

GE_GERICHTE A/4292/2018 vom 14. April 2020

GE Cour de justice, 2020-04-14, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_4292_2018

FR: GE_GERICHTE A/4292/2018 du 14 avril 2020

IT: GE_GERICHTE A/4292/2018 del 14 aprile 2020

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 14.04.2020
A/4292/2018

A/4292/2018 ATAS/286/2020 du 14.04.2020 (AI) , REJETE En fait En droit rÉpublique et canton de genÈve POUVOIR JUDICIAIRE A/4292/2018 ATAS/286/2020 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 14 avril 2020 10 ème Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié à Genève, représenté par PROCAP pour personnes avec handicap recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), originaire de Turquie et né le _____ 1970, est arrivé en Suisse en juin 2000. Depuis lors, il a travaillé, pendant quelques mois à chaque fois, en tant que portier-bagagiste, vendeur, aide de cuisine, manutentionnaire et étalagiste. 2. En incapacité de travail depuis le 1 er mai 2011, l'assuré a, en date du 19 septembre 2011, saisi l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI) d'une première demande de prestations en raison des atteintes suivantes : état dépressif, syndrome cervico-brachial et ulcère gastrique. 3. Le 18 octobre 2011, le docteur B_____, médecin généraliste FMH, a porté à la connaissance de l'OAI les diagnostics incapacitants de trouble dépressif léger et de trouble anxieux avec attaque de panique, existants depuis 2007. S'y ajoutaient les diagnostics, sans effet sur la capacité de travail, de cervicalgies, gastrite chronique et lombalgies. Pour le généraliste précité, l'activité habituelle de magasinier n'était plus exigible. 4. Dans son rapport du 14 novembre 2011, le docteur C_____, médecin interne au service de psychiatrie générale des hôpitaux universitaires de Genève (ci-après les HUG), a évoqué les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de trouble dépressif majeur récurrent, épisode actuel léger (F33.1) et de trouble de personnalité narcissique (F60.8). L'activité habituelle pouvait malgré tout encore être exercée, à 100%, sans diminution de rendement et la reprise d'une activité à 100% était donc envisageable. 5. Le 5 mars 2012, le Dr C_____ a encore précisé que l'assuré était suivi depuis décembre 2007 en raison de la pathologie dépressive. Il présentait une difficulté de concentration et une fatigabilité importante, des attaques de panique, deux à trois fois par semaine, ainsi que des difficultés relationnelles en lien avec sa pathologie de personnalité, ce qui limitait sa fonctionnalité dans une équipe. En raison de sa désinsertion du monde socioprofessionnel depuis plusieurs années, la capacité de travail dans l'activité habituelle ne pouvait pas être évaluée. Cependant, dans une activité adaptée, la capacité de travail était de 40%, à réévaluer. 6. À la demande de l'OAI, une expertise psychiatrique a été confiée à la doctoresse D_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 8 mars 2013, la psychiatre précitée n'a pas retenu de diagnostic incapacitant sur le plan psychique. À titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, elle a évoqué une dysthymie (F32.1) depuis fin 2007, un trouble panique (F41.0), présent depuis la même période et un syndrome de dépendance au tabac, utilisation

