signé conjointement avec le docteur AH_____, responsable de l'Unité. Il a relevé que l'examen avait été réalisé chez un patient ayant présenté plusieurs épisodes dépressifs dans le contexte d'un trouble de la personnalité en n'ayant plus travaillé depuis 2010. Un stage de réinsertion professionnelle avait été effectué en janvier 2017, sans succès, avec consécutivement une péjoration de la symptomatologie dépressive et des ruminations, ainsi qu'une importante blessure narcissique. Une hétéro-anamnèse n'avait toutefois pas été réalisée car elle n'était pas souhaitée par le patient. L'assuré se plaignait de ne plus avoir de plaisir et ne supportait pas de dépendre des autres. Il se montrait affecté par les résultats négatifs de son stage en janvier 2017. Sur questions ciblées, l'assuré disait être inquiet pour subvenir aux besoins de

sa famille et exprimait le souhait de pouvoir travailler. Au niveau du comportement, il s'agissait d'un patient à la mimique faciale et gestuelle peu différenciée, au regard fuyant, les yeux souvent fermés, même lorsqu'il s'exprimait par des phrases courtes, le plus souvent en réponse aux questions nosognosiques de sa situation médicale mais pas de ses troubles cognitifs. Il paraissait globalement adéquat en situation, collaborant dans la mesure de ses possibilités. Il était ralenti sur le plan

A/855/2018 - 25/50 - idéique et psychomoteur, d'emblée très fatigable. Concernant la thymie, il exprimait peu d'affect. Le docteur AG_____ a conclu que le profil cognitif d'intensité modérée de l'assuré était caractérisé au premier plan par un trouble attentionnel/exécutif peu spécifique, affectant les rendements mnésiques, s'inscrivant dans le contexte de difficultés thymiques et affectives. Les difficultés objectivées étaient d'intensité et de nature à limiter l'assuré dans ses activités quotidiennes et professionnelles. D'un point de vue strictement neuropsychologique, une reprise professionnelle restait prématurée et ne pourrait être envisagée qu'une fois les aspects thymiques et affectifs stabilisés, puisque « l'assuré bénéficierait en l'état de la poursuite et du renforcement d'une prise en charge psychotérapeutique (...) ». 59. Le 31 octobre 2017, l'assuré a téléphoné à l'OAI pour s'enquérir de l'avancement de son dossier, qui se trouvait auprès du SMR. 60. Le 6 novembre 2017, le médecin du SMR a considéré que l'expertise du 1er juin 2016 était convaincante et que le rapport neuropsychologique n'était pas de nature à modifier les précédentes conclusions du SMR. Il convenait dès lors de retenir qu'en raison des diagnostics posés, l'assuré présentait, dès juin 2011, une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, sans utilisation d'outils tranchants et n'impliquant pas trop d'interaction interpersonnelle. 61. Par projet de décision du 11 décembre 2017, l'OAI a rejeté la demande de prestations et refusé la poursuite de l'examen de mesures de réadaptation. Il ressortait de l'instruction médicale que si l'assuré présentait, dès le 1er juillet 2011, une incapacité de travail dans son activité d'aide de cuisine, sa capacité de travail, selon le SMR, était entière à partir de cette date dans une activité adaptée à son état de santé. Il résultait de l'examen des mesures de réadaptation que l'assuré ne présentait aucune limitation spécifique en lien avec son état de santé qui nécessiterait une aide complémentaire pour rechercher un emploi. La poursuite de l'examen des mesures professionnelles ne permettrait pas de consolider sa capacité de gain. Les services de l'assurance-chômage étaient désormais compétents pour l'aider dans ses recherches d'un emploi. 62. Par courrier du 26 janvier 2018, par l'intermédiaire de son avocate, l'assuré s'est opposé à ce projet de décision et a conclu à l'octroi d'une rente d'invalidité. En substance, il a estimé que son incapacité de travail avait été attestée par ses différents thérapeutes depuis 2011. Selon l'examen neuropsychologique du 30 juin 2017 le concernant, une reprise professionnelle restait prématurée et ne pourrait s'engager qu'une fois les aspects thymiques et affectifs stabilisés. Dans son rapport, l'expert n'avait pas pu prendre en compte les éléments résultant de cet examen, établi postérieurement. Le médecin du SMR aurait ainsi écarté l'examen

A/855/2018 - 26/50 - neuropsychologique sans justification valable. L'expert et le médecin SMR seraient ainsi « à la solde de l'assurance invalidité ». 63. Par décision du 30 janvier 2018, expédiée sous pli simple, l'OAI a confirmé les termes de son projet de décision. 64. Par acte du 12 mars 2018, par l'intermédiaire de son avocate et au bénéfice d'une assistance juridique, l'assuré a interjeté recours contre cette décision - reçue le 8 février 2018 -, en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, ainsi qu'à une indemnité équitable à titre de dépens. Préalablement, il a sollicité une contre-expertise. Le

docteur P_____ avait établi une première expertise, pour le compte de l'assurance perte de gain, et avait constaté que l'assuré avait une pleine capacité de travail. Ainsi les deuxième et troisième expertises, établies pour le compte de l'OAI, ne pouvaient être impartiales. Il conviendrait d'auditionner cet expert afin qu'il explique les raisons pour lesquelles les déclarations du recourant avaient d'emblée été considérées comme peu crédibles. Les tentatives de réinsertion suite aux mesures mises en place n'avaient pas abouti en raison de la pathologie du recourant, ce dont l'expert ne tirait aucune conclusion. L'expert n'aurait en outre pas tenu compte du fait que le recourant était suivi, au CAPPI, par de nombreux thérapeutes qui avaient attesté son incapacité totale de travail du fait d'une affection psychiatrique sévère depuis de nombreuses années. Il préconisait une activité adaptée, sans utilisation d'objets tranchants et sans trop d'interactions interpersonnelles, alors qu'il relevait par ailleurs que le recourant s'occupait de ses sept enfants pour attester qu'il disposait de ressources sociales qu'il savait mettre à profit. L'affection dont souffrait le recourant était niée par l'expert et le médecin du SMR alors que de nombreux thérapeutes d'un centre de compétence universitaire officiel en attestaient. Selon le recourant, il « ne souffre pas de trouble de la personnalité mais bien d'un syndrome de stress post-traumatique en raison des événements dont il a été victime et qui ont laissé durablement une pathologie psychiatrique s'installer ». Cette affection ne lui permettrait pas d'accomplir aujourd'hui des tâches professionnelles quel que soit le domaine considéré. 65. Dans sa réponse du 10 avril 2018, l'autorité intimée a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision querellée. Le recourant ne faisait état d'aucun élément objectivement vérifiable ayant été ignoré dans le cadre des expertises et suffisamment pertinent pour remettre en question leurs conclusions. Il paraissait contraire à la bonne foi d'attendre de connaître le résultat de l'expertise avant de se plaindre du choix de l'expert. En l'espèce, l'expert avait rendu ses conclusions sur la base d'exams complets de l'ensemble des pièces du dossier. Les plaintes du recourant avaient été prises en considération et les rapports établis en pleine connaissance de l'anamnèse. La description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale étaient

A/855/2018 - 27/50 - claires et les conclusions de l'expert, dûment motivées. Les différents certificats d'arrêt de travail, dépourvus d'explication clinique médicale, ne représentaient pas d'éléments probants pour apprécier sa capacité de travail. Les rapports médicaux auxquels le recourant se référait devaient être évalués avec réserve, notamment en raison du rapport de confiance privilégié des médecins avec leurs patients. Le recourant affirmait que les échecs des mesures d'ordre professionnel étaient liés à sa pathologie. Or, selon l'expert, un épisode unique d'anxiété paroxystique n'était pas un motif suffisant pour justifier l'arrêt des mesures. En outre, le tableau psychique ne permettait pas d'expliquer l'échec des mesures. Lorsque les mesures mises en place démontraient que les conditions subjectives n'étaient pas remplies, soit que l'aptitude subjective de réadaptation faisait défaut, l'administration pouvait y mettre fin. Enfin, selon les éléments du dossier, le recourant n'avait pas été empêché pendant une dizaine d'années, de 2000 à 2010, d'exercer une activité lucrative, notamment comme aide de cuisine, d'obtenir un permis de conduire un poids lourd avec remorque, ainsi qu'un certificat de capacité comme transporteur. Il avait pu entreprendre toutes les démarches utiles à la défense de ses intérêts. Il avait été médiateur et traducteur pour des compatriotes auprès d'instances officielles et avait fait partie de l'association de parents d'élèves. Le comportement normal du recourant qui avait été observé, ainsi que ses ressources, confirmaient l'absence d'un syndrome de stress post-traumatique. 66. Le 11 juin 2018, dans le délai prolongé accordé, le recourant a

