

GE_GERICHTE A/988/2019 vom 3. Februar 2020

GE Cour de justice, 2020-02-03, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_988_2019

FR: GE_GERICHTE A/988/2019 du 3 février 2020

IT: GE_GERICHTE A/988/2019 del 3 febbraio 2020

Erwägungen

E. 10

ème Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié à Onex 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 ou le recourant), né le _____ 1966, divorcé, horticulteur, a sollicité une première fois des prestations de l'assurance-invalidité le 31 juillet 2008. Par décision du 25 août 2009, une rente complète d'invalidité lui a été octroyée, pour une durée limitée du 1^{er} septembre au 31 décembre 2008, puis supprimée dès le 1^{er} janvier 2009, en raison de la reprise de son activité professionnelle à 100 %. 2. Le 24 mai 2016, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI ou l'intimé). Il était suivi depuis 2007 par le docteur B_____, spécialiste FMH en médecine interne, médecin traitant, pour obésité, mal-être et état dépressif. Il était en outre suivi depuis le 24 janvier 2014 par Madame C_____, psychologue, sous délégation du docteur D_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et enfin par le docteur Claude F_____, chiropraticien. Selon les attestations médicales (fichets), il était en incapacité totale de travail depuis mai 2010, pour une durée indéterminée, en cours. Il était suivi par l'Hospice général, dont il bénéficiait d'une aide financière depuis le 1^{er} février 2010, après licenciement de son dernier emploi de jardinier à 100 %. 3. Le 7 septembre 2016, l'OAI a reçu un rapport médical du Dr B_____ : le début de la longue maladie remontait à plus de deux ans : la capacité de travail (ci-après : CT) était de 0 % dans l'activité habituelle et de 50 % environ dans une activité adaptée. Le début de la réadaptation était possible de suite. Les diagnostics ayant un effet sur la CT étaient ceux de polyarthralgies (lombalgies, gonalgies, coudes, bras et mains) d'origine peu claire depuis plus de cinq ans et hémochromatose congénitale (traitement actif, saignées) ; sans effet sur la CT : récurrence d'hépatite C post-traitement. Sur le plan anamnestique, le patient avait été traité pour hémochromatose et avait ensuite développé des polyarthralgies, initialement des lombalgies, puis des atteintes aux coudes et aux bras, et enfin aux mains. Le traitement actuel consistait en une prescription d'AINS, de paracétamol et de saignées. Les restrictions fonctionnelles étaient les suivantes : pas d'activité à genou, pas de marche sur sol inégal, pas de port de charges de plus de 10 kg. Selon le médecin traitant, on ne pouvait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle, respectivement à une amélioration de la CT. Dans les activités possibles à 50 %, celles se développant uniquement en position assise, voire dans différentes positions, alternées assise et debout étaient possibles, mais il convenait de retenir une capacité d'adaptation et de résistance limitée, en raison d'un déconditionnement. 4. Il ressort d'un rapport de consultation spécialisée du docteur E_____, spécialiste FMH en rhumatologie, que l'assuré présentait une maladie de Dupuytren de stade I, asymptomatique, et des gonalgies sur gonarthrose débutante. Les activités à genou ou accroupi étaient déconseillées. Les ports de charges de plus de 10 kg et les activités en torsion ou en flexion

du tronc étaient contre-indiquées vu son âge, la pathologie des genoux et les douleurs du rachis. Sur le plan thérapeutique : une perte de poids même modérée serait bénéfique ; garder une activité physique régulière comme la marche, le vélo ou la natation, pour renforcer les quadriceps. Une physiothérapie centrée sur des exercices de gainage (Pilates, Mezières) pouvait également être préconisée. 5. Le 14 septembre 2016, le service médical régional Suisse romande (ci-après : SMR) a retenu une incapacité de travail durable dès janvier 2014 ; les atteintes annoncées étaient des polyarthralgies d'origine peu claire ; dès janvier 2014, la CT fonctionnelle exigible était de 0 % dans l'activité habituelle, mais de 100 % dans une activité adaptée, les limitations fonctionnelles retenues étant: pas de position debout prolongée, pas de position à genou ou accroupie, pas de charges lourdes de plus de 10 kg ; les activités en torsion ou en flexion du tronc étaient contre-indiquées. 6. Le 20 septembre 2016, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision : la demande de prestations était rejetée. Dès janvier 2014 (début du délai d'attente d'un an), la CT était considérablement restreinte. À l'échéance du délai d'attente, soit en janvier 2015, l'incapacité de travail était totale dans son ancienne activité de jardinier ; la CT était cependant entière dès janvier 2014 dans une activité adaptée. La comparaison des revenus (CHF 62'077.- sans invalidité [selon questionnaire employeur du 17/09/2008, le dernier salaire annuel était de CHF 58'498.- en 2008, réactualisé pour l'année 2014 au moyen des indices suisses des salaires (ISS)], et CHF 59'808.- avec invalidité, [fondé sur l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) 2014, tableau TA1_tirage_skill_level, ligne total, pour un homme travaillant dans une activité de niveau 1 (simple et répétitive) - CHF 66'453.- avec une réduction supplémentaire maximum de 10 % en raison des limitations fonctionnelles]) déterminait une perte de gain était de CHF 2'269.-, soit un taux d'invalidité de 3,66 % arrondi à 4 %. Au vu de ce taux d'invalidité, le droit à des mesures professionnelles sous forme de reclassement n'était pas ouvert. 7. À la demande de l'assuré, un délai pour produire les éléments médicaux probants à l'appui de sa contestation lui a été accordé au 15 novembre 2016. 8. Par courrier du 14 novembre 2016, l'assuré a longuement exposé son parcours de vie depuis sa naissance. Il a produit divers documents, parmi lesquels les extraits d'une procédure de la caisse nationale d'assurance en cas d'accidents (ci-après : CNA) de 1985, dans le contexte d'un accident qu'il avait subi à l'époque (lourde chute sur la tête - fracture du crâne -, à la gare de Saint-Maurice en octobre 1985). En ce qui concerne la période actuelle, il a produit un bref rapport de son chiropraticien, le Dr F_____ du 15 novembre 2016 : ce dernier certifiait suivre l'assuré depuis 2007 pour divers troubles du système locomoteur, parfois de peu de gravité et parfois invalidants : lombalgies, névralgies fémorales, cervicobrachialgies récidivantes, céphalées en relation au traumatisme crânien de 1985. La situation actuelle ne lui permettait plus d'exercer les métiers de jardinier ou de serveur dans la restauration. Sa demande d'aide à une reconversion professionnelle lui semblait justifiée. 9. Le gestionnaire OAI a décerné, le 22 novembre 2016, un mandat de réadaptation : le service éponyme était invité à recevoir l'assuré pour faire un point de situation, voire pour la mise en place d'une orientation et d'un suivi, et éventuellement pour une aide au placement ou une allocation d'aide au travail (ci-après : AIT). 10. Selon une note de travail du 2 mars 2017 la demande de prestations AI mentionnait un suivi psychiatrique dès 2014 par le Dr D_____ ainsi que par une psychologue. À lecture du courrier de l'assuré du 15 novembre 2016, outre le fait qu'il retraçait sa vie et les graves traumatismes subis, il était à nouveau fait mention du suivi psychiatrique. Le cabinet du psychiatre susmentionné confirmait un suivi psychiatrique depuis 2014, s'étonnant d'ailleurs de n'avoir jamais reçu de demande de rapport médical.