continue (F17.25), présent depuis 1992. Ces atteintes n'entraînaient aucune limitation fonctionnelle. S'agissant plus particulièrement du trouble thymique, les symptômes décrits par l'assuré correspondaient tout au plus à une dysthymie. Par ailleurs, il n'y avait aucune notion de plusieurs épisodes dépressifs entrecoupés de rémissions, raison pour laquelle le diagnostic de trouble dépressif récurrent ne pouvait être retenu. Quant aux attaques de panique, elles n'empêchaient pas le recourant de fonctionner dans son quotidien. Ainsi, il avait notamment pu effectuer les démarches pour que ses fils et sa femme puissent le rejoindre en Suisse en été 2009, s'occuper de sa fille de 3 ans, sortir régulièrement avec son épouse et son enfant, se promener, faire les courses. Il entretenait également quelques contacts sociaux avec des compatriotes. Même si la capacité de travail était entière, il convenait de prendre quotidiennement la médication, dans le but d'améliorer la dysthymie et d'obtenir une rémission des attaques de panique. Le pronostic quant à la reprise d'une activité professionnelle était mauvais en raison de facteurs extramédicaux, à savoir l'absence de formation et la démotivation de l'assuré. 7. Le dossier a été soumis au service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après le SMR) qui a considéré, dans un avis du 11 juillet 2013, que l'assuré n'éprouvait pas d'incapacité de travail durable. 8. Par projet de décision du 23 juillet 2013, confirmé par décision du 25 septembre 2013, l'OAI a rejeté la demande de prestations faute d'incapacité de travail. 9. Le 1^{er} décembre 2015, l'assuré a saisi l'OAI d'une nouvelle demande de prestations en raison de cervicalgies et dorso-lombalgies chroniques et d'un trouble psychique avec attaques de panique. 10. Par courrier du 29 décembre 2015, la doctoresse E_____, médecin adjointe au service de médecine de premier recours, de concert avec la doctoresse F_____, psychiatre, a attiré l'attention de l'OAI sur l'existence d'une péjoration de l'état de santé de l'assuré, avec des cervicalgies sur discopathies C5-C6 et C6-C7, avec brachialgies chroniques C7 gauches non déficitaires et des dorso-lombalgies sur discopathies D3-D4, D4-D5 et D5-D6, avec hernie discale postéro-latérale gauche en L5-S1. Il souffrait également d'un trouble somatoforme sévère, d'un état dépressif, d'attaques de panique et d'un trouble de la personnalité. L'ensemble de ces diagnostics se répercutaient négativement sur son état de santé et plus particulièrement sur son état de fonctionner. En raison du trouble somatoforme sévère, l'assuré était totalement focalisé sur ses symptômes physiques, ce qui empêchait l'exercice de toute activité professionnelle. Il présentait en outre une thymie abaissée avec perte d'élan vital et manque d'intérêt et de plaisir ainsi que du mal à se projeter dans l'avenir. S'ajoutait encore une anxiété très importante, liée aux perceptions corporelles avec des épisodes anxieux se transformant en attaques de panique. Enfin, l'assuré montrait une labilité émotionnelle et une irritabilité avec une intolérance à la frustration, ce qui ne permettait pas de maintenir un travail fixe et régulier en équipe. Le trouble somatoforme persistait malgré les traitements. 11. Sur mandat de l'OAI, le docteur G_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a procédé à une expertise. Après avoir résumé les pièces du dossier et procédé à un examen clinique et à des tests psychométriques d'hétéro-évaluation, le médecin précité a retenu, dans son rapport du 22 juin 2017, les diagnostics suivants selon le DMS-IV-TR, sans répercussion sur la capacité de travail : Axe I : Épisode dépressif majeur, de gravité légère (diagnostic différentiel : dysthymie) et trouble panique avec attaques de panique paucisymptomatiques sans agoraphobie ; Axe II : Personnalité état limite, avec des défenses narcissiques ; Axe III : cf. spécialiste concerné ; Axe IV : Difficultés psychosociales et économiques. Après avoir résumé les diagnostics précédemment posés et expliqué pour quels motifs il s'en écartait, le Dr G_____ a rappelé que l'assuré n'avait travaillé que quelques mois entre 2001