répliqué et persisté dans les conclusions de son recours. Il a affirmé que L'OAI aurait « exercé des pressions sur lui » au motif qu'un changement de médecin impliquerait des délais supplémentaires. L'expert n'allait pas critiquer sa première expertise et reprendrait ses conclusions dans les expertises suivantes, ce qui suffirait à remettre en cause son impartialité. Il existerait par ailleurs une incohérence entre la deuxième et la troisième expertise. Après avoir indiqué que le recourant avait été traité pour un PTSD par les HUG, l'expert l'avait au final écarté au motif que le recourant avait pu vivre normalement pendant vingt ans et qu'il n'avait pas observé d'évitement de sa part puisqu'il avait travaillé durant dix ans en cuisine. Il faisait ainsi abstraction du fait qu'il n'était pas retourné en Somalie quand bien même sa nationalité suisse lui permettait de voyager. Dans son avis, le SMR n'avait pas tenu compte du rapport du docteur AF_____, ni de ceux de la doctoresse AE_____ du 20 mars 2017 et des EPI, qui avaient retenu que le recourant n'était pas en mesure de réintégrer le marché de l'emploi libre ou adapté. S'agissant de sa capacité à s'occuper de ses enfants, il n'avait pas été pris en compte que certains d'eux étaient domiciliés auprès de membres de sa famille en Angleterre, où ils étaient scolarisés. Pour le surplus, le recourant contestait les constatations de l'expert dans son troisième rapport d'expertise.

A/855/2018 - 28/50 - 67. Le 9 juillet 2018, l'autorité intimée a persisté dans les termes de ses écritures du 10 avril 2018. 68. Le 28 août 2018, par l'intermédiaire de son avocate, le recourant a sollicité l'audition du docteur T_____ et a produit un courrier du 22 août 2018 de ce dernier. Dans ce courrier, le docteur T_____ a expliqué avoir suivi le recourant, la première fois, de décembre 2012 à octobre 2013, période durant laquelle lui-même était en formation en psychiatrie aux HUG. Il avait retenu le diagnostic d'un trouble dépressif récurrent, qui évoluait sans période de rémission complète. Après avoir repris le dossier médical du recourant et en avoir discuté avec ses superviseurs, un chef de clinique et un médecin adjoint, il avait retenu un PTSD et un changement de personnalité secondaire, « le traumatisme dans un contexte de guerre étant avéré avec une première prise en charge par les collègues de la médecine de premiers recours lors de son arrivée en Suisse ». Depuis mai 2018, le recourant avait repris contact avec lui et entreprenait une psychothérapie. Selon le docteur T_____, le médecin des EPI, le docteur AF_____ avait expliqué de manière cohérente le trouble présenté par le recourant, « à savoir un PTSD sévère », avec un pronostic réservé et les motifs de l'efficacité modeste des traitements médicamenteux. La sévérité de l'atteinte fonctionnelle aurait été confirmée lors du stage du recourant aux EPI et objectivée par le docteur AF_____. Enfin, il a critiqué les expertises, a estimé que les réfutations de l'expert d'un PTSD n'étaient pas convaincantes et que « Monsieur A_____ est clairement inapte pour le marché primaire » et « qu'il pourra, à long terme, retrouver une capacité de travail pour autant qu'il puisse bénéficier d'une psychothérapie et d'un travail dans un atelier protégé ». 69. Le 1er octobre 2018, dans le délai imparti, l'OAI a produit l'avis du 18 septembre 2018 du médecin SMR par rapport au courrier du docteur T_____. Il a relevé que l'expert s'était entretenu avec le docteur T_____ avant d'établir son deuxième rapport d'expertise, en avril 2014. L'expert avait écarté le diagnostic de syndrome de stress post-traumatique et de modification durable de la personnalité aux motifs que l'assuré avait pu mener une vie normale, se marier, fonder une famille, suivre des formations, reprendre une activité professionnelle, une vie sociale et assumer des mandats d'interprète pour des compatriotes, notamment auprès de la police - mandats qui l'amenaient à des situations pouvant faire ressurgir des souvenirs traumatiques - ce que les patients souffrant d'une telle atteinte évitaient à tout prix. En outre, l'assuré avait pu s'adapter à un

environnement professionnel hostile avec un chef qui aurait tenu des propos racistes à son encontre. Il avait également été capable d'évoquer de manière libre des scènes de guerre qu'il avait vécues sans que cela ne réactive un syndrome neurovégétatif d'angoisse, ce qui parlait également en défaveur du diagnostic d'un syndrome de stress-post traumatique.

A/855/2018 - 29/50 - Par ailleurs, le docteur T_____ se référait à l'avis du docteur AF_____, alors que ce dernier n'était pas psychiatre, spécialisé pour poser un tel diagnostic. Le diagnostic du docteur T_____ reposait essentiellement sur les plaintes subjectives du recourant et non sur des éléments objectifs qui pourraient amener à retenir une atteinte beaucoup plus sévère que celle présentée en réalité, avec des discordances dans le comportement lors de stages et au quotidien, alors que le recourant démontrait sa capacité à mobiliser ses ressources lorsqu'il devait obtenir des renseignements sur son dossier, la garde de ses enfants, lorsque l'on n'allait pas dans son sens ou qu'il était poussé dans ses retranchements. En conclusion, le rapport du 22 août 2018 du docteur T_____ n'amenait pas d'éléments objectifs susceptibles de modifier les conclusions précédentes du SMR. 70. Par écriture du 25 octobre 2018, le recourant a persisté dans les conclusions de son recours. Il a soutenu que le traumatisme qu'il avait vécu en Somalie avait laissé des traces durables, réactivées lors des conflits sur son lieu de travail, engendrant une incapacité de travail durable. Il a contesté avoir pu évoquer de manière libre des scènes de guerre vécues. L'expert n'aurait pas pris en compte la dimension culturelle, selon laquelle un homme somalien ne montrerait pas de signes d'émotion au risque de perdre la face. L'argument du SMR concernant l'absence d'évitement de sa part serait infondé. D'ailleurs, il avait refusé l'excision de sa fille, n'était jamais retourné en Somalie et n'avait fonctionné qu'à une seule reprise comme interprète auprès du Tribunal des mineurs. Il s'était investi au sein de l'association des parents d'élèves et non auprès des associations somaliennes. Enfin, il a fait valoir ses limitations lors de son stage, attestées par le docteur AF_____. 71. Au 5 février 2019, par l'intermédiaire de son avocate, le recourant a régulièrement produit des certificats établis par la doctoresse AI_____ pour des arrêts de travail successifs « pour maladie » depuis le 1er septembre 2018. 72. Sur quoi, la cause a été gardée à juger. Les arguments des parties seront repris dans la partie en droit en tant que besoin.

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. Le délai de recours est de 30 jours suivant la notification de la décision (art. 60 al. 1 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Lorsque le délai échoit un samedi, un dimanche ou un jour