11. Le Dr D_____ a établi un rapport à l'intention de l'OAI, le 28 mars 2017. Il ne retenait aucun diagnostic avec effet sur la CT et sans effet sur la CT celui de dépression moyenne (F32.1). Le traitement ambulatoire avait débuté le 24 février 2014, en cours également avec une psychologue déléguée, le dernier contrôle remontant au 27 mars 2017. À l'anamnèse, il évoquait un conflit, mal vécu dans le passé avec sa hiérarchie, ayant mené le patient à une dépression avec des éléments anxieux. Constatations objectives : le médecin retenait une dépression chronique sans avoir véritablement entrepris de traitement antidépresseur sur une durée suffisante ; patient anxieux pour peu de choses, isolement social, peu d'activités, trouble du sommeil. Pronostic : devrait être réévalué, le patient venant d'accepter un traitement antidépresseur. Le traitement actuel consistait en une psychothérapie déléguée, sur une base hebdomadaire. Sur le plan médicamenteux, introduction, depuis le 27 mars 2017, de Cymbalta 30 mg, augmenté à 60 mg une semaine plus tard. Pour le futur, il recommandait une thérapie combinée ; il n'y avait pas d'incapacité de travail sur le plan psychiatrique. L'activité exercée était toujours exigible à 100 %, sous réserve de compliance à l'antidépresseur ; il n'y avait pas de baisse de rendement ; la capacité d'adaptation était limitée en raison d'un blocage émotionnel sur conflits anciens. Ces indications étaient valables au moins pour deux ans.

12. Le 13 avril 2017, le SMR a émis un avis, dans le cadre de l'audition. Il s'agissait d'une deuxième demande de prestations de cet assuré âgé de 50 ans, jardinier, qui se trouvait en incapacité de travail pour des raisons psychiatriques et somatiques. Licencié en 2010, il bénéficiait de l'aide de l'Hospice général. Dans le cadre de la première demande, les atteintes qui avaient justifié une incapacité de travail de moins d'un an avaient été un traitement pour une hépatite C et un état dépressif. L'assuré avait repris son activité habituelle à 100 % courant 2008 (recte: 2009). Dans le cadre de la demande actuelle, le SMR a émis un rapport final en date du 14 septembre 2016. Il a retenu que la CT dans l'activité habituelle était définitivement nulle tandis que, dans une activité adaptée, elle pouvait être entière dès janvier 2014. Selon le rapport de son médecin traitant (Dr B_____), l'incapacité de travail était en lien avec une hémochromatose et à des polyarthralgies (investiguées) d'origine peu claire. Le Dr E_____, rhumatologue, indiquait des gonalgies sur gonarthrose débutante et une maladie de Dupuytren de la main droite. Il n'y avait pas d'évidence d'une répercussion articulaire de l'hémochromatose (traitée par saignées). Le médecin traitant retenait dans son rapport de septembre 2016 une CT aux alentours de 50 % dans une activité adaptée. Sur le plan psychiatrique, dans son rapport d'avril 2017 le Dr D_____ indiquait suivre l'assuré depuis 2014 ; il signalait comme atteinte sans effet sur la CT un épisode de dépression moyenne, traité ; la CT était de 100 % moyennant une compliance optimale au traitement psychotrope, ce qui n'était pas le cas. Il existait des contradictions dans le rapport du psychiatre traitant (pas d'atteinte avec effet sur la CT, mais besoin d'une bonne compliance du traitement pour acter une CT de 100 %, et nécessitant une réévaluation ultérieure du dossier). Pour ce qui était du volet psychiatrique, dans la mesure où l'assuré avançait comme problématique majeure le trouble psychiatrique (lettre de l'assuré du 14 novembre 2016, reçue le 15 novembre 2016) et que son psychiatre indiquait la nécessité d'un traitement pour arriver à une CT entière, la prise régulière de l'antidépresseur (Cymbalta) prescrit par le psychiatre était exigible ; le SMR proposait dès lors de procéder à un monitoring mensuel par dosage sanguin, pendant au moins trois mois ; ensuite, de demander un rapport intermédiaire au psychiatre. Pour ce qui était du volet somatique, le SMR retenait une CT de 100 % dans une activité adaptée, tandis que le généraliste traitant considérait qu'elle se trouvait aux alentours de 50 %. Le SMR proposait d'adresser l'assuré au rhumatologue consulté via le généraliste traitant et de solliciter un

rapport initial. Ainsi, au vu des éléments versés au dossier dans le cadre de l'audition, susceptibles de modifier sa prise de position du service médical régional, le SMR n'était pas en mesure d'établir un rapport final actuellement. 13. Par courrier du 20 avril 2017, l'OAI a indiqué à l'assuré que le SMR estimait que le traitement suivant était exigible : prise régulière de l'antidépresseur prescrit par son psychiatre traitant et monitoring mensuel par dosage sanguin pendant au moins trois mois. Selon la loi, l'assuré est tenu de contribuer à la diminution de son dommage et de suivre régulièrement le traitement médical exigé en rapport avec sa situation actuelle. L'OAI se prononcerait après réception du rapport médical à l'issue de la période de trois mois. Enfin, il rappelait les dispositions légales applicables en cas de manquement aux obligations de l'assuré : ainsi, s'il ne suivait pas le traitement susmentionné, l'OAI ferait application des dispositions rappelées et pourrait refuser d'entrer en matière ou statuer en l'état du dossier en refusant toutes prestations. Copie de ce courrier a été adressée au psychiatre traitant. 14. Le 15 mai 2017, l'OAI a reçu le rapport du Dr E_____ du 9 mai 2017. Ce dernier renvoyait au médecin traitant pour ce qui concernait le début de la longue maladie. Sur le plan strictement rhumatologique, la CT exigible dans l'activité habituelle était de 0 %, et de 100 % dans une activité adaptée, celle-ci étant possible dès le 9 mai 2017. Il renvoyait à son rapport du 8 (recte : 4) juillet 2016 en ce qui concernait les limitations fonctionnelles. Il retenait comme diagnostic, avec effet sur la CT, une gonarthrose au moins depuis 2016 ; et sans effet sur la CT : maladie de Dupuytren et hémochromatose. Quant au traitement, il n'avait vu l'assuré qu'une fois le 27 juin 2016, puis une fois pour s'assurer que la situation était stable (9 mai 2017). Anamnestiquement, la situation était inchangée depuis 2016 ; la médication actuelle consistait dans la prise de Cymbalta et de Dafalgan pour les migraines. La CT exigible dans une activité adaptée dès le 9 mai 2017 était de 100 %, horaire et rendement, confirmant en outre les limitations et caractéristiques requises dans le cas d'une activité adaptée. 15. Le psychiatre traitant (Dr D_____) a adressé un rapport à l'OAI le 2 août 2017 (enregistré le 6 septembre 2017) : l'état de santé était resté stationnaire, sans changement de diagnostics (dépression moyenne (F32.1) depuis 2015. Évolution stable ; il avait procédé à un changement d'antidépresseur après plusieurs tentatives sans succès. La date du dernier examen médical était celle du jour du rapport. Les limitations fonctionnelles observées étaient un trouble de la concentration, humeur triste, fatigue, trouble du sommeil. La CT dans toute activité, de 50 % actuellement, était à réévaluer. La compliance était optimale ; bonne concordance entre les plaintes et l'examen clinique. Il n'avait pas procédé à un monitoring, car il avait changé trois fois le traitement depuis juin 2017. 16. Par courrier du 13 septembre 2017 au psychiatre traitant, l'OAI, se référant au précédent rapport, l'a invité à procéder à un monitoring et à adresser le rapport y relatif, une fois que l'assuré aurait pris régulièrement les antidépresseurs sur une durée de trois mois. 17. Le Dr D_____ a adressé un nouveau rapport à l'OAI, le 28 novembre 2017 (enregistré le 20 décembre 2017) : l'état de santé s'était amélioré ; pas de changements de diagnostic. Le traitement en cours avait un meilleur effet sur la dépression, mais il était accompagné par plusieurs effets secondaires. Concrètement, amélioration légère depuis un mois ; le patient avait des difficultés à se motiver pour une activité ; pas d'incapacité de travail signée par le psychiatre ; compliance optimale ; bonne concordance entre les plaintes et l'examen clinique ; traitement médicamenteux en cours : Cipralax 20 mg par jour ; évolution de l'état de santé : légère baisse de l'anxiété, mais pas de recul après un mois. 18. Par courrier du 22 décembre 2017, l'OAI a sollicité des précisions du Dr D_____ par rapport à son dernier rapport : il était invité à se prononcer sur le taux de CT dans une activité adaptée, dans la mesure où il indiquait dans son rapport du 2 août 2017