et 2006, pour un revenu total ne dépassant pas CHF 10'000.-, qu'il avait souvent émarginé aux services sociaux et qu'il n'avait pas déployé d'énergie importante pour retrouver une activité professionnelle. L'assuré faisait porter le poids de ses échecs à la société, aux médecins, aux services sociaux et à l'assurance-invalidité. Il s'agissait plutôt d'une évolution sinistreuse, tant la revendication du statut de malade semblait corrélative à la demande de prestations financières. L'attitude globale de l'assuré, son caractère revendicateur, avec une tendance au clivage entre les bons et les mauvais, la projection envers ceux qui étaient à l'origine de ses difficultés, induisait forcément des distorsions d'appréciation entre le médecin traitant et l'expert. Certaines écoles faisaient en outre systématiquement le postulat de sincérité de leurs patients. Ce postulat tenait une place fondamentale dans la relation médecin-malade dans le cadre d'un mandat de traitement. En revanche, dans le contexte d'un mandat d'expertise, la mission du médecin était tout autre, celui-ci devant évaluer les plaintes de manière critique et la possibilité d'un trouble factice, au sens médical du terme, d'une majoration des symptômes, voire d'une simulation. S'agissant des diagnostics retenus, le Dr G_____ a précisé que des facteurs sortant du champ médical, notamment le caractère revendicateur, évoluant vers une sinistrose, expliquait essentiellement la recherche et l'identification à un statut de malade. L'assuré n'avait déployé ni énergie ni motivation depuis son arrivée en Suisse pour rechercher ou obtenir un emploi. Dans de telles circonstances, il estimait illusoire que des mesures de réinsertion ou de soutien puissent valoriser sa capacité de travail dans une quelconque activité professionnelle. La capacité de travail médico-théorique était entière et ce, depuis toujours. En lien avec le traitement, le Dr G_____ a constaté que l'assuré était dénigrant avec les médecins qui l'avaient examiné. Il considérait donc l'observance du traitement comme étant mauvaise, voire quasiment inexistante. L'assuré avait au demeurant expliqué qu'il ne prenait aucun traitement. Dans ce sens, on ne pouvait parler d'échec des traitements prescrits, la compliance médicamenteuse devant être démontrée. Répondant aux questions posées par l'OAI, le Dr G_____ a notamment relevé que la diminution de la capacité fonctionnelle paraissait être due en grande partie à des facteurs ne relevant pas de l'assurance-invalidité, tels que l'éloignement du monde du travail, chez un assuré n'ayant jamais véritablement exercé d'activité lucrative, les compétences linguistiques, l'âge, l'absence de formation, des éléments socio-culturels ainsi que l'importance des bénéfices secondaires. Il existait en outre de nombreux facteurs d'exclusions, tels qu'une tendance à l'exagération, un manque de collaboration flagrant et un caractère parfois provocateur et disqualifiant. Par ailleurs, l'assuré disposait de nombreuses ressources lorsque cela concernait ses intérêts. À titre d'exemple, le Dr G_____ a mentionné le fait que l'assuré avait pu faire venir son épouse en Suisse et qu'il était bien entouré par ses trois enfants. 12. Dans un avis du 29 août 2017, le SMR a considéré que des précisions étaient nécessaires s'agissant de l'atteinte somatique. 13. Par courrier du 7 décembre 2017, l'OAI a par conséquent adressé une série de questions, auxquelles la Dre E_____ a répondu par courrier du 28 décembre 2017. Elle a ainsi précisé que les diagnostics incapacitants étaient ceux de trouble somatoforme, grave trouble de la personnalité, trouble panique et importantes oscillations thymiques, lesquels entraînaient une incapacité totale de travailler, quelle que soit l'activité, étant encore précisé que l'assuré ne suivait aucun traitement médicamenteux. Sur le plan somatique, l'assuré souffrait de dorso-lombalgies chroniques dans le contexte de discopathies multiétagées D3-D4, D4-D5 et D5-D6 avec une hernie discale postérolatérale gauche en L5-S1 et un conflit avec la racine S1 gauche. Il présentait également des cervicalgies chroniques sur des discopathies C5-C6 et C6-C7 avec des brachialgies chroniques C7 gauches non déficitaires. Lors

d'exacerbation des douleurs, les atteintes précitées avaient un impact sur la capacité de travail. Elles entraînaient les limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charges, pas d'activités avec les bras au-dessus de la tête, pas de position assise pendant plusieurs heures d'affilée et pas de travail accroupi. L'assuré ne suivait toutefois aucun traitement sur le plan somatique. L'assuré était limité surtout par ses difficultés à gérer des stress même minimes et par ses difficultés relationnelles et interpersonnelles. Il n'était ainsi pas en mesure de fournir un rendement professionnel adéquat. En annexe à ce courrier figuraient plusieurs rapports établis entre 2012 et 2015. 14. Le dossier de l'assuré a été soumis au SMR qui a considéré, dans un avis du 30 mai 2018, qu'au vu de l'expertise du Dr G _____ du 22 juin 2017 et du rapport de la Dresse E _____ du 28 décembre 2017, les discopathies cervicales et dorso-lombaires constituaient en réalité des atteintes incapacitantes mais que la capacité de travail était entière dans toute activité respectant les limitations d'épargne du dos en raison des discopathies multi-étages du rachis, à savoir : éviter le port de charges supérieures à 10kg, éviter tout travail nécessitant de surélever les bras au-dessus de la tête, éviter les positions assises ou debout prolongées, éviter les positions accroupies, favoriser les changements de position, éviter les mouvements de flexion antérieure et latérale du tronc et des cervicales. 15. Le 1^{er} juin 2018, l'OAI a procédé à une comparaison des revenus et a retenu un degré d'invalidité de 10%. 16. Par projet du 31 août 2018, l'OAI a informé l'assuré qu'il entendait rejeter sa demande de prestations, un degré d'invalidité de 10% n'étant pas suffisant pour donner droit à des prestations sous forme de rente ou d'un reclassement professionnel. Par ailleurs, au vu du large éventail d'activités non qualifiées que recouvraient les secteurs de la production et des services, on devait convenir qu'un nombre significatif de ces activités étaient compatibles avec les empêchements de l'assuré, de sorte qu'une orientation professionnelle n'était pas nécessaire. Enfin, l'assuré n'était pas limité par son atteinte à la santé dans la recherche d'un emploi. Partant, aucune aide au placement ne pouvait lui être octroyée. 17. Le 17 septembre 2018, les Dresses E _____ et F _____ ont contesté les conclusions du Dr G _____ et, par conséquent, le projet de décision précité, considérant, en substance, que l'attitude de l'assuré relevait plus d'un trouble de la personnalité que d'un comportement opportuniste ou finalisé à l'obtention de bénéfices personnels. Elles étaient au contraire d'avis que cela était la marque du grave trouble de la personnalité dont l'assuré souffrait. Celui-ci agissait de manière irréfléchie et impulsive, à l'encontre de son avantage le plus trivial, en se plaçant dans le rôle de victime qui n'entendait considérer ni responsabilité ni faille ou insuffisance, loin d'éventuels élans empathiques. Dans de telles circonstances, on ne pouvait attendre de l'assuré qu'il puisse aisément gérer les relations interpersonnelles sur son lieu de travail ou le stress inhérent à tout emploi. Pour les médecins précités, les troubles psychiques étaient donc incapacitants. 18. Dans un avis du 22 octobre 2018, le SMR a considéré que les arguments avancés par les médecins traitants de l'assuré n'amenaient pas d'éléments nouveaux mais qu'il s'agissait en réalité d'une appréciation différente d'un même état de fait. 19. Par décision du 5 novembre 2018, l'OAI a confirmé les termes de son projet du 31 août 2018. 20. Sous la plume de son conseil, l'assuré (ci-après : le recourant) a interjeté recours le 5 décembre 2018, concluant, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision précitée et, cela fait, à la constatation de son droit aux prestations d'invalidité, subsidiairement au renvoi du dossier à l'OAI (ci-après : l'intimé) pour instruction complémentaire. À l'appui de ses conclusions, il a notamment, en se fondant sur le courrier du 17 septembre 2018 des Dresses E _____ et F _____, contesté les conclusions du Dr G _____, considérant que celui-ci n'avait pas suffisamment tenu compte des informations apportées par ses médecins traitants.

