RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1988/2021 **ATAS/369/2022**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 26 avril 2022

15ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à GENÈVE, représenté par ASSUAS Association suisse des assurés	recourant
contre	
OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE	intimé

Siégeant : Marine WYSSENBACH, Présidente; Anny FAVRE et Christine TARRIT-DESHUSSES, Juges assesseurs

EN FAIT

A. **a.** Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né en 1965, originaire du Kosovo et de nationalité suisse, a travaillé en qualité de peintre en bâtiment, sans certification, auprès du même employeur depuis 1988. Il a été licencié pour le 31 mars 2018.

b. Le 14 février 2017, il a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI), en raison d'une atteinte de l'avant-bras droit d'usure, due au métier pratiqué.

c. Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'OAI a recueilli divers rapports des médecins traitants, en particulier les docteurs B_____, médecin généraliste, et C_____, spécialiste FMH en psychiatrie, dont il ressort, en substance, que l'assuré souffrait d'une épicondylite droite chronique, d'une lombosciatalgie sur hernie L4-L5 droite et d'arthrose aux niveaux L4-L5-S1 et sacro iliaque et, depuis 2018, d'un état dépressif réactionnel (F.32.2), avec une capacité de travail, sur le plan somatique, de 45% dans l'activité habituelle et, sur le plan psychiatrique, de 0% dans toute activité.

d. L'OAI a également reçu un rapport d'expertise bidisciplinaire, daté du 16 juillet 2018 et établi, à la demande de l'assurance perte de gain, par les docteurs D_____, spécialiste FMH en rhumatologie, et E_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.

Ces experts ont retenu, sur le plan rhumatologique, une épicondyalgie droite incapacitante et un syndrome algo-dysfonctionnel de l'ensemble pelvi-rachidien incapacitant depuis le 7 janvier 2018 et, sur le plan psychiatrique, un épisode dépressif léger à moyen, sans syndrome somatique (F32.10), sans influence sur la capacité de travail. L'activité professionnelles de peintre en bâtiment n'était plus exigible, mais une activité adaptée, légère, en position assise limitant le port de charge (10 kg), épargnant les mouvements répétitifs en force du poignet (peinture, vissage, sécateur), sans travail en hauteur (absence de possibilité de se retenir en cas d'utilisation d'échelles ou d'escabeaux) était possible, sans diminution de rendement.

e. Le 18 mars 2019, l'OAI a octroyé à l'assuré une mesure d'orientation professionnelle auprès des établissements publics pour l'intégration (ci-après : EPI), mesure qui s'est déroulée du 29 avril au 28 juillet 2019.

À la suite de cette mesure, les EPI ont établi un rapport daté du 24 septembre 2019, concluant que la mesure d'orientation professionnelle n'avait pas permis de déterminer de piste professionnelle correspondant aux aptitudes et aux limitations de l'assuré.

f. Dans l'intervalle, l'OAI a reçu deux nouvelles pièces des médecins traitants :

- Un rapport du 13 juin 2019 du Dr B_____, indiquant que l'état de santé de l'assuré s'était aggravé : il présentait une épicondylite droite et gauche avec

une tendinopathie fissuraire et des troubles cognitifs et difficultés intellectuelles, en cours d'investigation chez un psychiatre.

- Un rapport du 20 novembre 2019 du Dr C_____, diagnostiquant un état dépressif réactionnel marqué (F32.2) – suite à son licenciement brutal – avec prédominance d'une incompréhension et de signes négatifs, et un trouble de l'attention. L'assuré bénéficiait d'une consultation mensuelle et d'un traitement médicamenteux. La capacité de travail s'élevait à 40%. L'ancien employeur de l'assuré, pour qui il travaillait depuis vingt-neuf ans, avait pris sa retraite et son remplaçant avait décidé, après des interactions négatives, de le licencier le 10 novembre 2017. L'état dépressif était, au jour du rapport, toujours présent et constituait une nouvelle limitation fonctionnelle à une reprise du travail, en dehors des problèmes somatiques.

g. Suivant les recommandations du service médical de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), l'OAI a mis en œuvre une expertise bidisciplinaire, confiée aux docteurs F_____, spécialiste FMH en rhumatologie, et G_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et Madame H_____, docteur en psychologie et psychologue spécialiste en neuropsychologie FSP.