une CT limitée à 50 % dans toute activité. 19. Dans un rapport du 1^{er} février 2018, le psychiatre traitant a indiqué que le Cipralex avait débuté à 10 mg le 29 septembre 2017 porté à 20 mg le 17 octobre 2017. Plusieurs antidépresseurs avaient été tentés, d'où le délai pour sa réponse. La clinique actuelle était loin d'avoir atteint la rémission. Le patient avait une CT de 50 %; une fois exposé à une activité, ce qui n'a pas été le cas depuis de nombreuses années, on pourrait évaluer une augmentation du taux vers une CT de 100 %. Il ne pouvait préciser le délai nécessaire : cela dépendrait de l'évolution des signes anxieux, une fois exposé à une telle situation. 20. Le SMR (Dresse G_____) a émis un nouvel avis le 16 mars 2018. En raison de discordances entre les médecins dans l'appréciation de l'exigibilité, l'instruction avait été reprise pour documenter les volets psychiatrique et rhumatologique. Du point de vue rhumatologique, le spécialiste confirmait que l'activité habituelle n'était plus exigible en raison d'une gonarthrose débutante, stable depuis juin 2016, mais la CT restait de 100 % dans une activité adaptée sans port de charges supérieures à 10 kg, sans travail en flexion ou torsion du tronc, sans activité en position à genoux ou accroupie. L'hémochromatose et la maladie de Dupuytren étaient sans effet sur la CT. D'un point de vue psychiatrique, le psychiatre traitant retenait un épisode dépressif moyen (F32.1) non incapacitant, sous réserve de l'observance du traitement antidépresseur (rapport du 28 mars 2017). En août 2017, le psychiatre renseignait sur une situation stationnaire malgré plusieurs adaptations du traitement, en raison d'effets secondaires. Il attestait cependant une augmentation de la CT à 50 % dans toute activité (rapport du 2 août 2017). En novembre 2017, une amélioration de la symptomatologie était annoncée sous Cipralex 20 mg par jour. Le psychiatre n'attestait plus d'incapacité de travail, les seules limitations fonctionnelles consistant en des difficultés de motivation. Le diagnostic restait inchangé (rapport du 28 novembre 2017). En février 2018, le psychiatre avait à nouveau été questionné : le traitement n'avait pas été modifié depuis le 17 octobre 2017 et l'observance était satisfaisante. Bien que ce médecin ait attesté qu'il n'y avait plus d'incapacité de travail depuis le 28 novembre 2017, il retenait à présent une incapacité de travail de 50 %, en raison de l'éloignement du marché du travail de l'assuré depuis de nombreuses années et de la présence de signes anxieux. Au total, si l'exigibilité était claire d'un point de vue somatique, ce n'était pas le cas au plan psychiatrique, celle-ci fluctuant entre 100 %, 50 % et 0 % entre mars 2017 et février 2018, sans changement de diagnostic et pour des raisons qui semblaient sortir du champ médical. Le SMR proposait en conclusion de procéder à une expertise psychiatrique, à effectuer par le docteur H_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. 21. Par courrier du 3 mai 2018, l'OAI a soumis à l'assuré le projet de mission d'expertise et lui a indiqué le nom de l'expert pressenti, lui impartissant un délai de douze jours pour formuler d'éventuels questions complémentaires et motifs pertinents de récusation à l'encontre de l'expert désigné. 22. Par courrier du 4 octobre 2018, le Dr H_____ s'est adressé au psychiatre traitant. Afin de mener à bien son mandat, il souhaitait obtenir quelques renseignements complémentaires : depuis quand le psychiatre traitant suivait-il l'assuré, et à quelle fréquence? Dates des trois derniers rendez-vous. Le patient ne se souvenait pas des traitements qui lui auraient été prescrits : quels étaient-ils ? À quelle posologie? Comment le psychiatre traitant évaluait-il leur efficacité clinique ? Il avait réalisé des dosages plasmatiques : le cas échéant, pourrait-il faire parvenir copie des résultats à l'expert ? Comment appréciait-t-il la personnalité de l'assuré ? Quels étaient les éléments objectifs pouvant justifier une incapacité de travail? 23. Le psychiatre traitant a répondu à l'expert par courrier du 24 octobre 2018 : il suivait le patient depuis le 24 février 2014, en délégation avec une psychologue; dernières consultations les 25 janvier, 9 juillet et

18 septembre 2018 ; la psychologue le voyait une fois par mois ; traitement actuel : Cipralax 20 mg par jour ; essais passés de Cymbalta, Wellbutrin, Brintellix, peu efficaces et beaucoup d'effets secondaires, surtout sur la libido ; dosage plasmatique annexé. Patient plutôt passif, difficultés à s'insérer dans un projet de vie ; se retrouvait pétrifié face à un avenir bouché ; personnalité dépendante probable ; actuellement, manque de volonté ; dès qu'il était sollicité, le patient réagissait par une montée d'angoisse. Le projet actuel était de l'orienter vers une activité professionnelle qui puisse l'aider à se réinsérer dans une vie sociale. 24. Le Dr H_____ a adressé son rapport à l'OAI le 18 janvier 2019. L'expert a tout d'abord résumé le dossier dans son état jusqu'à réception de la réponse aux questions qu'il avait lui-même posées au psychiatre traitant. Le résultat de l'entretien de l'expert avec le patient, le 26 septembre 2018, a été consigné : spontanément, dans le cadre d'un entretien ouvert, le patient se plaignait de fatigue, d'un manque occasionnel de motivation, dans le cadre de plaintes plutôt floues et peu précises. Une anamnèse très complète, familiale, personnelle et professionnelle a été exposée. L'expert a notamment relevé dans les antécédents personnels de l'expertisé que ce dernier a un frère aîné qui aurait présenté de graves troubles psychiques depuis l'âge de 14-15 ans ; lorsqu'ils étaient enfants, ce dernier lui aurait fait des avances sexuelles. Il évoquait également un événement intervenu à l'âge de 6 ans et les problèmes sexuels et l'homosexualité de l'assuré, relevant notamment que ce dernier a rapidement découvert cette dernière, même s'il s'était marié, probablement pour pouvoir cacher ses propres attirances. Manque d'estime de lui-même, il « présente » quelques troubles psychiques réactionnels, car il assume mal son orientation. L'expert a noté la description d'une journée-type de l'expertisé ; par rapport à la perception que le patient a de son avenir en général et d'une activité professionnelle ou d'une réadaptation professionnelle, l'intéressé est relativement ambivalent face à son avenir professionnel, évoquant la difficulté à faire face au stress et son désir de ne plus travailler dans la restauration. Il réfléchit à l'horticulture, éventuellement à des mesures de reclassement dans une nouvelle profession, mais n'arrive pas à préciser laquelle. Comportement de l'intéressé et apparence extérieure lors de l'examen : pas de foetor éthylique, l'expertisé était vigile, orienté dans les trois modes. L'examen neuropsychologique succinct, dans les normes. Pas de troubles patents de la concentration, de la mémoire d'évocation ou de fixation ; jugement et raisonnement conservés ; actuellement, pas d'anhédonie, d'aboulie ou d'apragmatisme. Il avait des centres d'intérêts multiples, rencontre parfois une amie, L. _____ ; il regardait la télévision et pratiquait la marche. Globalement, il a parfois un sentiment de solitude, car il s'ennuie et se sentait un peu isolé. L'expert a également fait procéder à des tests psychométriques d'hétéro-et auto-évaluation, tests de personnalité, tests généraux. L'expert a pris en compte le diagnostic retenu par le psychiatre traitant et exposé les raisons pour lesquelles il était amené à ne retenir aucun diagnostic incapacitant, mais seuls des diagnostics sans répercussion sur la CT, soit: trouble dépressif en rémission (F32.5), dysthymie (F34.1), personnalité état limite [du registre abandonnique] (F60.3). L'expert a également examiné les indicateurs retenus par la jurisprudence, notamment en relation avec les thérapies suivies, la coopération de l'assuré au cours de celles-ci, l'évaluation de la cohérence et de la plausibilité ; l'expert estime que le dossier ne comporte pas d'informations très divergentes et son appréciation est conforme à celle du psychiatre traitant ; mais il relève que l'évaluation de la CT semble avoir été difficile pour ce dernier, qui évoque parfois une CT à 100 %, d'autres fois à 50 %. Le Dr H_____ observait qu'il était difficile de saisir pour quels motifs le psychiatre traitant change d'appréciation ; il remarquait toutefois que le patient était parfois dramatique et indulgent face à lui-même