Il regrettait en outre que ce courrier n'ait pas été soumis à l'expert pour prise de position. En faisant abstraction de l'avis des médecins traitants, l'intimé n'avait pas procédé à une appréciation complète des preuves médicales à disposition. Or, une lecture attentive des différents rapports dans le dossier soulevait de nombreux doutes au sujet des conclusions retenues par l'intimé. Il était par conséquent indispensable de compléter l'instruction médicale. 21. L'intimé par réponse du 22 janvier 2019 a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Après avoir brièvement rappelé les faits et les principes juridiques applicables, notamment en matière de valeur probante de rapports médicaux, l'OAI a relevé que les médecins traitants n'apportaient pas d'éléments objectivement nouveaux mais qu'ils faisaient simplement une appréciation différente des faits. Ils n'apportaient en particulier pas d'arguments décisifs en lien avec l'appréciation des nouveaux indicateurs jurisprudentiels en matière de troubles non objectivables ni par rapport aux observations concernant les points formulés par le Dr G_____, à savoir : anamnèse difficilement superposable à celle exprimée antérieurement, renseignements non concordants, difficultés à expliquer ; renseignements très difficiles à obtenir (omissions, réponses floues et évasives) ; assuré querulent, peu collaborant, plaignant et agressif, très revendicateur ; plaintes physiques atypiques, fluctuantes ; discordance majeure entre le handicap allégué et l'observation objective ; revendication d'un statut de malade corrélative à la demande de prestations financières (les médecins traitants ont également fait savoir que le suivi thérapeutique en était même perturbé de ce fait) ; observance au traitement mauvaise et même quasi-inexistante, dénigrement des médecins ; pronostic conditionné par des facteurs sortant pour l'essentiel du champ médical. 22. Le recourant a produit sa réplique en date du 13 février 2019 et a considéré que les éléments mentionnés par l'expert, tels que manque de collaboration, caractère provocateur, traitement pas suivi de manière régulière, réponses non précises, etc. pouvaient être dus au trouble de la personnalité plutôt qu'à son caractère. Le choix entre ces deux options devait ainsi être motivé. Par ailleurs, l'interprète présent pendant une partie de l'expertise avait constaté l'agressivité de l'expert à son encontre, raison pour laquelle il convenait de lui demander une prise de position et de mettre en place une expertise auprès d'un expert judiciaire. Enfin, les explications détaillées des médecins traitants ne pouvaient être écartées simplement sous prétexte qu'ils étaient manipulés par le recourant. 23. Le 7 mars 2019, l'intimé a produit sa duplique, rappelant que le seul fait que les médecins traitants aient une opinion divergente quant à la capacité de travail du recourant n'était pas suffisant pour exiger la réalisation d'une nouvelle expertise. Pour critiquer valablement un rapport d'expertise, il convenait d'apporter des éléments non pris en compte par l'expert, ce qui n'était pas le cas. Par ailleurs, l'interprète ne saurait être entendu, à plus forte raison s'il n'a pas assisté à toute l'entrevue. Enfin, la décision querellée avait été rendue à la suite du dépôt d'une nouvelle demande de prestation et il appartenait donc au recourant de démontrer une détérioration notable de son état de santé depuis la décision du 25 septembre 2013, ce qui n'était pas le cas. 24. Une audience de comparution personnelle des parties s'est tenue le 6 janvier 2020. À cette occasion, le recourant a expliqué, après avoir résumé son parcours professionnel depuis son arrivée en Suisse, qu'après de nombreux refus ou échecs dans ses recherches, il avait eu le sentiment d'avoir tout perdu dans sa vie. Il était au chômage et aucune administration, et notamment pas l'Hospice, ne lui avait fourni du travail. Il avait ainsi perdu tous ses rêves, puisqu'il pensait qu'en Suisse, les diverses institutions étaient là pour aider les personnes. Autour de lui, de nombreuses personnes bénéficiaient de ces prestations mais personne ne lui avait jamais rien donné. S'agissant des procédures devant l'OAI, il relevait que la première expertise