A/855/2018 - 30/50 - férié selon le droit fédéral ou cantonal, son terme est reporté au premier jour ouvrable qui suit (art. 38 al. 3 LPGA et art. 17 al 3 LPA). En l'espèce, la décision querellée a été notifiée sous pli simple le 8 février 2018. Le délai de trente jours ayant échu le samedi 10 mars 2018, le recours interjeté le lundi 12 mars 2018, dans les formes, est dès lors recevable (art. 56 ss LPGA et 64 al. 1 LPA). 3. Le recourant sollicite l'audition du docteur T_____, un de ses médecins traitants. a. Le droit d'être entendu comprend le droit, pour la personne concernée, de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision et d'obtenir qu'il soit donné suite à ses offres de

preuves pertinentes (arrêts du Tribunal fédéral 9C_372/2018 du 29 octobre 2018 consid. 5.1 ; 2C_545/2014 du 9 janvier 2015 consid. 3.1 ; ATF 132 II 485 consid. 3.2 et 129 II 497 consid. 2.2). Le droit de faire administrer des preuves n'empêche pas le juge de renoncer à l'administration de certaines preuves offertes et de procéder à une appréciation anticipée de ces dernières, en particulier s'il acquiert la certitude que celles-ci ne l'amèneront pas à modifier son opinion ou si le fait à établir résulte déjà des constatations ressortant du dossier (ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 136 I 229 consid. 5.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 2C_917/2018 du 29 janvier 2019 consid. 5.1). Le droit d'être entendu ne comprend pas le droit d'obtenir l'audition de témoins (ATF 130 II 425 consid. 2.1). b. En l'espèce, le recourant a largement pu faire valoir ses points de vue et ses arguments dans son recours et ses différentes écritures subséquentes. La chambre de céans dispose, par ailleurs, des éléments utiles et nécessaires pour statuer en toute connaissance de cause, au vu des nombreuses pièces produites par les parties, y compris les avis médicaux du docteur T_____, particulièrement celui produit le 22 août 2018 par lequel ce médecin a fourni les raisons l'ayant amené à retenir le diagnostic d'un PTSD et d'un changement de personnalité de l'assuré et s'est exprimé de manière complète tant sur l'avis du docteur AF_____, mandaté par les EPI, que sur les rapports d'expertise du docteur P_____, mandaté par l'autorité intimée. Il ne sera dès lors pas donné suite à la requête d'audition sollicitée par le recourant. 4. Le litige porte sur la question de savoir si le recourant a droit à des prestations de l'assurance-invalidité. Aux termes de l'art. 8 al. 1er LPGA, est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. 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

A/855/2018 - 31/50 - incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008). 5. a) En vertu de l'art. 28 al. 1er LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). b) L'art. 28 al. 2 LAI dispose que l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à 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). 6. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165 consid. 3.1.; 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 mentale ou psychique suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert ou d'un médecin spécialiste de la discipline concernée (psychiatre) et s'appuyant sur des critères du système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 ; 141 V 281 consid. 2.1 citant ATF 130 V 396 et consid. 2). Une anomalie diagnostiquée par un spécialiste ne signifie cependant pas que l'assuré doit être déclaré d'emblée invalide. Il faut qu'elle entraîne le degré d'incapacité prévue par la loi. Pour répondre à la question de savoir si une atteinte à la santé mentale ou psychique est invalidante ou non, il convient de déterminer si et dans quelle mesure un assuré peut encore, malgré l'atteinte de la santé et le cas échéant en suivant un traitement thérapeutique, exercer une activité lucrative sur un marché du travail équilibré correspondant à ses aptitudes. Cette question doit être tranchée avant tout sur la base de critères objectifs en faisant abstraction des limitations dues à un comportement aggravante de l'assuré (Michel VALTERIO, Commentaire La loi sur l'assurance-invalidité, 2018, ad art. 4 LAI, N 8 et 9 et les

A/855/2018 - 32/50 - références citées, not. ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6 p. 398 et 132 V 65 consid. 3.4 p. 70). 7. a) Dans un arrêt de principe rendu le 3 juin 2015 (ATF 141 V 281), le Tribunal fédéral a revu et modifié en profondeur le schéma d'évaluation de la capacité, 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), divisé en deux grandes catégories : les indicateurs se rapportant à la catégorie « degré de gravité fonctionnel » forment le socle de base pour l'évaluation des conséquences fonctionnelles de l'atteinte à la santé (ATF 141 V 281 consid. 4.3), lesquelles doivent ensuite être examinées sous l'angle de la « cohérence », catégorie regroupant des éléments destinés à évaluer le comportement de l'assuré (ATF 141 V 281 consid. 4.4 ; cf. également Michel VALTERIO, op. cit., ad art. 4 LAI, N 16/note 49). Cette nouvelle jurisprudence ne modifie en rien la jurisprudence relative à l'exigence de l'art. 7 al. 2 LPGA, selon laquelle une incapacité de gain propre à entraîner une invalidité n'est admise que si cette incapacité n'est pas objectivement surmontable, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à l'assuré (ATF 141 V 281 précité, consid. 6). b) En particulier, le Tribunal fédéral a souligné que le diagnostic somatoforme douloureux persistant reposant sur la terminologie du système de classification médical ne conduit à la constatation d'une atteinte à la santé importante et pertinente en droit de l'assurance-invalidité que si le diagnostic résiste également aux motifs d'exclusion selon l'ATF 131 V 49 (ATF 141 V 281 consid. 2.2). Le Tribunal fédéral a ainsi maintenu, voire renforcé la portée de ces motifs d'exclusion, selon lesquels 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, d'une manifestation analogue ou d'une constellation semblable (ATF 141 V 281 consid. 2.2), et ce même si les caractéristiques d'un trouble somatoforme douloureux - respectivement d'une affection psychosomatique comparable - au sens de la classification sont réalisées (Michel VALTERIO, op.cit., ad art. 4 LAI, N 16 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_607/2015 du 3 février 2016 consid. 4.2.4.). c) Des indices d'une telle exagération apparaissent, notamment en cas de discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, d'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, d'absence de demande de soins, de grandes divergences

entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, ou lorsque les plaintes très démonstratives

A/855/2018 - 33/50 - laissent insensible l'expert, ou en cas d'allégation de lourds handicaps dans la vie quotidienne malgré un environnement psychosocial intact (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1 et les références, en particulier ATF 131 V 49 consid. 1.2 p. 51). A lui seul, un simple comportement ostensible ne permet pas de conclure à une exagération (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1 in fine). Cette jurisprudence s'applique également en cas de trouble de stress post-traumatique (Michel VALTERIO, op. cit., ad art. 4 N 16 p. 38). 8. Désormais, toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide du catalogue d'indicateurs de degré de gravité et de cohérence de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_797/2017 du 22 mars 2018 consid. 4.2), soit comme suit : a) Dans la catégorie « degré de gravité fonctionnel », le premier indicateur du complexe « atteinte à la santé » est l'expression des éléments et des symptômes pertinents pour le diagnostic. Les constatations sur les 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 inhérent au diagnostic. La gravité de l'évolution de la maladie doit aussi être rendue plausible à l'aide de tous les éléments à disposition provenant de l'étiologie et de la pathogenèse déterminantes pour le diagnostic. Par exemple, sur le plan étiologique, la caractéristique du syndrome somatoforme douloureux persistant est, selon la CIM-10 F45.5, qu'il survient dans un contexte de conflits émotionnels ou de problèmes psycho-sociaux. En revanche, la notion de bénéfice primaire de la maladie ne doit plus être utilisée (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.1). Le succès du traitement ou la résistance au traitement, soit le déroulement et l'issue des traitements, sont d'importants indicateurs du degré de gravité. L'échec définitif d'une thérapie médicalement indiquée et réalisée selon les règles de l'art, avec une coopération optimale de l'assuré, permet de conclure à un pronostic négatif. Si le traitement, sans résultat, ne correspond pas ou plus aux connaissances médicales actuelles ou apparaît inapproprié dans le cas particulier, on ne peut rien en déduire s'agissant du degré de gravité du trouble. Les troubles psychiques ne sont considérés comme invalidants que s'ils sont graves et ne peuvent pas ou plus être traités. Il faut s'en tenir à cette règle. En cas de maladie dont la durée est encore relativement courte - qui n'est guère passée à l'état chronique - des options thérapeutiques devraient en règle générale encore exister, et une résistance au traitement devrait donc être exclue. Cela montre que la question de l'évolution de longue durée d'un trouble somatoforme douloureux "persistant" vers un état chronique n'est, la plupart du temps, pas très utile pour en évaluer le degré de gravité. Pour le surplus, il en va de la cohérence des effets de l'atteinte à la santé (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.2).

A/855/2018 - 34/50 - Le degré de gravité d'une atteinte à la santé peut aussi être déduit de la réadaptation au sens juridique. Lorsque 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 doit être considéré comme un indice sérieux d'une atteinte non invalidante. A l'inverse, une réadaptation qui se conclut par un échec en dépit d'une coopération optimale peut être significative dans le cadre d'un examen global tenant compte des circonstances du cas particulier (consid. 4.3.1.2). La comorbidité psychique ne joue plus un rôle prépondérant de manière générale. Elle 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) Une importance accrue est accordée au complexe de « personnalité » de l'assuré (développement et structure de la personnalité, fonctions psychiques de base). A côté des formes classiques du diagnostic de la personnalité, qui vise à saisir la structure de la personnalité et les troubles de la personnalité, le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes de moi » entre aussi en considération. Comme les diagnostics de la personnalité dépendent du médecin examinateur, les exigences de motivation sont particulièrement élevées (ATF 141 V 281 consid. 4.3.2). c) Le « contexte social » influence également la manière dont les effets (seuls déterminants du point de vue causal) de l'atteinte à la santé se manifestent concrètement. 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 le soutien dont il bénéficie 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 un chômage non assuré ou d'autres difficultés de vie (ATF 141 V 281 consid. 4.3.3). d) La catégorie « cohérence » qui comprend les indicateurs liés au comportement de l'assuré est l'aspect décisif du point de vue des règles juridiques sur la preuve (ATF 141 V 281 consid. 4.4).