« ceci expliquant peut-être cela ». Le psychiatre traitant évoquait surtout des éléments qui sortaient du contexte médical, tels que la durée de l'éloignement du monde du travail, des anticipations négatives à l'idée de rechercher un emploi et une certaine anxiété. Il relevait en outre que le fonctionnement actuel du patient n'avait aucune répercussion dans ses activités ménagères, de loisirs et sociales. Il avait également procédé à l'appréciation des capacités, des ressources et des difficultés du patient, expliquant que l'intéressé avait une évaluation plutôt négative du futur ; il souhaitait une aide de l'assurance-invalidité ; sa personnalité était relativement passive, parfois ambivalente, mais il semblait disposé à coopérer. C'était surtout le trouble de la personnalité et la durée de l'éloignement du monde du travail qui semblaient l'influencer négativement, induisant des anticipations anxiogènes. L'expert relevait que des facteurs qui sortaient du champ médical existaient probablement car l'expertisé paraissait se satisfaire en partie de sa situation actuelle. Ses capacités d'adaptation en général étaient probablement assez limitées ; il paraissait rigide, passif et n'avait pas d'esprit d'émulation. Il avait des compétences professionnelles qu'il était apte à appliquer. Ses capacités de jugement semblaient normales dans la vie extra-professionnelle ; en revanche, il semblait pressentir de manière excessivement difficile la reprise d'une activité professionnelle. Il manquait de confiance en lui, avait des difficultés face à l'autorité ou, parfois, certainement à respecter les cadres ; les contacts avec les tiers ne semblaient pas poser problème. Peut-être avait-il des difficultés de contact dans un groupe, se sentant vite opprimé car susceptible à la critique, au vu de son manque d'estime de soi. L'expert avait enfin répondu à toutes les questions : s'agissant de la CT dans l'activité habituelle, en théorie l'assuré pourrait travailler dans l'ensemble à 100 % dans l'horticulture. Il y avait eu certainement, d'après le dossier, quelques périodes où la CT était diminuée à 50 % du fait d'une pathologie dépressive moyenne, mais de très brève durée. A priori, la performance n'était pas réduite dans son activité dans l'horticulture. Objectivement, elle devrait être favorable ; subjectivement sa performance semblait assez faible. Dans une activité adaptée ou dans l'horticulture, l'expertisé pouvait travailler à 100 % sans baisse de rendement, probablement favorablement au cours du temps. L'état de santé s'était amélioré grâce à la bonne observance au traitement. Il était difficile de saisir les variations du Dr D _____ quant à l'appréciation de la CT. Le psychiatre traitant mentionnait qu'une bonne observance au traitement devrait permettre une pleine capacité de travail, celle-ci ayant été démontrée. L'état de santé était corrélatif à l'adaptation de son traitement. Il est difficile de saisir pourquoi la CT est de 50 % en février 2018, précédemment à 100 %, alors que l'évolution avait été favorable avec l'adaptation du traitement de Cipralext. La CT évoluerait probablement favorablement avec la poursuite de la prise en charge psychiatrique. S'agissant de la CT dans une activité correspondant aux aptitudes de l'assuré, les caractéristiques d'une activité adaptée devraient être probablement dans la vente, notamment dans le domaine de l'horticulture. La restauration semblait être peu en rapport avec ses capacités à faire face au stress, aux interactions sociales, un métier relativement astreignant en termes d'horaires que les contacts entre collègues ou avec ses patrons. Au plus tard au mois de juin 2018, au vu des éléments à disposition, l'intéressé avait déjà une pleine capacité de travail. S'agissant des mesures médicales et thérapies ayant un impact sur la CT, l'état de santé était corrélatif à la poursuite de son traitement psychiatrique. 25. Le SMR a établi un rapport final subséquent, soit après expertise, le 19 février 2019. Il observait que l'expert ne retenait pas de diagnostics incapacitants, mais en retenait plusieurs, sans influence sur la CT. Le trouble de la personnalité, qui existait depuis le début de l'âge adulte, n'était pas décompensé et n'avait pas empêché l'assuré de travailler

précédemment. Il entraînait une rigidité, passivité, impulsivité, sensibilité à la critique, difficultés face à l'autorité et manque de confiance en soi. Le trouble dépressif avait pu être à l'origine de brèves périodes d'incapacité à 50 % lorsqu'il était d'intensité moyenne. Il avait évolué favorablement sous traitement, laissant la place à une dysthymie qui évoluait de longue date, trouble psychique léger, chronique et fluctuant qui n'avait pas d'influence sur la CT. En l'absence d'atteinte psychiatrique durablement incapacitante, l'expert retenait une exigibilité entière sur le premier marché de l'emploi, sans baisse de rendement dans une activité adaptée aux compétences de l'assuré. Au final, le SMR observait que ses conclusions du 13 septembre 2016 restaient valables. L'activité habituelle de jardinier n'était plus exigible pour des raisons somatiques depuis janvier 2014. La CT était entière dans une activité adaptée épargnant les genoux et le rachis, depuis janvier 2014. En conclusion, l'atteinte à la santé incapacitante principale était celle de gonarthrose débutante (M17.0) ; autres atteintes : lombalgies communes (M54.50). Le début de l'incapacité de travail durable était fixé au 1^{er} janvier 2014. La CT est de 0 % dans l'activité habituelle de jardinier, et de 100 %, dès la même date, dans une activité adaptée. Les limitations fonctionnelles étaient : pas de port de charges supérieures à 10 kg, de flexion ou torsion du tronc, de position à genoux ou accroupie, pas de marche en terrain irrégulier ni de station debout prolongée ; pas d'utilisation répétée d'escaliers. 26. Sur quoi, par courrier du 13 février 2019, l'OAI a notifié sa décision à l'assuré : la demande était rejetée. Les motifs évoqués dans le projet de décision du 20 septembre 2016 ont été repris, avec la précision que, sur la base des documents médicaux produits dans le cadre de l'audition, une nouvelle analyse exhaustive de sa situation et une expertise avaient été mises en place. Les conclusions retenues à la suite de la nouvelle analyse étaient identiques à celles du projet de décision. 27. Par courrier recommandé non daté, mais parvenu à l'OAI le 11 mars 2019, l'assuré a indiqué faire recours contre la décision du 13 février 2019. Il indiquait que son état de santé s'étant aggravé dernièrement, il était dans l'incapacité de travailler pour l'instant. Depuis plusieurs mois, il souffrait d'épuisement le matin dès le lever, de douleurs et de fatigue chronique. Il est en traitement chez le « docteur » I_____, physiothérapeute, depuis le début février 2019 et d'autres examens étaient en cours d'analyse par son médecin traitant. Il concluait donc implicitement à l'annulation de la décision entreprise. 28. Le 11 mars 2019, l'OAI a transmis le courrier susmentionné à la chambre de céans, pour motif de compétence. 29. L'OAI a conclu au rejet du recours, par courrier du 11 avril 2019. Selon les conclusions de l'expertise du 18 janvier 2019, la CT du recourant était considérée comme entière dans toute activité (aucune atteinte incapacitante). Le rapport d'expertise du Dr H_____ pouvait se voir accorder une pleine valeur probante. S'agissant des atteintes somatiques, selon les pièces médicales figurant au dossier, elles entraînaient des limitations fonctionnelles restreignant l'ancienne activité d'horticulteur, mais permettaient à l'assuré d'exercer à plein temps nombre d'autres activités plus légères. Dans la mesure où le recourant n'amenait pas d'éléments médicaux nouveaux à l'appui de ses dires, l'office ne pouvait que maintenir ses conclusions. À ce propos, l'OAI transmettait à la chambre de céans, pour motif de compétence et suite utile, le rapport rédigé par la docteure J_____, psychiatre FMH, du 3 avril 2019, adressé directement à l'OAI, (produit dans l'intervalle par le recourant, avec un compte rendu supplémentaire de son médecin traitant). 30. La Dresse J_____ indiquait, dans son courrier du 3 avril 2019 à l'OAI, que le patient était suivi par Mme C_____, psychologue, depuis environ quatre ans, cette dernière collaborant avec elle depuis le début de l'année 2019. Elle avait rencontré le patient à deux reprises, soit les 25 février et 21 mars 2019. Le patient souffrait d'un état dépressif sévère de longue date