n'avait jamais été en sa faveur mais en faveur de l'intimé. Quant au second expert, il lui avait posé beaucoup trop de questions sur sa vie privée et l'avait peu questionné sur sa maladie. Après 10 minutes, il lui avait demandé de rentrer chez lui, sous-entendant qu'il allait peut-être le reconvoquer une ou deux fois encore mais il n'avait jamais été reconvoqué. 25. Sur quoi, la cause a été gardée à juger. EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA). 3. Le litige porte sur le point de savoir si l'intimé était fondé à rejeter la nouvelle demande du recourant. Concrètement, il s'agit d'examiner si, depuis la décision de l'OAI du 25 septembre 2013, l'état de santé du recourant s'est aggravé de telle manière à désormais justifier des prestations d'invalidité. 4. a. Lorsque la rente d'invalidité a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI ; RS 831.201]). Lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande de prestations, elle doit examiner la cause au plan matériel - soit en instruire tous les aspects médicaux et juridiques - et s'assurer que la modification du degré d'invalidité rendue vraisemblable par l'assuré est effectivement survenue (arrêt Tribunal fédéral 9C_142/2012 du 9 juillet 2012 consid. 4). Si elle constate que les circonstances prévalant lors de la dernière décision entrée en force et reposant sur un examen matériel du droit à la rente (ATF 133 V 108) ne se sont pas modifiées jusqu'au moment de la nouvelle décision, et que le degré d'invalidité n'a donc pas changé, elle rejette la nouvelle demande. Dans le cas contraire, elle est tenue d'examiner s'il y a désormais lieu de reconnaître un taux d'invalidité ouvrant le droit à une prestation ou augmentant celle-ci. En cas de recours, le même devoir d'examen matériel incombe au juge (ATF 117 V 198 consid. 3a ; 109 V 114 consid. 2a et b). b. Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 134 V 131 consid. 3; ATF 130 V 343 consid. 3.5). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 141 V 9 consid. 2.3 ; ATF 112 V 371 consid. 2b ; ATF 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les références). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2). c. Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la

rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4 ; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2). 5. Aux termes de l'art. 8 al. 1^{er} 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 ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008). Pour qu'il y ait ainsi incapacité de gain au sens de l'art. 7 LPGA, l'assuré doit ne pas pouvoir surmonter, objectivement, par ses propres efforts, les répercussions négatives de ses problèmes de santé sur sa capacité de gain. En d'autres termes, ce n'est qu'à partir du moment où l'effort n'est plus réalisable, faute d'être exigible, que la question de l'incapacité de gain se pose (Susana MESTRE CARVALHO, Exigibilité - La question des ressources mobilisables, in RSAS 2019, p. 60). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI). 6. a. Les atteintes à la santé mentale ou 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. Par atteinte à la santé mentale ou psychique au sens juridique de l'expression, il faut entendre toute perturbation des facultés intellectuelles et affectives qui entravent d'une manière permanente ou pour assez longtemps la capacité de gain ou de travail de l'assuré (VALTERIO, Commentaire de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (LAI), 2018, n° 8 ad Art, 4). On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c; ATF 102 V 165 consid. 3.1; VSI 2001 p. 223 consid. 2b; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1). Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. À cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294 consid. 4c ; ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références). b. Dans sa jurisprudence récente (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7), le Tribunal fédéral a modifié sa pratique lors de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques. La jurisprudence développée pour les troubles somatoformes douloureux, selon laquelle il y