A/855/2018 - 35/50 - S'agissant de la limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie, il convient 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 y a lieu de comparer le niveau d'activité sociale de l'assuré avant et après la survenance de l'atteinte à la santé (ATF 141 V 281 consid. 4.4.1). En ce qui concerne le poids de la souffrance révélé par l'anamnèse 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 négligés, permet d'évaluer le poids effectif des souffrances. Tel n'est toutefois pas le cas lorsque le comportement de l'assuré est influencé par la procédure d'assurance 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 (ATF 141 281 consid. 4.4.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.3). 9. a) S'il appartient effectivement aux médecins de poser un diagnostic en fonction de critères médicaux et de

se prononcer sur l'incidence d'une atteinte à la santé sur la capacité de travail, il revient à l'autorité chargée de l'application du droit d'évaluer le caractère invalidant d'une telle atteinte, au regard des indicateurs développés par la jurisprudence récente quand il s'agit de troubles psychiques (ATF 141 V 281 consid. 2.1, consid. 2.1.1 et consid. 5.2.1, auquel renvoie l'ATF 143 V 418 et ATF 144 V 50 consid. 4.3, références citées dans l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_756/2018 du 17 avril 2019 consid. 4.3). Les experts doivent dès lors motiver le diagnostic psychique de telle manière que l'autorité compétente puisse comprendre non seulement si les critères de classification sont remplis mais aussi si, et comment les limitations concrètes dans les fonctions de la vie quotidienne, qui sont présumées dans la classification, doivent être prises en compte lors de l'évaluation de la capacité de travail (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_756/2018 du 17 avril 2019 consid. 5.2.1). Le juge vérifie librement si l'expert médical a exclusivement tenu compte des déficits fonctionnels résultant de l'atteinte à la santé et si son évaluation de l'exigibilité repose sur une base objective (ATF 141 V 281 consid. 5.2.2 ; ATF 137 V 64 consid. 1.2 in fine).

A/855/2018 - 36/50 - b) Les expertises mises en oeuvre selon les anciens standards de procédure ne perdent pas d'emblée toute valeur probante. Il convient bien plutôt de se demander si, dans le cadre d'un examen global, et en tenant compte des spécificités du cas d'espèce et des griefs soulevés, le fait de se fonder définitivement sur les éléments de preuve existants est conforme au droit fédéral. Il y a lieu d'examiner dans chaque cas si les expertises administratives et/ou les expertises judiciaires recueillies - le cas échéant en les mettant en relation avec d'autres rapports médicaux - permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants (ATF 141 V 281 consid. 8 ; 137 V 210 consid. 6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_797/2017 du 22 mars 2018 consid. 4.2). 10. Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement applicable 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. a) Lorsqu'une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, 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 (Michel VALTERIO, op. cit., ad art. 57 N 33 ; ATF 135 V 465 consid. 4.4 p. 469 s. et 122 V 157 consid. 1c p. 161 cités in arrêt 8C_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5). Un rapport médical ne saurait ainsi être écarté pour la seule raison qu'il a été établi par un médecin se trouvant dans un rapport de subordination vis-à-vis d'un assureur. Il est nécessaire qu'il existe des circonstances particulières qui permettent de justifier objectivement les doutes émis quant à l'impartialité ou au bien-fondé de l'évaluation (arrêt du Tribunal fédéral 9C_195/2019 du 11 juin 2019 consid. 5.1.1). b) En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer une pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées par la

personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 p. 232 et 125 V 351 consid. 3a p. 352 cité dans l'arrêt du Tribunal fédéral 8C_877/2018 du 24 juillet 2019, consid. 5). Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit

A/855/2018 - 37/50 - des assurances sociales, il y a toutefois lieu de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). c) Les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, 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 doit comporter 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 en définitive nécessaire pour que l'on puisse parler d'invalidité. Il n'y a, en revanche, pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant lorsque l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine). d) Si ces exigences sont respectées, le juge pourra mettre fin à l'instruction lorsque les éléments qu'il a dégagés lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont proposées (art. 61 let. c LGPA), il a la certitude qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (Michel VALTERIO, op. cit. ad art. 57 LAI N 34 ; ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 p. 269). 11. En l'espèce, à l'appui de sa demande de contre-expertise, le recourant remet en cause l'indépendance de l'expert, au motif que celui-ci a été mandaté pour une première expertise en juin 2011 par l'assureur perte de gain avant d'être mandaté par l'OAI pour réaliser deux autres expertises, en 2014 puis en 2016, lesquelles ne revêtaient pas les conditions d'impartialité attendue d'un expert. Tout d'abord, le seul fait que l'expert ait été mandaté en 2011 par une assurance privée ne suffit pas pour nier la valeur probante des deux expertises qu'il a établies ultérieurement pour le compte de l'OAI (cf. l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_195/2019 précité, consid. 5.1.1). Le recourant se limite à prétendre que l'expert n'allait pas « se déjuger » de sa première expertise après avoir été mis en oeuvre par la L_____, respectivement l'OAI, sans fournir d'éléments objectifs concrets permettant de douter de son impartialité. Au demeurant, après avoir demandé qu'un autre médecin soit mandaté pour la deuxième expertise, le recourant a donné son accord pour qu'elle soit réalisée par le premier expert. Il a ensuite pris l'initiative de contacter celui-ci, par courriel, en vue

A/855/2018 - 38/50 - d'un rendez-vous. Il n'a émis aucune critique lorsque la deuxième expertise a été rendue en avril 2014, ni ne s'est opposé, fin 2015, à ce qu'une troisième expertise soit confiée à ce même expert. Par ailleurs, l'expert a rendu ses rapports à l'OAI après avoir pris connaissance des rapports des médecins traitants du recourant, des

certificats médicaux établis de janvier 2011 à décembre 2015, ainsi que les rapports de l'ITP et des EPI dont il a établi un résumé fidèle. L'expert avait même eu un contact téléphonique avec un des médecins traitant du recourant, le docteur O_____, pour convenir d'une reprise d'activité par le recourant en juin 2011. Dans son rapport du 23 août 2011, le docteur O_____ avait d'ailleurs confirmé ce point bien qu'il ait changé d'avis dans l'intervalle, après avoir revu le recourant en consultation. Les griefs formulés à propos de l'impartialité de l'expert sont dès lors rejetés. 12. Le recourant soutient que l'audition de l'expert est nécessaire afin qu'il explique les raisons pour lesquelles il n'aurait pas pris ses déclarations en compte, les jugeant d'emblée peu crédibles. Il en veut pour preuve que l'expert n'aurait tiré aucune conclusion de sa pathologie, à savoir de ses malaises du 9 mars 2015 lors du stage qu'il effectuait dans le cadre des mesures de réinsertion. Le recourant ne peut être suivi. Les expertises psychiatriques rendues en 2014 et 2016 par le docteur P_____ répondent aux critères formels exigés par la jurisprudence du Tribunal fédéral (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a et les références ; arrêt 9C_575/2015 du 23 mars 2016 consid. 5.3.1). Chacune des expertises contient une anamnèse complète, un condensé de renseignements tirés du dossier médical et des rapports des médecins traitants du recourant. L'expertise fait état des indications subjectives données par le recourant, décrit le résultat des observations réalisées au cours des examens cliniques et s'achève par une discussion de l'ensemble des renseignements recueillis - notamment des notes d'entretien et de travail relatives aux mesures de réadaptation professionnelle, des rapports d'ITP et des EPI et du 26 mai 2015 de la doctoresse Y_____ - ainsi qu'une appréciation motivée de la capacité de travail du recourant. Ces deux rapports d'expertises permettent dès lors d'évaluer, au regard des principes désormais applicables, la pertinence des diagnostics posés. Il n'y a ainsi pas lieu de donner suite à la demande d'audition de l'expert, en application du principe de l'appréciation anticipée des preuves (art. 61 let. c LPGA ; cf. ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 135 V 465 consid. 4.3.2). 13. Le recourant fait valoir les troubles d'un stress post-traumatique et d'un changement durable de la personnalité retenus par le docteur T_____, un de ses médecins traitants, pour contester les conclusions de l'expert. a) En l'espèce, le recourant a fait l'objet de cinq examens cliniques psychiatriques par l'expert les 23 mai 2011, 9 et 30 janvier 2014, et 4 et 9 février 2016. L'expert a retenu un épisode dépressif modéré, sans syndrome somatique (F32.10) et un trouble de la personnalité sans précision (F60.9). Dans ses rapports d'expertise des