en lien avec des traumatismes psychiques multiples du passé qui le hantaient encore et qui avaient eu des répercussions sur le développement et la construction de sa personnalité ainsi que sur ses relations interpersonnelles tout au long de sa vie. Elle évoquait durant l'enfance une maltraitance physique et psychologique de la part du père ; à 6 ans abus sexuel de la part de son grand frère schizophrène, en Valais, au domicile familial ; à 18 et 30 ans, victime de viols. Durant toutes ses expériences professionnelles, le patient avait souffert de moqueries et de jugements de la part de ses collègues, en raison de son homosexualité visible. Il avait développé une forte anxiété qui l'avait poussé à être sans cesse dans le contrôle de ses gestes et de ses comportements. Il ne s'était jamais senti à l'aise dans une place de travail en raison d'un état de souffrance insoutenable en lien avec ses difficultés relationnelles ; il avait régulièrement démissionné pour fuir l'échec et l'angoisse. Elle retenait les diagnostics suivants : trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec quelques éléments légers de la lignée psychotique [persécution] (F33.3) ; personnalité anxieuse [évitante] (F60.6) ; syndrome d'apnées du sommeil (SAS) diagnostiqué depuis 2019 [appareillage en cours] ; syndrome douloureux somatoforme persistant [lombaire, musculaire] (F45.4) ; hémochromatose. En conclusion, elle considérait que l'incapacité de travail était totale en tant qu'horticulteur ou dans la restauration, en tout cas depuis quatre ans. 31. Dans un courrier du 9 avril 2019 adressé à l'OAI, le Dr B_____ confirmait suivre le patient à raison d'une à deux fois par mois au niveau somatique. Dépendant de l'Hospice général, il n'y avait aucun espoir de réinsertion dans le monde du travail à cause de ses problèmes psychiques, bien décrits par la doctoresse J_____, et ses problèmes somatiques. Il souffrait en effet d'un état dépressif récurrent sévère, d'une anhédonie, d'une prise de poids compensatoire et donc d'une obésité morbide avec apnées du sommeil sévère, s'accompagnant bien entendu d'hypertension artérielle traitée, et d'une asthénie et hypersomnie diurne. Ses lombosciatalgies récurrentes allaient dans le même sens. En conclusion, ce patient avait un état dépressif récurrent sévère avec des complications somatiques sévères dont les critères lui ouvraient droit à une rente. La non-reconnaissance de ce droit acutise les souvenirs de maltraitance ou de viols qui restaient ainsi « impunis ». Ces mesures AI ne pourraient qu'apaiser ce patient profondément touché par de multiples « accidents » de la vie. 32. La chambre de céans a entendu les parties en comparution personnelle, le 8 juillet 2019 : M. A_____ a déclaré: « Pour répondre à votre question, si j'ai récemment changé de psychiatre, c'est en raison du fait que la psychologue qui me suit depuis des années, Mme C_____, qui travaillait à l'époque dans le cabinet où pratique le Dr D_____, a changé pour aller travailler dans le cabinet où officie la Dresse J_____, c'est la raison pour laquelle c'est cette dernière qui me suit désormais. Je dois dire également que, de son côté également, le Dr D_____ ne m'a plus convoqué depuis le mois de janvier. Vous me demandez si j'ai recherché du travail, compte tenu du fait que l'on me reconnaît totalement ou partiellement une capacité de travail dans une activité adaptée à mes restrictions d'ordre essentiellement physiques sinon également psychiques, je vous réponds que non. En effet, j'ai beaucoup trop peur. Je ne me sens pas du tout capable de me retrouver dans une place de travail. Je n'arrive pas à me projeter dans une place de travail quelconque, car je n'ai plus de confiance. Lorsque je travaillais comme horticulteur dans l'entreprise de K_____, nous étions très mal traités, nous étions traités de façon irrespectueuse . Pour poursuivre, par rapport à mes difficultés de retrouver une capacité de m'imaginer dans un poste de travail, j'attendais de l'aide de l'AI, mais celle-ci m'a été refusée. Vous me faites observer que, si de toute manière, comme je l'ai dit tout à l'heure, j'ai trop peur de me lancer dans une expérience professionnelle quelle qu'elle soit dans le

monde du travail, il apparaît contradictoire d'attendre de l'OAI qu'(il) me trouve un travail. Je dois toutefois préciser que je n'ai pas dit que je ne pourrais pas travailler du tout et n'importe où, la seule chose étant que je ne sais pas ce qui pourrait me convenir. S'agissant du Dr E_____, rhumatologue, je dois préciser qu'il ne m'a guère examiné, se limitant à me demander si j'avais mal ici ou là. Vous me faites observer qu'il s'agit d'un spécialiste reconnu et qui n'a pas été mandaté par l'OAI, mais par votre médecin traitant, le Dr B_____. J'aimerais préciser que pour moi c'est la même chose que si c'était l'AI qui m'avait envoyé là-bas. De fait, ce n'est pas le Dr B_____ qui m'a adressé à ce rhumatologue, mais le Dr D_____. Si le Dr B_____ apparaît dans ce dossier, c'est que selon mes conditions d'assurance-maladie, je dois disposer d'un médecin généraliste que je dois consulter en premier recours et qui doit lui-même me déléguer chez un spécialiste. Je dois dire que le Dr E_____ ne m'a (pas) proposé de nouveau rendez-vous, ni proposé quoi que ce soit pour améliorer ma situation. Vous me faites observer qu'en principe c'est plutôt le patient qui s'adresse au médecin, quand il en a besoin, plutôt que l'inverse. Je vous réponds que c'est précisément pour cela que j'ai été le voir, mais il ne m'a finalement rien proposé. Je confirme que j'ai pu, lorsque je l'ai souhaité, consulter le dossier de l'AI. Vous me demandez dès lors si je n'ai pas eu connaissance des rapports établis par le Dr E_____, dont le premier en tout cas a été directement adressé à mon médecin de famille, le Dr B_____. Je vous réponds que non. À ce que je comprends, on ne peut mesurer les douleurs, notamment mes maux de tête résultant d'un ancien accident (1985 à la gare de St-Maurice), mon taux d'invalidité est inférieur à la limite me permettant de bénéficier des prestations de l'assurance-invalidité, de sorte que je vois bien que désormais il vous appartient de décider, et je ne vois pas ce que je pourrais faire de plus ». 33. 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. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément. 3. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA ; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3). 4. Les modifications du 18 mars 2011 de la LAI (révision 6a), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2012, entraînent la modification de certaines dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. 5. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). 6. En l'espèce, au vu des faits pertinents jusqu'à la décision du 13 février 2019, le droit éventuel aux prestations doit être examiné en fonction des modifications de la LAI, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références ; voir également ATF 130 V 329). 7. 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). 8. Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle

demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière. À cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 4 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201) et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 108 consid. 2b). En l'occurrence, l'intimé étant entré en matière dès la présentation de la nouvelle demande, cet aspect n'étant pas litigieux, la chambre de céans n'a pas à revenir sur cette question.