a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (ATF 141 V 281), s'applique dorénavant à toutes les maladies psychiques. En effet, celles-ci ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée. La question des effets fonctionnels d'un trouble doit dès lors être au centre. La preuve d'une invalidité ouvrant le droit à une rente ne peut en principe être considérée comme rapportée que lorsqu'il existe une cohérence au niveau des limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation de la capacité de travail invalidante n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée. S'agissant du caractère invalidant d'un trouble somatoforme douloureux, la capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant de mettre en regard les facteurs extérieurs incapacitants d'une part et les ressources de compensation de la personne d'autre part (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). Il n'y a plus lieu de se fonder sur les critères de l'ATF 130 V 352 , mais sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4). Dans ce cadre, il convient d'évaluer globalement, sur une base individuelle, les capacités fonctionnelles effectives de la personne concernée en tenant compte, d'une part, des facteurs contraignants extérieurs limitant les capacités fonctionnelles et, d'autre part, les potentiels de compensation (ressources). Les indicateurs pertinents sont notamment l'expression des constatations et des symptômes, le recours aux thérapies, leur déroulement et leurs effets, les efforts de réadaptation professionnelle, les comorbidités, le développement et la structure de la personnalité, le contexte social de la personne concernée ainsi que la survenance des restrictions alléguées dans les différents domaines de la vie (travail et loisirs). c. La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (notamment : ATF 143 V 409 consid. 4.5.2, 141 V 281 consid. 2.2 et 3.2; arrêts du Tribunal fédéral 8C_841/2016 du 30 novembre 2017 consid. 4.5.2 et 9C_815/2012 du 12 décembre 2012 consid. 3). Ce diagnostic doit être justifié médicalement de telle manière que les personnes chargées d'appliquer le droit puissent vérifier que les critères de classification ont été effectivement respectés. Il suppose l'existence de limitations fonctionnelles dans tous les domaines de la vie (tant professionnelle que privée). Les médecins doivent en outre prendre en considération les critères d'exclusion de ce diagnostic retenus par la jurisprudence (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1. et 2.2). Ainsi, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (ATF 131 V 49 consid. 1.2). L'examen des indicateurs standards reste toutefois superflu lorsque l'incapacité de travail est niée sur la base de rapports probants établis par des médecins spécialistes et que d'éventuelles appréciations contraires n'ont pas de valeur probante du fait qu'elles

proviennent de médecins n'ayant pas une qualification spécialisée ou pour d'autres raisons (voir ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 125 V 351 consid. 3a). d. Le fait qu'une expertise psychiatrique n'a pas été établie selon les nouveaux standards posés par l'ATF 141 V 281 - ou n'en suit pas exactement la structure - ne suffit cependant pas pour lui dénier d'emblée toute valeur probante. En pareille hypothèse, 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. 7. En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé, susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine). En d'autres termes, dans chaque cas d'invalidité, il doit y avoir un diagnostic médical pertinent d'après lequel, à dire de spécialiste, la capacité de travail (et de gain) est diminuée de manière importante. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels sont au premier plan dans 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. En effet, il ne suffit pas que le tableau clinique indique qu'il y a diminution de la capacité de travail et que celle-ci a sa source dans des facteurs socioculturels, mais encore faut-il qu'il prenne en compte le diagnostic médical sur le plan psychiatrique, par exemple qu'il fasse clairement la différence entre l'humeur dépressive dont se plaint l'assuré et l'état dépressif au sens médical ou qui lui est assimilable. Si le diagnostic médical retient une atteinte à la santé psychique entraînant une diminution de la capacité de travail (et de gain), les facteurs socioculturels sont relégués à l'arrière-plan. Tel n'est pas le cas, en revanche, quand l'expert admet que le diagnostic médical ne suffit pas pour expliquer l'incapacité de travail, imputable essentiellement aux difficultés psychosociales ou socioculturelles de l'assuré (VSI 2000 p. 155 consid. 3). 8. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V

256 consid. 4 et les références). b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. b/aa. En principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). b/bb. Lorsque l'assuré présente ses propres moyens de preuve pour mettre en doute la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance, il s'agit souvent de rapports émanant du médecin traitant ou d'un autre médecin mandaté par lui. Ces avis n'ont pas valeur d'expertise et, d'expérience, en raison de la relation de confiance liant le patient à son médecin, celui-ci va plutôt pencher, en cas de doute, en faveur de son patient. Ces constats ne libèrent cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (arrêt 8C_408/2014 et 8C_429/2014 du 23 mars 2015 consid. 4.2). b/cc. À noter, dans ce contexte, que le simple fait qu'un avis médical divergent - même émanant d'un spécialiste - ait été produit ne suffit pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'un rapport médical (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1). 9. a. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a). b. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation

anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d).

