

GE_GERICHTE A/855/2018 vom 17. Juni 2020

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

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_855_2018

FR: GE_GERICHTE A/855/2018 du 17 juin 2020

IT: GE_GERICHTE A/855/2018 del 17 giugno 2020

Erwägungen

E. 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 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).

E. 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.

E. 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 incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008).

E. 5

a) En vertu de l'art. 28 al. 1^{er} 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).

E. 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 références citées, not. ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6 p. 398 et 132 V 65 consid. 3.4 p. 70).

E. 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 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).

E. 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 pathogénèse 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). 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). 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).

E. 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). 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).

E. 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 LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. 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 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).

E. 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 revêtiraient 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 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'IIP 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.

E. 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).

E. 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 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 plaident 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. 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 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 notamment été attentif à la présence d'une composante culturelle à l'expression des différents symptômes.

E. 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 convergeraient 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'exams 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 .

E. 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 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.

E. 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 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 relation 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 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 Ciprallex 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 Ciprallex 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 1^{er} juillet 2012, avec un traitement de Ciprallex 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 Ciprallex 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 1^{er} 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 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'ITP. 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 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 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.

E. 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 « discrédance » 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 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.

E. 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.

E. 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 LPGA). 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.