9. Le litige porte sur le droit du recourant aux prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement d'un droit à une rente, refusée par l'OAI au motif que l'assuré dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, moyennant le respect de ses limitations fonctionnelles, la comparaison des revenus avec et sans invalidité déterminant un taux d'invalidité de 4 % (arrondi), le recourant estimant, de son côté, être totalement incapable de se retrouver dans une place de travail quelle qu'elle soit, notamment en raison de ses peurs.

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

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

12. 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).

13. a. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c; ATF 102 V 165 consid. 3.1; VSI 2001 p. 223 consid. 2b; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 et 141 V

281 consid. 2.2 et 3.2; arrêt du Tribunal fédéral 8C_841/2016 du 30 novembre 2017 consid. 4.5.2). Les principes jurisprudentiels développés en matière de troubles somatoformes douloureux sont également applicables à la fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.1), au syndrome de fatigue chronique ou de neurasthénie (ATF 139 V 346 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_662/2009 du 17 août 2010 consid. 2.3 in SVR 2011 IV n° 26 p. 73), à l'anesthésie dissociative et aux atteintes sensorielles (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 9/07 du 9 février 2007 consid. 4 in SVR 2007 IV n° 45 p. 149), à l'hypersomnie (ATF 137 V 64 consid. 4) ainsi qu'en matière de troubles moteurs dissociatifs (arrêt du Tribunal fédéral 9C_903/2007 du 30 avril 2008 consid. 3.4), de traumatisme du type « coup du lapin » (ATF 141 V 574 consid. 5.2 et ATF 136 V 279 consid. 3.2.3) et d'état de stress post-traumatique (ATF 142 V 342 consid. 5.2). En revanche, ils ne sont pas applicables par analogie à la fatigue liée au cancer (cancer-related Fatigue - ATF 139 V 346 consid. 3; arrêt du Tribunal fédéral 9C_73/2013 du 2 septembre 2013 consid. 5). Dans sa jurisprudence récente (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7), le Tribunal fédéral a modifié sa pratique lors de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques. La jurisprudence développée pour les troubles somatoformes douloureux, selon laquelle il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (ATF 141 V 281), s'applique dorénavant à toutes les maladies psychiques, y compris troubles dépressifs de degré léger ou moyen (ATF 143 V 409 consid. 4.5.1). En effet, celles-ci ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée. b. La capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant de mettre en regard les facteurs extérieurs incapacitants d'une part et les ressources de compensation de la personne d'autre part (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). Il n'y a plus lieu de se fonder sur les critères de l'ATF 130 V 352 , mais sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4). Dans ce cadre, il convient d'évaluer globalement, sur une base individuelle, les capacités fonctionnelles effectives de la personne concernée en tenant compte, d'une part, des facteurs contraignants extérieurs limitant les capacités fonctionnelles et, d'autre part, les potentiels de compensation (ressources). Les indicateurs standard qui doivent être pris en considération en règle générale peuvent être classés selon leurs caractéristiques communes : - catégorie « Degré de gravité fonctionnel » (ATF 141 V 281 consid. 4.3) ; - complexe « Atteinte à la santé » (consid. 4.3.1) ; - expression des éléments pertinents pour le diagnostic (consid. 4.3.1.1), succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à cet égard (consid. 4.3.1.2), comorbidités (consid. 4.3.1.3) ; - complexe « Personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles; consid. 4.3.2) ; - complexe « Contexte social » (consid. 4.3.3) ; - catégorie « Cohérence » (aspects du comportement; consid. 4.4) ; - limitation uniforme du niveau d'activité dans tous les domaines comparables de la vie (consid. 4.4.1), poids des souffrances révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation (consid. 4.4.2). Le « complexe personnalité » englobe à côté des formes classiques du diagnostic de la personnalité qui vise à saisir la structure et les troubles de la personnalité, le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du moi » qui désignent des capacités inhérentes à la personnalité, permettant des déductions sur la gravité de l'atteinte à la santé et de la capacité de travail (par exemple : autoperception et perception d'autrui, contrôle de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et

des impulsions, intentionnalité et motivation ; cf. ATF 141 V 281 consid. 4.3.2). 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. Même si un trouble psychique, pris séparément, n'est pas invalidant en application de la nouvelle jurisprudence, il doit être pris en considération dans l'appréciation globale de la capacité de travail, qui tient compte des effets réciproques des différentes atteintes. Ainsi, une dysthymie, prise séparément, n'est pas invalidante, mais peut l'être lorsqu'elle est accompagnée d'un trouble de la personnalité notable. Par conséquent, indépendamment de leurs diagnostics, les troubles psychiques entrent déjà en considération en tant que comorbidité importante du point de vue juridique si, dans le cas concret, on doit leur attribuer un effet limitatif sur les ressources (ATF 143 V 418 consid. 8.1). c. Pour des motifs de proportionnalité, on peut renoncer à une telle évaluation si elle n'est pas nécessaire ou si elle est inappropriée. Il en va notamment ainsi lorsqu'il n'existe aucun indice en faveur d'une incapacité de travail durable, ou si l'existence d'une incapacité de travail est niée de manière convaincante par un avis médical spécialisé ayant pleine valeur probante et que les éventuels avis contraires peuvent être écartés faute de pouvoir se voir conférer une telle valeur (arrêt du Tribunal fédéral 9C_724/2018 du 11 juillet 2019 consid. 7). Ces indicateurs sont classés comme suit : I. Catégorie « degré de gravité fonctionnelle » Les indicateurs relevant de cette catégorie représentent l'instrument de base de l'analyse. Les déductions qui en sont tirées devront, dans un second temps, résister à un examen de la cohérence (ATF 141 V 281 consid. 4.3). A. Axe « atteinte à la santé » 1. Expression des éléments pertinents pour le diagnostic et des symptômes Les constatations relatives aux 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 minimal inhérent au diagnostic. Il doit être rendu vraisemblable compte tenu de l'étiologie et de la pathogenèse de la pathologie déterminante pour le diagnostic (consid. 4.3.1.1). 2. Succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à ces derniers Ce critère est un indicateur important pour apprécier le degré de gravité. L'échec définitif d'un traitement indiqué, réalisé lege artis sur un assuré qui coopère de manière optimale, permet de conclure à un pronostic négatif. Si le traitement ne correspond pas ou plus aux connaissances médicales actuelles ou paraît inapproprié dans le cas d'espèce, on ne peut rien en déduire s'agissant du degré de gravité de la pathologie. Les troubles psychiques sont invalidants lorsqu'ils sont graves et ne peuvent pas ou plus être traités médicalement. Des déductions sur le degré de gravité d'une atteinte à la santé peuvent être tirées non seulement du traitement médical mais aussi de la réadaptation. Si 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 est un indice sérieux d'une atteinte non invalidante. À l'inverse, une réadaptation qui se conclut par un échec en dépit d'une coopération optimale de la personne assurée peut être significative dans le cadre d'un examen global tenant compte des circonstances du cas particulier (consid. 4.3.1.2). 3. Comorbidités La comorbidité psychique 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. Axe « personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles) Il s'agit d'accorder une importance accrue au complexe de personnalité de l'assuré (développement et structure de la personnalité, fonctions psychiques fondamentales). Le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du Moi » (conscience de soi et de l'autre, appréhension de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation) entre aussi en considération. Comme les diagnostics relevant des troubles de la personnalité sont, plus que d'autres indicateurs, dépendants du médecin examinateur, les exigences de motivation sont particulièrement élevées (consid. 4.3.2).

C. Axe « contexte social » 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 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 le chômage non assuré ou avec d'autres difficultés de vie (consid. 4.3.3).

II. Catégorie « cohérence » Cette seconde catégorie comprend les indicateurs liés au comportement de l'assuré (consid. 4.4).

A. Limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie Il s'agit ici 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 convient de comparer le niveau d'activité sociale de l'assuré avant et après la survenance de l'atteinte à la santé (consid. 4.4.1).

B. Poids de la souffrance révélé par l'anamnèse établie 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 alors négligés, permet d'évaluer le poids effectif des souffrances. Tel n'est toutefois pas le cas lorsque le comportement est influencé par la procédure asséculogique 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 (consid. 4.4.2). 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 (consid. 5.2.2; ATF 137 V 64 consid. 1.2 in fine).

d. Le diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) 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). 14. L'organe chargé de l'application du droit doit avant de procéder à l'examen des indicateurs mentionnés analyser si les troubles psychiques dûment diagnostiqués conduisent à la constatation d'une atteinte à la santé importante et pertinente en droit de l'assurance-invalidité, c'est-à-dire qui résiste aux motifs dits d'exclusion tels qu'une exagération ou d'autres manifestations d'un profit secondaire tiré de la maladie (cf. ATF 141 V 281 consid. 2.2). 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). 15. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1). La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; ATF 115 V 133 consid. 2; ATF 114 V 310 consid. 3c; arrêt du Tribunal fédéral 8C_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2). 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 LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. c. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une

expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). d. Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; ATF 142 V 58 consid. 5.1; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1). e. En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1). f. On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2). 16. 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).

17. a. Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 321/04 du 18 juillet 2005 consid. 5). b. 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). c. 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).

18. En l'espèce, il est constant que la demande de prestations d'assurance-invalidité repose à la fois sur des atteintes somatiques, et psychiques, quand bien même selon le recourant lui-même et ses médecins traitants, l'aspect psychique est actuellement prépondérant. Il convient dès lors d'examiner chacune de ces composantes pour déterminer si l'appréciation de l'intimé par rapport à chacun de ces aspects justifie les conclusions qu'il en a tiré pour conclure au rejet de la demande de prestations.

19. Sur le plan somatique, le SMR a retenu dans son rapport final du 19 février 2019 que l'activité habituelle de jardinier n'est plus possible depuis janvier 2014, l'atteinte principale à la santé, sur ce plan, étant celle de gonarthrose débutante, les autres atteintes étant les lombalgies communes. Ce nonobstant, ces atteintes somatiques permettent néanmoins de retenir une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, respectant les limitations fonctionnelles, soit : pas de port de charges supérieures à

10 kg, pas de flexion ni torsion du tronc, pas de position à genou ou accroupie, pas de marche en terrain irrégulier ni de station debout prolongée et pas d'utilisation répétée d'escaliers. Il convient à cet égard de relever que l'avis exprimé par le service médical de l'intimé peut se voir reconnaître une pleine valeur probante, au vu des principes rappelés ci-dessus concernant les exigences que l'on doit attendre d'un avis du SMR voir ci-dessus consid. 14 let. d). Dans un précédent rapport (16 mars 2018), le SMR avait rappelé qu'en raison des discordances entre les médecins (médecin traitant et spécialiste en rhumatologie notamment), l'instruction avait été reprise, notamment, dans le domaine rhumatologique, pour documenter les conclusions à en tirer, sur le plan de la CT notamment, puisque dans son premier avis, le Dr E_____ ne s'était pas formellement prononcé sur cette question, ce qu'il a fait par la suite, aboutissant à la conclusion que la CT dans l'activité habituelle était nulle, mais entière (100 %) dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles qu'il avait déjà retenues précédemment. Les conclusions de ce spécialiste sont convaincantes, basées sur des renseignements anamnestiques adéquats, prenant en compte les plaintes du patient et les propres constatations qu'il a pu faire à l'examen clinique. Celles, plus pessimistes, du médecin traitant doivent être appréciées avec retenue, non seulement parce qu'il n'explique pas, à l'époque - soit avant que ne soit prise la décision entreprise - , notamment pas les raisons pour lesquelles, sur le plan somatique, la CT dans une activité adaptée ne serait, selon lui, que de 50 % environ ; et plus encore, dans son dernier rapport, produit en cours de procédure judiciaire, il n'explique pas les raisons pour lesquelles la CT de son patient serait nulle dans toute activité, non seulement sur le plan psychique - qu'il retient d'ailleurs comme l'atteinte prépondérante à la santé -, mais également sur le plan somatique, et rhumatologique en particulier (rapport du 9 avril 2019). Ceci dit, les autres atteintes somatiques qu'il retient, traitées, ne sont pas incapacitantes en tant que telles, (quoi qu'il en dise, les qualifiant de complications somatiques sévères dont les critères ouvriraient selon lui un droit à une rente, au même titre que l'atteinte psychique [état dépressif récurrent sévère]). Le médecin traitant conclut d'ailleurs que « la non reconnaissance de ce droit [à la rente] acutise les souvenirs de maltraitance ou de viols qui restent ainsi « impunis ». On ne saurait certes reprocher au médecin traitant de faire preuve d'empathie à l'égard de son patient, et de largement répercuter les plaintes subjectives de ce dernier : ceci est inhérent à la nature du rapport de confiance, essentiel dans le cadre du mandat thérapeutique qui l'unit à son patient. Mais, conformément à la jurisprudence rappelée ci-dessus, cet aspect doit être pris en compte dans l'évaluation qu'il convient de faire de l'avis du médecin traitant lorsqu'il ne concorde pas avec celui des autres médecins consultés. Ce qui est notamment le cas ici par rapport à l'avis du spécialiste rhumatologue à qui il a lui-même adressé son patient pour une consultation spécialisée, mais aussi des médecins de l'intimé, voire de l'expert désigné par l'OAI. On observera d'ailleurs concernant ce dernier, psychiatre, que le Dr B_____ semble ne pas partager l'avis de cet expert (Dr H_____), mais sans y faire référence expresse ; il ne motive toutefois pas son avis, mais il n'est, quoi qu'il en soit, pas psychiatre, pour valablement pouvoir se prononcer. On remarquera aussi que le recourant paraît plus enclin à suivre les médecins qui vont dans son sens subjectif que ceux qui paraissent avoir une approche plus objective, même parmi ceux qu'il a lui-même consultés, via son médecin traitant notamment ; parmi ces derniers, le Dr E_____. Entendu par la chambre de céans à propos de ce spécialiste en rhumatologie et des conclusions auxquelles ce dernier parvenait, la chambre de céans lui faisant observer qu'il ne s'agissait pas d'un médecin mandaté par l'OAI, mais par son médecin traitant, il a prétendu d'une part que ce rhumatologue ne l'a guère examiné, se limitant à lui demander