10. a. En l'espèce, le recourant a saisi l'intimé de deux demandes de prestations successives : - la première a été rejetée par décision du 25 septembre 2013, au motif que les atteintes psychiques (dysthymie depuis fin 2007, trouble panique depuis fin 2007, dépendance au tabac utilisation continue depuis 1992) dont souffrait le recourant n'étaient pas invalidantes ; - la deuxième a été rejetée par décision du 5 novembre 2018, les atteintes recensées par le Dr G_____ (épisode dépressif majeur, de gravité légère [diagnostic différentiel : dysthymie], trouble panique avec attaques de panique paucisymptomatiques sans agoraphobie, personnalité état limite, avec des défenses narcissiques), entraînant une invalidité de 10%, insuffisante pour donner droit à une rente, étant précisé que les atteintes somatiques entraînaient uniquement des limitations fonctionnelles et non une incapacité de travail durable.

b. Il n'est pas contesté que le recourant souffre de troubles psychiques depuis de nombreuses années. La question est donc celle de savoir si ces atteintes sont désormais incapacitantes. Afin d'y répondre, l'OAI a mandaté le Dr G_____ pour expertise. Il convient donc de se prononcer sur la valeur probante de son rapport du 22 juin 2017. Force est de constater que le rapport du Dr G_____ remplit, sur le plan formel, toutes les exigences auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante de tels documents. En effet, il contient le résumé du dossier, les indications subjectives du recourant, des observations cliniques, ainsi qu'une discussion générale du cas. Les conclusions sont motivées et convaincantes. Le Dr G_____ a en particulier expliqué de manière circonstanciée les motifs pour lesquels il s'écartait des diagnostics retenus par les médecins traitants. Sur le fond, le Dr G_____ n'a retenu, dans son rapport du 22 juin 2017, que des diagnostics selon le DMS-IV-TR sans répercussions sur la capacité de travail, à savoir : Axe I : Épisode dépressif majeur, de gravité légère (diagnostic différentiel : dysthymie) et trouble panique avec attaques de panique paucisymptomatiques sans agoraphobie ; Axe II : Personnalité état limite, avec des défenses narcissiques ; Axe III : cf. spécialiste concerné ; Axe IV : Difficultés psychosociales et économiques. La capacité de travail médico-théorique était entière et ce, depuis toujours, étant précisé que l'observance au traitement médical était mauvaise. L'expert a également expliqué que le caractère revendicateur, évoluant vers une sinistrose, expliquait essentiellement la recherche et l'identification à un statut de malade. S'y ajoutaient des facteurs ne relevant pas de l'assurance-invalidité, tels que l'éloignement du monde du travail, chez un assuré n'ayant jamais véritablement exercé d'activité lucrative, les compétences linguistiques, l'âge, l'absence de formation et des éléments socio-culturels ainsi que l'importance des bénéfices secondaires. Dans tous les cas, il existait de nombreux facteurs d'exclusions, tels qu'une tendance à l'exagération, un manque de collaboration flagrant et un caractère parfois provocateur et disqualifiant. Par ailleurs, l'assuré disposait de nombreuses ressources lorsque cela concernait ses intérêts, ayant ainsi pu faire venir son épouse et ses enfants en Suisse.

c. Lorsqu'une appréciation repose sur une évaluation médicale complète, il faut, pour la contester, faire état d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et suffisamment pertinents pour en remettre en cause les conclusions. En d'autres termes, il faut faire état d'éléments objectifs précis qui justifieraient, d'un point de vue médical, d'envisager la situation selon une