A/855/2018 - 39/50 - 29 avril 2014 et 6 juin 2016, l'expert a repris de manière schématique toutes les informations fournies au fil du temps par les différents médecins traitants de l'assuré dans leurs rapports médicaux respectifs. Il a observé que l'épisode dépressif avait été le plus souvent retenu et que les médecins traitants avaient émis des propos divergents concernant les possibilités de reprises puis d'arrêts de travail du recourant. Après avoir examiné les rapports médicaux établis par des médecins traitants du recourant, les notes de travail et d'entretien concernant des mesures de réadaptation et des rapports y relatifs, l'expert a nié la présence d'un syndrome de stress post-traumatique et d'une modification durable de la personnalité évoqués par le docteur T_____. Dans son premier rapport, de 2011, l'expert a constaté que, sur le plan psychique, le recourant avait présenté un syndrome de stress post-traumatique lié à sa participation au conflit armé dans son pays et avait bénéficié d'une prise en charge ponctuelle à ce titre à son arrivée en Suisse, en 1990. A la suite de son licenciement en 2011, le recourant avait été pris en charge au N_____ des Pâquis, puis par des médecins traitants. Le recourant restait fixé sur le conflit qui l'opposait à son ex- employeur. L'évocation des événements traumatiques vécus dans son pays ne

ravivait pas de réaction anxieuse particulière de sa part. Dans son deuxième rapport, de 2014, l'expert a considéré que s'il était indéniable que le recourant avait vécu des traumatismes psychiques majeurs liés au conflit armé dans son pays d'origine, ces traumatismes étaient actuellement au même niveau que les difficultés qu'il rencontrait dans le travail. Habituellement, les patients souffrant de séquelles d'un syndrome de stress post-traumatique sous la forme d'une modification durable de la personnalité évitent toute situation pouvant faire ressurgir des souvenirs traumatiques. Or, depuis son arrivée en Suisse, le recourant avait pu mener une vie normale, se marier et fonder une famille, suivre des formations et reprendre une activité professionnelle. Il avait participé à l'association des parents d'élèves de son quartier et fonctionné comme interprète, notamment auprès de la police. Le fait d'avoir été naturalisé avait été un élément rassurant pour lui. Il avait pu évoluer dans un environnement professionnel parfois hostile avec un chef qui aurait tenu des propos racistes à son encontre. Sa bonne intégration et sa participation à des activités sociales plaidaient en faveur de l'absence d'une modification de sa personnalité. Dans son troisième rapport, de 2016, l'expert a précisé que, lors de l'examen clinique, l'évocation des scènes de guerre que l'assuré avait vécues dans le passé ne réactivait aucun syndrome neurovégétatif d'angoisse. Il pouvait en parler librement, bien qu'il ne se livrait pas dans les détails. Il les reléguait entièrement au second plan par rapport à ses sentiments d'injustice alimentés par son licenciement de l'EMS.

A/855/2018 - 40/50 - b) Il convient de relever que, hormis le docteur T_____, les autres médecins traitants du recourant ont tous fait état de ses ruminations anxieuses en relation avec son licenciement de l'EMS qu'il estimait injuste, ainsi que de ses problèmes financiers et familiaux, mais sans poser un diagnostic d'un PTSD ou stress post-traumatique. La doctoresse M_____ a diagnostiqué un épisode dépressif moyen à sévère en lien avec un licenciement que le recourant vivait comme abusif et injuste, et le docteur O_____, un épisode sévère sans symptômes psychotiques. La doctoresse R_____ s'est limitée à constater une recrudescence symptomatique liée à la séparation conflictuelle du couple, sans poser de diagnostic. Ni le docteur Z_____, ni la doctoresse AC_____ n'ont posé de diagnostic clair et motivé. Le premier a, sur la base des explications du recourant, constaté une recrudescence de la symptomatologie dépressive, à la suite des difficultés rencontrées au deuxième jour de son stage, alors que la seconde a relevé un état stable du point de vue psychiatrique depuis avril 2015, sur la base des plaintes du recourant - qui « relatait des troubles de sommeil en lien avec son PTSD » - et des symptômes retenus. Enfin, le neuropsychologue AG_____ n'a posé aucun diagnostic. Ainsi, le médecin du SMR, a, dans son avis du 29 avril 2014, suivi les conclusions de l'expert, considérant qu'il avait démontré de façon convaincante la présence de plusieurs facteurs favorables chez le recourant, lesquels permettaient de nier un éventuel stress post-traumatique ou une modification durable de la personnalité dans les suites du vécu de guerre dans son pays. c) Dans son courrier du 22 août 2018, produit par le recourant devant la chambre de céans, le docteur T_____, pour justifier sa divergence d'opinion avec l'expert, s'est limité à confirmer ses constatations médicales essentiellement déduites des plaintes et explications que le recourant lui avait fournies en mai 2018. En se référant notamment à l'inefficacité du stage qu'il a effectué auprès des EPI en janvier 2017, le docteur T_____ a conclu à la sévérité de l'atteinte fonctionnelle dont, selon lui, le recourant souffre. Il ne fournit pas d'analyse clinique permettant d'établir la limitation fonctionnelle à laquelle il se réfère. Or, à teneur du bilan établi par les EPI en mars 2017, le recourant était encore focalisé sur les événements qu'il avait vécus durant les années précédentes (licenciement, injustice,

séparation, procédure pour la garde des enfants) et n'arrivait pas à investir son énergie dans des solutions lui permettant de se reconstruire et d'évoluer dans son parcours de réinsertion. Par ailleurs, comme relevé par le médecin du SMR, le docteur T_____, pour justifier son diagnostic de PTSD et son appréciation sur l'incapacité de travail du recourant, se référait à l'avis du docteur AF_____, médecin des EPI, alors que ce dernier n'est pas un psychiatre spécialisé habilité à poser de tel diagnostic. Dans son rapport du 1er février 2017, le docteur AF_____ a d'ailleurs clairement indiqué n'avoir pas pu prendre de renseignements complémentaires auprès du psychiatre qui suivait alors le recourant, se bornant à relever que « devant le tableau psychique présenté (... et) face à un PTSD chronique, la prise en charge pharmacologique était

A/855/2018 - 41/50 - très décevante (...) ». Ce médecin n'a pas procédé à un examen clinique psychiatrique, ni posé le diagnostic d'un PTSD conformément aux exigences jurisprudentielles (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1). Il s'est limité à constater que « la conviction de l'assuré d'avoir été victime d'injustices majeures toute sa vie malgré une bonne volonté exprimée était telle que toute proposition était disqualifiée ». Dans ses différents rapports, le docteur T_____ n'a pas mis en évidence de manière convaincante des comportements liés aux symptômes spécifiques du stress post-traumatique, en particulier les symptômes dit d'intrusion et d'évitement. Il convient de souligner qu'après avoir approuvé la mise en place de mesures de réadaptation par l'OAI, le docteur T_____ a revu son diagnostic. D'abord, il a - par courriel du 28 mai 2013 adressé au médecin du SMR - retenu « une dépression sévère avec des traits de mélancolie F32.2 dans un contexte d'une personnalité fragilisée par des traumatismes vécus alors qu'il étudiait à l'étranger (n'avait pu finir ses études, exécution de ses parents et finalement enrôlement de force dans une milice somalienne) » pour laquelle il ajouterait la classification CIM 10, soit F62.0. Puis, dans son rapport du 12 juin 2013 à l'OAI, il a diagnostiqué un « trouble dépressif récurrent épisode actuel sévère F33.3 », en lien avec d'anciens traumatismes vécus lors de la guerre en Somalie, sur la base d'une brève anamnèse et des plaintes du recourant. Dans son courrier du 22 août 2018, en complément de son diagnostic de 2013, le docteur T_____ a certes indiqué que l'assuré peinait à sortir de chez lui, qu'il n'utilisait plus sa voiture et que ses frères et soeurs se relayaient pour faire des courses. Il a avant tout fait état des plaintes subjectives relatées par le recourant, sans confronter celles-ci à ses propres constatations cliniques objectives. Aucun élément pertinent n'a permis d'établir un retrait social marqué du recourant. L'attitude régressive du recourant avait été relevée par l'expert, qui a considéré qu'elle contrastait avec sa capacité de se mobiliser efficacement, notamment pour obtenir des renseignements sur son dossier auprès de l'OAI comme il l'avait fait pour obtenir la garde de ses enfants. Enfin, dans ses écritures du 25 octobre 2018, le recourant se réfère aux théories sur le PTSD récoltées sur internet pour développer une argumentation consistant à substituer son appréciation à celle de l'expert et du médecin du SMR. Il affirme que son refus de l'excision de sa fille correspondrait à un comportement d'évitement. Or, dans sa lettre du 10 novembre 2010, le Service de protection des mineurs ne faisait que prendre acte de ce que le recourant s'était engagé « à ce que sa fille K_____ ne voyage pas sans sa protection ». Rien ne permet d'en déduire qu'il avait clairement émis un refus de la pratique alléguée. De même, le recourant ne fournit aucun élément pertinent permettant de constater qu'il aurait eu des réactions d'angoisse lorsqu'il fonctionnait comme interprète somalien. Le recourant reproche à tort à l'expert de n'avoir pas pris en compte la dimension culturelle selon laquelle un homme somalien ne montrerait pas de signe d'émotion au risque de perdre la face puisque dans l'appréciation de la structure de personnalité, l'expert a