s'il avait mal « ici ou là ». Il a indiqué que, pour lui, c'était la même chose que si c'était l'intimé qui l'avait envoyé « là-bas ». Il observe ensuite que ce ne serait pas le Dr B _____ qui l'aurait adressé à ce rhumatologue, mais le Dr D _____, son précédent psychiatre (ce dernier lui ayant à l'époque reconnu depuis toujours une pleine capacité de travail [100 %] sur le plan psychiatrique, y compris dans l'activité habituelle, sous réserve de compliance à l'antidépresseur). Or, le rapport du Dr E _____ du 4 juillet 2016 est adressé au Dr B _____, l'auteur du rapport, commençant par remercier le destinataire de lui avoir adressé le patient. Et le recourant de rétorquer que si son médecin traitant apparaissait « dans ce dossier », c'est que selon ses conditions d'assurance-maladie, il devait disposer d'un médecin généraliste qu'il doit consulter en premier recours, et qui doit lui-même le déléguer à un spécialiste. Il reproche encore au Dr E _____ de ne pas lui avoir proposé de nouveau rendez-vous ni proposé quoi que ce soit pour améliorer sa situation. Alors que la chambre de céans lui faisait observer qu'en principe, c'est plutôt le patient qui s'adresse au médecin quand il en a besoin plutôt que l'inverse, il répond que c'est précisément pour cela qu'il avait été le voir, mais finalement ce médecin ne lui avait rien proposé. Dans le même registre, alors qu'il est interrogé sur les raisons pour lesquelles il a changé de psychiatre traitant, il explique que c'est en raison du fait que la psychologue qui le suit depuis des années, qui travaillait à l'époque pour son précédent psychiatre traitant, a changé de cabinet pour aller travailler dans celui où officie sa psychiatre actuelle, raison pour laquelle c'est la Dresse J _____ qui le suit désormais. Il remarque toutefois: « Je dois dire également que, de son côté également, le Dr D _____ ne m'a plus reconvoqué depuis le mois de janvier (2019) ». 20. Comme déjà relevé, c'est l'aspect psychique qui apparaît au premier plan des atteintes à la santé dont le recourant est atteint, et dont les conséquences ou l'intensité divisent les parties : l'OAI se fonde essentiellement sur les conclusions du rapport d'expertise du Dr H _____, qui considère en substance que l'assuré, au vu des éléments à disposition, avait déjà une pleine capacité de travail sur le plan psychiatrique, cette pleine CT existant dans toute activité notamment dans la vente, et en particulier dans l'horticulture, admettant toutefois que la restauration semble être peu en rapport avec ses capacités à faire face au stress, aux interactions sociales, ce métier étant relativement astreignant tant en termes d'horaires qu'en termes de contact avec les collègues et ses patrons. Du point de vue des médecins traitants du recourant et de ce dernier, le généraliste considère, notamment dans son attestation du 9 avril 2019 - postérieure au dépôt du recours - que son patient, dépendant de l'Hospice général, il n'y a aucun espoir de réinsertion dans le monde du travail à cause de ses problèmes psychiques, bien décrits par la Dresse J _____ (nouvelle psychiatre qui n'avait rencontré son patient qu'à deux reprises, la première fois après la décision entreprise). Il sera revenu ci-après sur l'avis exprimé par le précédent psychiatre de l'assuré, dans la phase de l'instruction du dossier par l'intimé, ceci dans le cadre de l'examen de la valeur probante de l'expertise administrative effectuée par le Dr H _____. Vu la divergence existant entre les parties, il convient en effet, conformément aux principes rappelés ci-dessus de déterminer si, comme le soutient l'intimé, et avant lui le SMR, d'examiner si le rapport d'expertise du Dr H _____ peut se voir reconnaître une pleine valeur probante. 21. Force est de constater que ce rapport remplit sur le plan formel toutes les exigences auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document : il contient le résumé du dossier, une anamnèse détaillée, les indications subjectives du recourant, des observations cliniques, ainsi qu'une discussion du cas ; ses conclusions, qui résultent d'une analyse complète de la situation médicale, sont claires, bien motivées et convaincantes. Cette expertise est le fruit d'une pleine connaissance du dossier, l'expert ayant pris soin

d'interpeller par écrit le psychiatre traitant, en lui posant toutes les questions qui lui paraissaient nécessaires et pertinentes, ayant examiné personnellement le patient, recueillant ses plaintes subjectives et consignait ses propres constatations à l'examen clinique. Sur le fond, le Dr H_____ a notamment retenu les diagnostics de trouble dépressif en rémission (F32.5), dysthymie (F34.1), personnalité état limite [du registre abandonnique] (F60.3). L'expert a pris en compte le diagnostic retenu par le psychiatre traitant de dépression moyenne (F32.1) et exposé les raisons pour lesquelles il était amené à ne retenir aucun diagnostic ayant une répercussion sur la CT, mais seuls des diagnostics sans répercussion sur la CT. L'expert a également examiné les indicateurs retenus par la jurisprudence, notamment en relation avec les thérapies suivies, la coopération de l'assuré au cours de celles-ci, l'évaluation de la cohérence et de la plausibilité ; l'expert estime que le dossier ne comporte pas d'informations très divergentes et son appréciation est conforme à celle du psychiatre traitant (Dr D_____), mais il relève que l'évaluation de la CT semble avoir été difficile pour ce dernier. Selon l'expert, on peine à saisir pour quels motifs le psychiatre traitant change d'appréciation ; ce dernier évoque parfois une CT à 100 %, d'autres fois à 50 %, voire nulle dans les derniers temps de son suivi du patient. L'expert relève, sur ce dernier point, que le psychiatre traitant ne parvenait pas à expliquer pourquoi, dans une situation où le diagnostic n'avait pas changé et la situation du patient était stationnaire, la CT passait de 50 % à 0 %, alors même que les traitements médicamenteux entrepris permettaient d'atteindre une certaine amélioration de l'état de santé de l'intéressé. Il remarque toutefois, à la décharge du psychiatre traitant, que le patient est parfois dramatique et indulgent face à lui-même « ceci expliquant peut-être cela ». Il note encore que le psychiatre traitant évoque surtout des éléments qui sortent du contexte médical, tels que la durée de l'éloignement du monde du travail, des anticipations négatives à l'idée de rechercher un emploi et une certaine anxiété. Il relève en outre que le fonctionnement actuel du patient n'a aucune répercussion dans ses activités ménagères, de loisirs et sociales. C'est du reste le lieu de remarquer que l'expert, conformément aux exigences de la jurisprudence en cas d'atteinte psychique à la santé, a évalué la capacité de travail réellement exigible 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). Pour le détail, il est renvoyé au ch. 24 p. 8 et suivantes de la partie En Fait. En conclusion, le rapport du Dr H_____ est convaincant et répond aux réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante. Ni le recourant ni ses médecins traitants - plus particulièrement sa psychiatre traitante - ne prétendent le contraire, en tout cas de façon explicite, et ne démontrent par des éléments objectivement vérifiables que l'expert aurait ignoré des éléments importants pour arriver à ses conclusions ou que des contradictions ou incohérences permettraient de jeter un doute sur la fiabilité de ce rapport d'expertise. Ainsi, la nouvelle psychiatre traitante, dans son rapport du 3 avril 2019, postérieur au dépôt du recours, et n'ayant jusqu'alors rencontré son patient qu'à deux reprises, n'a pas du tout fait référence au rapport d'expertise. Dans son bref rapport, elle n'a évoqué aucun élément anamnestique qui aurait été ignoré par l'expert et les diagnostics qu'elle pose, pour l'essentiel fondés sur les mêmes éléments que ceux retenus par l'expert ne sont pas argumentés pour mettre en évidence ce qui précisément pourrait induire à penser que l'expert n'aurait pas tenu compte de certains éléments objectifs susceptibles de soulever des doutes quant à la fiabilité de ses conclusions. Elle évoque notamment le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) se référant aux douleurs lombaires et

musculaires, lesquelles, contrairement aux critères décrits par la CIM-10 pour ce diagnostic, sont expliquées sur le plan somatique. Si elle conclut à l'incapacité totale de travail en tant qu'horticulteur ou dans la restauration, elle ne se prononce nullement sur la CT dans une activité adaptée, n'évoquant d'ailleurs aucune limitation fonctionnelle sur le plan psychiatrique. Il résulte ainsi de ce qui précède que tant le rapport d'expertise du Dr H_____ que l'avis subséquent fondé sur ce rapport et les conclusions qu'en tire le SMR, pris pour base de la décision entreprise peuvent se voir reconnaître pleine valeur probante.

22. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en oeuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). A contrario de ce qui précède, la chambre de céans considère, au degré de la vraisemblance prépondérante, qu'il n'existe aucun motif justifiant de s'écarter des conclusions de l'expertise et de l'avis du SMR, partant ne se justifie-t-il pas de procéder à des investigations complémentaires, ni sous la forme d'une expertise judiciaire ni dans le cadre d'un renvoi pour instruction complémentaire par l'intimée.

23. Au vu de ce qui précède la décision entreprise n'apparaît pas critiquable. Les autres aspects de celle-ci, notamment le calcul du taux d'invalidité retenu n'étant du reste pas remis en cause par le recourant, sont conforme au droit et échappent eux aussi à toute critique.

24. Mal fondé, le recours doit être rejeté.

25. La procédure n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1 bis LAI), il y a lieu de condamner le recourant au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

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.