perspective différente ou, à tout le moins, la mise en oeuvre d'un complément d'instruction (voir notamment l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2014 du 9 janvier 2015 consid. 6.2.3). Dans le cas présent, le recourant se réfère au courrier du 17 septembre 2018 des Dresses E_____ et F_____ pour contester les conclusions du Dr G_____. En premier lieu, les médecins susmentionnés ont relevé que l'expert ne s'était pas entretenu avec la Dresse F_____, psychiatre traitante du recourant. S'il peut certes être intéressant de recueillir des informations auprès du psychiatre traitant, cette démarche n'est pas obligatoire et son absence ne constitue pas une lacune propre à remettre en question, sur cette seule base, la valeur probante d'une expertise. Ensuite, après avoir résumé les diagnostics posés par le Dr G_____, les médecins traitants du recourant ont considéré qu'à la lecture des parties anamnestique et clinique du rapport d'expertise, une toute autre impression se dégageait, celle d'un homme n'étant jamais parvenu à vivre une vie adulte autonome et indépendante, à cause d'une personnalité aux défenses adaptatives très restreintes et peu mobilisables. Concrètement, il n'avait jamais pu maintenir une activité professionnelle suivie. Selon les médecins traitants, les choix existentiels de jeune adulte semblaient avoir répondu à des actes impulsifs et peu réfléchis ainsi qu'au miroitement peu réaliste d'une vie grandiose avec une aptitude très restreinte à prendre en compte les besoins d'autrui. Dès 2007, les symptômes anxiodépressifs et les somatisations avaient commencé à se manifester. Même si les diagnostics posés variaient en fonction des médecins, tous semblaient s'accorder à reconnaître un trouble de la personnalité, des fléchissements périodiques de la thymie (aux amplitudes variables), ainsi qu'une importante somatisation. Si au début de sa crise, le recourant avait pu apparaître avant tout paniqué, anxieux et déprimé, c'était dans une attitude projective, revendicatrice et somatisante que sa symptomatologie s'était condensée. Dans ce contexte, les Dresses E_____ et F_____ reprochaient au Dr G_____ de ne pas avoir retenu de somatisation, laquelle s'exprimait d'une façon aiguë sous forme d'attaques de panique, ou de manière chronique dans le domaine douloureux, cardiovasculaire ou neurovégétatif. Force est toutefois de constater que le Dr G_____ a expliqué pour quels motifs il n'avait pas retenu de troubles de la symptomatologie somatique, expliquant notamment que les plaintes physiques évoquées par le recourant étaient très atypiques, fluctuantes, certaines plaintes étant associées aux éléments du trouble thymique, d'autres à l'anxiété. À aucun moment, les Dresses E_____ et F_____ ont critiqué ces considérations. En réalité, elles se sont uniquement limitées à opposer leur propre appréciation à celle du Dr G_____, ce qui n'est pas suffisant pour remettre en question la valeur probante de l'expertise du Dr G_____ et justifier la réalisation d'une expertise judiciaire. Enfin, les médecins traitants du recourant sont d'avis que l'attitude du recourant relevait plus d'un trouble de la personnalité que d'un comportement opportuniste ou finalisé à l'obtention de bénéfices personnels. En raison de ce trouble de la personnalité, le recourant agissait de manière irréfléchie et impulsive, à l'encontre de son avantage le plus trivial, en se plaçant dans le rôle de victime qui n'entendait considérer ni responsabilité ni faille ou insuffisance, loin d'éventuels élans empathiques. A la lecture du rapport d'expertise, on constate que le Dr G_____ a pris en considération un trouble de la personnalité, sous la forme d'un fonctionnement de type état limite avec des défenses narcissiques pour expliquer le caractère impulsif du recourant. Il a simplement estimé que ce trouble n'était pas incapacitant. En résumé, les Dresses E_____ et F_____ se sont limitées à opposer leur appréciation à celle du Dr G_____, sans expliquer en quoi ce médecin aurait erré dans ses diagnostics et son appréciation de la capacité de travail. Elles ne se sont en particulier pas prononcées sur les nombreuses contradictions mentionnées par

le Dr G_____ ni sur les facteurs psychosociaux ou socioculturels relevés par celui-ci. d. Au vu des considérations ci-dessus, force est de constater que le recourant n'a pas été en mesure de faire valoir des éléments objectifs précis justifiant, d'un point de vue médical, d'envisager la situation selon une perspective différente. Il convient donc de retenir que le rapport du Dr G_____ dispose d'une pleine valeur probante et qu'aucune aggravation significative de l'état de santé du recourant n'a été rendue vraisemblable. Dans ces circonstances, il n'est pas nécessaire d'ordonner une expertise judiciaire, ce d'autant moins que lors de son audition du 6 janvier 2020, le recourant a confirmé l'importance des facteurs non médicaux retenus par le Dr G_____. 11. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté. Bien que la procédure ne soit pas gratuite en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1 bis LAI), il convient de renoncer à la perception d'un émolument, le recourant étant au bénéfice de l'assistance juridique (art. 13 al. 1 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]), partielle, en ce sens qu'elle a été limitée aux frais. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme : 1. Déclare le recours recevable. Au fond : 2. Le rejette. 3. Renonce à la perception d'un émolument. 4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. La greffière Florence SCHMUTZ Le président Mario-Dominique TORELLO Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le

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