A/855/2018 - 42/50 - notamment été attentif à la présence d'une composante culturelle à l'expression des différents symptômes. 14. Au vu de ce qui précède, la chambre de céans partage les constatations de l'expert, selon lesquelles les diagnostics retenus par la plupart des médecins traitants du recourant convergeaient avec celui qu'il a retenu, en ce sens que le recourant souffrait d'un trouble dépressif et ce, même si l'appréciation de la sévérité du trouble différait d'un médecin traitant à l'autre. L'expert a motivé ses diagnostics en fonction des éléments cliniques qu'il a mis en évidence. Il a donné des indications sur la gravité des symptômes et des limitations fonctionnelles inhérents à ses diagnostics, en effectuant une analyse objective de la nature de ceux-ci. Il a fait état des facteurs et des éléments liés à la structure de la personnalité du recourant, ainsi que des motifs concrets, notamment l'absence de perturbations neurovégétatives ou d'évitement, pour écarter les diagnostics d'un syndrome de stress post-traumatique et d'une modification durable de la personnalité posés par le docteur T_____. Il ressort des rapports médicaux produits que la plupart des médecins traitants du recourant se fondaient essentiellement sur les plaintes qu'il exprimait pour attester son incapacité de travail du moment. En tout état, ces rapports ne comportent pas d'examens complets, fondés sur des critères et des éléments pertinents objectivement vérifiables, ni de constatations cliniques suffisamment claires et motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3a) pouvant remettre en cause les constatations de l'expert.

En définitive, il y a lieu de procéder à l'examen des rapports d'expertise établis par docteur P_____ à l'aune des indicateurs développés dans l'ATF 141 V 281. 15. Tout d'abord, le diagnostic du trouble somatoforme douloureux ne conduit à la constatation d'une atteinte à la santé importante et pertinente en droit de l'assurance- invalidité que s'il résiste aux motifs d'exclusion dégagés dans l'ATF 131 V 49 (ATF 141 V 281 précité, consid. 2.2). En l'espèce, l'expert a fait état d'observations allant dans le sens d'une certaine majoration des symptômes et d'un comportement démonstratif. Dans ses rapports des 23 juin 2011 et 29 avril 2014, il a indiqué être « frappé » de l'importance des plaintes subjectives du recourant relativement à la description de son quotidien. Il a constaté une légère « discrédance » entre les plaintes subjectives et les activités quotidiennes, dans la mesure où le recourant parvenait, avec l'aide de proches, à s'occuper de ses enfants, dont il avait obtenu la garde, à se mobiliser auprès des syndicats et des Prud'hommes, à s'informer et à entreprendre toutes les démarches administratives utiles concernant son dossier pour sauvegarder ses intérêts. Les limitations fonctionnelles étaient « essentiellement la description d'une fatigue (...) en lien avec sa structure de personnalité, avec une fragilité psychique et une forte irritabilité ». Dans son rapport du 1er juin 2016, l'expert a indiqué avoir « le sentiment d'une certaine majoration » et d'un « comportement démonstratif » du recourant, en

A/855/2018 - 43/50 - relevant que la composante démonstrative résultait, notamment, du comportement adopté par le recourant - qui s'était tenu la tête entre les mains au début de son entretien du 19 septembre 2014 à l'OAI en vue de mesures de réadaptation professionnelle, et donnait l'impression d'un homme abattu - comportement qui s'est estompé au cours de l'entretien. Lors des deux derniers rendez-vous chez l'expert, le recourant se tenait en « position avachie sur la chaise » et s'exprimait « la plupart du temps (...) avec les yeux mi-clos ». Le fait que le recourant pouvait se mobiliser efficacement pour obtenir des renseignements sur l'état de son dossier, comme il avait pu obtenir la garde de ses enfants dont l'éducation occupait l'essentiel de son temps quotidien, contrastait avec « une attitude en apparence régressive », dans la mesure où il disait devoir se faire aider et être incapable de sortir seul de son domicile. L'expert a également constaté que le recourant

ne présentait pas de labilité émotionnelle, mais une souffrance psychique et une tristesse dont l'importance paraissait difficilement évaluable en raison de son attitude générale, qui laissait le « quelque peu dubitatif ». L'ensemble de ces éléments plaident en faveur d'une exagération, soit un motif d'exclusion au sens de la jurisprudence (cf. ATF 141 V 281 consid. 2.2). L'expert ayant indiqué s'interroger sur le caractère démonstratif ou de majoration du recourant, la question peut cependant demeurer ouverte. 16. Reste à examiner les diagnostics retenus par l'expert à la lumière des indicateurs de l'ATF 141 V 281. En l'occurrence, dans sa décision du 30 janvier 2018, l'autorité intimée a considéré que le recourant présentait une incapacité de travail dès le 1er juillet 2011 dans la dernière activité qu'il a exercée en tant qu'aide de cuisine et que, dans une activité adaptée à son état de santé, sa capacité de travail demeurait entière depuis cette même date. a) En ce qui concerne l'indicateur du caractère prononcé des éléments et des symptômes pertinents pour le diagnostic d'un épisode dépressif modéré, sans syndrome somatique (F32.10), un ralentissement psychique et une baisse de dynamisme ont été observés. L'expert a certes mis en évidence la difficulté à déterminer la sévérité de l'épisode dépressif du recourant, dont les plaintes qu'il exprimait étaient plus importantes que les constatations objectives. Il a cependant relevé l'absence de trouble de la vigilance, mais quelques troubles probables de la concentration et de l'attention, difficiles à évaluer de façon fine compte tenu de l'attitude générale de l'assuré, dont l'attitude passive était par moments teintée de comportements à la limite agressifs, sans menaces claires. Il n'a pas observé de trouble manifeste de la mémoire, le recourant parvenant à restituer les événements dans le temps. Il a noté une certaine méfiance à l'égard de l'examineur. L'évocation des scènes de guerre vécues dans le passé ne réactivait pas de syndrome neurovégétatif d'angoisse. Ces souvenirs

A/855/2018 - 44/50 - paraissaient passer tout à fait au second plan par rapport à des sentiments d'injustice alimentés par son licenciement de l'EMS. Le recourant restait fixé sur le conflit qui l'opposait à son employeur. Les plaintes qu'il exprimait devraient amener à retenir un épisode dépressif sévère avec un doute sur l'éventuelle présence de symptômes psychotiques. Toutefois, l'aspect démonstratif a conduit à retenir un épisode dépressif modéré avec un doute sur un éventuel syndrome somatique. Pour le trouble de la personnalité, sans précision (F60.9), l'expert a mis en évidence les difficultés du recourant concernant la soumission à une autorité ou à un patron qui lui posait problème. Lors des entretiens de réadaptation professionnelle, il avait exprimé la peur des réactions qu'il pourrait avoir s'il se trouverait face à une personne qui tiendrait des propos racistes ou qui lui donnerait des ordres. L'évocation des sujets valorisants le conduisait à une attitude plus ouverte alors qu'il se refermait rapidement dans le cas contraire. Instruit très tôt par son père pour hériter de la fonction de chef de tribu, le recourant se plaignait aussi de la différence de niveau socio-culturel dans son travail. Ces éléments parlaient en faveur d'une structure de personnalité narcissique. Il y avait une composante caractérielle, passive-agressive et paranoïaque avec de la méfiance et de l'interprétativité. La structure de la personnalité du recourant était toujours difficilement appréciable. Il existait toutefois des facteurs confondants dans l'appréciation de la structure de personnalité, avec en premier lieu la présence d'un épisode dépressif et en second lieu, la différence de culture. Pour ces raisons, un trouble de la personnalité sans précision a été retenu, à l'exclusion d'un trouble de la personnalité spécifique. L'expert a conclu que les limitations fonctionnelles du recourant étaient liées à sa structure de personnalité, avec une fragilité psychique et une forte irritabilité. Ces deux éléments pouvaient compliquer ses relations interpersonnelles. En raison de cette forte irritabilité, sa capacité de travail était nulle dans une activité d'aide de

cuisine compte tenu de la dangerosité potentielle liée à l'utilisation des outils de travail correspondants. Cette capacité de travail demeurait par contre entière dans une activité n'impliquant ni le maniement d'outils dangereux ni de relations interpersonnelles trop étroites. Par conséquent, on ne peut déduire des diagnostics et des symptômes pertinents tels que motivés par l'expert un degré de gravité suffisamment important de l'atteinte à la santé du recourant. b) S'agissant du traitement médical, les mesures thérapeutiques dispensées au recourant ne semblent pas avoir eu la moindre utilité dans son processus de guérison. Il a d'ailleurs été constaté par l'expert, en 2014, que le traitement prescrit était demeuré inchangé depuis 2011, alors que le taux plasmatique du S-citalopram était infra-thérapeutique, soit à peine supérieur à sa limite inférieure lors de l'évaluation en 2011. Une modification du traitement avait été préconisée. En juin 2016, l'expert a considéré qu'on ne pouvait pas retenir une dépression résistante vu les résultats du monitoring thérapeutique avec un résultat infra-thérapeutique pour

A/855/2018 - 45/50 - l'escitalopram. Le traitement prescrit par les médecins traitants devait être adapté, voire modifié. Aucun des médecins traitants du recourant n'a indiqué que les troubles dont il souffrait ne pouvaient être traités, étant rappelé que la doctoresse M_____ a prescrit un arrêt de travail au 9 février 2011, avec un traitement de Cipralex 10 mg/j et de Trittico 50 mg/j et du Xanax que le recourant n'avait pas pris. En 2012, après avoir constaté que le recourant présentait une recrudescence symptomatique depuis janvier 2012, dans un contexte conflictuel de séparation de couple, la doctoresse R_____ avait estimé que le pronostic pour une reprise d'une activité professionnelle était favorable étant donné que les troubles psychiques dont il souffrait pouvaient être traités. Elle lui a augmenté la posologie du traitement antidépresseur de Cipralex et de Trittico respectivement de 20mg/j et 150 mg/j, en préconisant une reprise progressive d'activité pour une date non spécifiée. Dans l'intervalle, le docteur O_____ a préconisé une reprise à 50% d'une activité professionnelle à partir du 1er juillet 2012, avec un traitement de Cipralex 10 mg/j et de Trittico 100 mg/j. En 2013, le docteur T_____ a estimé qu'il fallait d'abord améliorer durablement son état psychique avant d'envisager une reprise d'activité et a prescrit un traitement de Cipralex 10 mg et de Trittico 50 mg, en recommandant une « participation à l'hôpital de jour du CAPPI Pâquis versus une psychothérapie à discuter (...) ». S'agissant de la capacité de travail du recourant, il a préconisé un taux d'activité à 50% au plus tôt dès le 1er mai 2014, dans un milieu soutenant et compréhensif. En mai 2015, le docteur Z_____ a observé que l'adhésion de l'assuré au traitement et la qualité de l'alliance thérapeutique étaient plutôt bonne et que l'objectif du suivi était de poursuivre le travail sur la gestion de ses émotions et sur la symptomatologie dépressive. Compte tenu de la symptomatologie observée, il a prescrit un arrêt du travail, avec une réévaluation à six mois. Le 27 août 2015, la doctoresse AC_____ a considéré que l'état psychique du recourant ne permettrait pas une reprise d'activité en l'état. Le 30 juin 2017, le neuropsychologue AG_____ a estimé que la reprise professionnelle restait prématurée et ne pourrait s'envisager qu'une fois les aspects thymiques et affectifs stabilisés. Dans l'intervalle, le recourant a produit des attestations d'incapacité de travail établies par différents médecins du CAPPI des HUG. Dans son courrier du 22 août 2018, le docteur T_____ a réitéré qu'il pourra « à long terme » retrouver une capacité de travail pour autant qu'il puisse bénéficier d'une psychothérapie et d'un travail dans un atelier protégé. Selon les certificats médicaux produits ultérieurement par le recourant, il n'est plus suivi par le docteur T_____ depuis septembre 2018, mais par la doctoresse AI_____. Hormis la proposition d'hospitalisation de la doctoresse AE_____, susceptible d'améliorer sa situation - que le recourant a refusé en invoquant sa

situation personnelle et familiale - aucune thérapie autre qu'un traitement médicamenteux n'a pu être mise en place de manière efficiente par le docteur T_____ ou par les autres

A/855/2018 - 46/50 - médecins traitants. Le comportement du recourant dénote par ailleurs un certain manque d'investissement personnel dans une psychothérapie active. Rien ne permet d'établir qu'il aurait été demandeur d'un traitement tel qu'une participation à l'hôpital de jour du CAPPI comme l'ont suggéré tant la doctoresse M_____, en 2011, que le docteur T_____ en 2013 et en 2018. Il convient de relever que le recourant se plaignait d'insomnies mais qu'il ne prenait pas le Xanax prescrit par la doctoresse M_____. Le manque de motivation du recourant - qui se trouve dans une phase d'attente d'une rente d'invalidité - pour les options thérapeutiques préconisées par ses médecins traitants, dont il changeait régulièrement sans raisons apparentes, de même que la poursuite de la prise d'antidépresseurs depuis 2011, sans résultat, dès lors qu'un tel médicament vise essentiellement à traiter les troubles de l'humeur - doivent être considérés comme des indices sérieux d'une atteinte non invalidante (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.2). c) De plus, il n'y a pas lieu de s'écarter des constatations de l'expert dans son rapport de juin 2016, selon lesquelles le comportement du recourant conduisait inmanquablement à l'échec des mesures de réadaptation professionnelle, sans que cela ne relève directement d'une affection psychiatrique. En effet, lors d'un entretien du 20 décembre 2012 avec la psychologue conseillère en réadaptation, le recourant s'était montré intéressé à faire « autre chose que aide de cuisine », mais s'était « braqué » lorsqu'on lui avait parlé de mesures de réadaptation. Au vu de cette attitude négative du recourant, le SMR a dû requérir une deuxième expertise. Sur la base du deuxième rapport d'expertise, une mesure d'orientation professionnelle a été mise en place auprès d'IPT. Dès le deuxième jour du stage effectué dans le cadre de cette mesure, le recourant a fait un malaise sur les lieux du stage. Transporté par ambulance aux HUG, il a quitté l'hôpital dans la matinée même. Il a ensuite été mis en arrêt de travail par son médecin traitant de l'époque. Selon les éléments du dossier, le recourant a indiqué être « déçu » d'avoir dû interrompre son stage tout en s'inquiétant pour ses indemnités journalières et en demeurant en arrêt de travail sur la base de certificats médicaux. Dans son troisième rapport, l'expert a considéré que le tableau clinique n'expliquait pas les échecs des mesures de réadaptation professionnelle. La survenance d'un épisode unique d'anxiété paroxystique n'était pas un motif pour retenir une incapacité durable dans le cadre de ces mesures, puisque le recourant pouvait se montrer très passif et opposant lorsque la situation ne lui convenait pas et, à l'inverse, apte à se mobiliser pour défendre ses intérêts. La mise en place de telles mesures étaient dès lors raisonnablement exigibles. De nouvelles mesures d'orientation professionnelle ont ainsi été mises en place auprès des EPI. Lors de son entretien du 18 octobre 2016 avec le psychologue en réadaptation, le recourant a fait état de problèmes de mémoire, de concentration et

A/855/2018 - 47/50 - de troubles du sommeil, tout en disant se réjouir d'effectuer un stage. Selon la note du 17 janvier 2017 dudit psychologue, le maître de réadaptation des EPI l'avait informé que, depuis le début de la mesure, l'assuré affichait un état psychique qui serait « perturbé » par des ruminations très présentes quant à son licenciement de l'EMS. Le 27 janvier 2017, le recourant s'est trouvé en arrêt total de travail durant trois jours, selon certificat délivré par un médecin du centre médical de AK_____. Le recourant a certes indiqué être retourné aux EPI le troisième jour de son arrêt de travail « pour faire preuve de bonne volonté ». Or, le 30 janvier 2017, un nouveau malaise du recourant avait nécessité

son transfert à l'hôpital, étant relevé qu'il en était ressorti quelques heures après. Cette nouvelle mesure d'orientation professionnelle avait également dû être interrompue. La conseillère auprès des EPI avait fait état des difficultés à suivre le recourant qui se plaignait beaucoup et ressassait sans cesse son licenciement, vécu comme une injustice. Par ailleurs, son comportement était difficile à cerner. Au vu de l'ensemble de ces circonstances, la chambre de céans constate qu'hormis les deux malaises survenus presque immédiatement lors des mesures de réadaptation et réinsertion, il n'est pas établi que le recourant aurait subi d'autres malaises nécessitant son transfert à l'hôpital durant les années considérées. Ainsi, tant son comportement au cours des mesures de réadaptation et de réinsertion professionnelle mises en place, que ses affirmations de vouloir retrouver une activité adaptée, tout en indiquant ne pas en être capable et avoir peur de ses propres réactions à l'égard d'éventuels propos racistes ou des ordres que lui donnerait une autorité ou un patron, marquent une résistance certaine de sa part à toute tentative de réinsertion ou de réadaptation. d) Le complexe « personnalité » a déjà été abordé ci-dessus en relation avec les diagnostics, ainsi que l'échec des traitements et des mesures de réadaptation professionnelle. Il convient de rappeler que, selon l'appréciation de l'expert, le trouble de la personnalité est l'élément qui conditionnait le plus l'attitude du recourant et le maintien de l'épisode dépressif. e) S'agissant du « contexte social », dont il est également possible de déduire les ressources mobilisables du recourant (ATF 141 V 281 consid. 4.3.3), il ressort des éléments du dossier qu'après son arrivée en Suisse, en 1990, il a exercé diverses activités lucratives - de 1991 à 1999 - comme nettoyeur ou plongeur auprès de divers restaurants, comme « polyvalent » auprès d'une boulangerie, et comme chauffeur d'hôtel, entrecoupées de périodes de chômage, avant de travailler comme aide de cuisine à l'EMS de novembre 1999 au 20 novembre 2010, date à laquelle il avait été mis en incapacité de travail avant son licenciement en septembre 2011. Rien ne permet d'établir que durant cette période, le recourant avait mené une vie sociale particulièrement active en dehors de sa vie familiale et professionnelle. En 2011, selon les indications du recourant à l'expert, il se levait quotidiennement à 6h00 du matin pour faire sa prière, réveiller ses enfants, puis préparer leur petit-déjeuner avant de les accompagner à l'école. A son retour au domicile, il lisait des

A/855/2018 - 48/50 - journaux et consultait internet, avant d'aller rechercher ses enfants à l'école et leur préparer le repas de midi. L'après-midi se déroulait de manière semblable. Selon rapport d'expertise du 24 avril 2014, le quotidien du recourant s'était à cette date peu modifié en ce sens que - outre l'aide de ses frères et soeurs - il continuait à se réveiller vers 6h00 du matin, faire sa prière, réveiller ses enfants pour les amener à l'école avec un de ses frères et faire sa promenade alors que ses soeurs s'occupaient du ménage. Tous les membres de la famille participaient à la préparation des repas. L'après-midi se déroulait comme d'habitude. Dans l'intervalle, il naviguait sur internet ou regardait des informations ou des films. Il s'occupait des devoirs de ses enfants. Ses deux frères se relayaient pour l'aider. Selon rapport d'expertise du 6 juin 2016, le recourant ne regardait plus les informations. Ses frères se chargeaient des tâches administratives dont il s'occupait auparavant. Selon les pièces produites devant la chambre de céans, ses enfants ont été scolarisés en Grande-Bretagne durant plusieurs années, en fonction de leurs âges respectifs (dès 2012 pour les aînés, jusqu'en juin 2010 pour le plus jeune). Il en résulte que, même lorsque ses enfants se trouvent à l'étranger pour leurs études auprès d'autres membres de sa famille, le recourant vit dans un contexte familial, à Genève, où il est entouré et soutenu quotidiennement par ses frères et soeurs. Il se montre capable de faire face aux exigences

administratives le concernant en prenant personnellement contact avec les différents services publics pour avoir régulièrement des informations sur sa situation financière ou sur l'avancement de son dossier. Dans ces circonstances, c'est à juste titre que l'expert a constaté que le recourant disposait de suffisamment de ressources personnelles, particulièrement lorsque ses intérêts étaient en jeu. 17. Il reste à examiner si les conséquences qui sont tirées de l'analyse des indicateurs de la catégorie « degré de gravité fonctionnel » résistent à l'examen sous l'angle de la catégorie « cohérence ». En l'espèce, l'expert a constaté qu'il y avait une « discrépance » entre les plaintes subjectives et les activités quotidiennes de l'assuré et que ses plaintes subjectives étaient plus importantes que les constatations objectives. Il a constaté qu'au fil du temps le comportement du recourant et ses apparentes limitations fonctionnelles étaient clairement en lien avec son sentiment d'injustice et le fait qu'il soit pris dans un processus d'invalidation. Comme relevé dans le cadre du « contexte social », aucun élément du dossier ne permet de retenir que le recourant menait auparavant une activité sociale et privée plus active, en dehors de sa vie professionnelle, hormis la période où il s'était investi dans des associations de parents d'élèves. Depuis son arrivée en Suisse, il s'était efforcé, de manière louable, notamment durant ses dix années d'activité auprès de l'EMS, à subvenir aux besoins d'une grande famille. Depuis 2011, malgré

A/855/2018 - 49/50 - sa séparation d'avec son épouse, il a été seul à veiller à l'éducation de ses sept enfants, dont cinq sont aujourd'hui majeurs. Tous ont pu parfaire leurs études à l'étranger, essentiellement en Grande-Bretagne. Il n'est pas apparu que le recourant se trouverait dans un isolement social marqué, dans la mesure où il est constamment entouré et soutenu par ses frères et sœurs. Il se montre également attentif à l'aspect spirituel puisqu'il consacre quotidiennement un moment de sa matinée à la prière. Depuis son licenciement, son environnement psycho-social paraît quasiment inchangé et se caractérise par des relations proches et stables sur le plan familial, qui représente ainsi le socle de ses ressources personnelles. Par ailleurs, le refus du recourant de se soumettre au traitement hospitalier proposé par la doctoresse AE_____, en invoquant vaguement des raisons personnelles et familiales, sans autres motifs sérieux, apparaît peu cohérent par rapport à l'importance des plaintes dont il fait état auprès de ses médecins traitants successifs. Enfin, bien qu'il prétende vouloir s'investir en vue d'une reprise d'activité professionnelle adaptée, les mesures de réadaptation mises en place ont dû être immédiatement interrompues en raison de deux malaises inopportuns. Les motifs pour lesquels les mesures de réadaptation ont échoué sont des indices importants permettant de considérer que les limitations fonctionnelles du recourant sont dues à d'autres facteurs qu'à l'atteinte à la santé qu'il présente. Lors de chaque malaise, le recourant a, certes, été transporté à l'hôpital, lequel l'a ensuite laissé rentrer chez lui après quelques heures d'observation, sans autre mesure thérapeutique. 18. Il convient par conséquent de conclure à un degré de gravité fonctionnel insuffisant pour justifier une incapacité de travail du recourant à raison d'un trouble dépressif et de personnalité. C'est dès lors à raison que l'autorité intimée a refusé toute mesure de réadaptation supplémentaire et droit aux prestations, étant précisé que le recourant n'a pas contesté le calcul de sa perte de gain. 19. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté. Le recourant étant au bénéfice d'une assistance juridique, il sera renoncé à la perception d'un émolument de justice (cf. art. 61 let. f LPG).

A/855/2018 - 50/50 - 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.