Dans leur rapport du 13 mai 2020, les experts ont retenu, sur le plan somatique, les diagnostics incapacitants de lombalgies mécaniques avec discopathie et arthrose postérieure avec discopathies L4-L5, L5-S1, status post arthrose sacro-iliaque importante, status post gonarthrose du genou droit fémoro-tibiale de grade II, status post épicondylite avec tendinopathie fissuraire des épicondyliens, notamment du coude droit. Sur le plan psychiatrique, ils ont estimé que l'assuré présentait un épisode dépressif moyen (F32.1), non incapacitant. La capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles somatiques, soit, sans surcharge du rachis lombaire, ni port de charge de plus de cinq kilos, loin du corps et dix kilos près du corps, ni activité de sécurité augmentée (telle que monter et descendre des échafaudages), ni travail les bras en l'air, ni répétitif par rapport à ses douleurs épicondyliennes anciennes.

h. Par avis du 25 mai 2020, le SMR a fait siennes les conclusions de l'expertise.

B. **a.** Par projet de décision du 12 novembre 2020, l'OAI a informé l'assuré qu'il envisageait de rejeter sa demande de prestations. Sa capacité de travail était nulle dans son activité habituelle dès le 29 janvier 2016, mais de 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Son degré d'invalidité, inférieur à 40%, n'ouvrait pas de droit à des prestations sous forme d'une rente.

b. L'assuré a contesté ce projet de décision. Il s'est fondé sur un nouveau certificat établi par le Dr C_____, le 20 décembre 2020, lequel mentionnait une péjoration de son état dépressif, avec en particulier une tension marquée, une irritabilité, des céphalées fréquentes, des ruminations, un sommeil perturbé, une tristesse, une anticipation négative de l'avenir. À ses limitations fonctionnelles, s'ajoutaient des

troubles mnésiques récents selon un bilan effectué. Ses limitations l'empêchaient de reprendre toute activité professionnelle avec des contraintes physiques. Il précisait encore qu'une procédure prud'homale était en cours en raison des irrégularités de son licenciement.

c. Par avis du 6 janvier 2021, le SMR a estimé que ce dernier rapport n'apportait aucun élément objectif nouveau, car le psychiatre traitant restait sur sa position initiale d'épisode dépressif sévère, de sorte qu'il s'agissait d'une appréciation différente d'un même état de fait.

d. Par décision du 6 mai 2021, l'OAI a confirmé son projet de décision, les éléments apportés par l'assuré ne permettant pas de revoir sa position.

C. **a.** Par acte du 7 juin 2021, complété le 12 juillet 2021, l'assuré a interjeté recours par-devant la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans) contre cette décision, concluant, sous suite de frais et dépens, à son annulation et à l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité, en particulier l'octroi d'une rente entière dès le 1er août 2017. Préalablement, il a demandé la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique indépendante ou l'audition des Drs C_____ et G_____ afin de préciser l'expertise.

À l'appui de son recours, le recourant a produit un rapport du 5 juillet 2021 du Dr. C_____. Selon ce rapport, il souffrait d'un état dépressif moyen à sévère sans symptôme psychotique (F32.1 ; F32.2), l'état était resté stationnaire, fluctuant, toujours avec un fond dépressif marqué, depuis le départ de la prise en charge, avec une morosité constante et une sinistrose figée. Le recourant suivait une psychothérapie depuis le 26 février 2018, à raison de deux consultations par mois en alternance avec son psychiatre et un psychothérapeute, et prenait un traitement, composé de Cipralex (précisant que des essais d'augmentation et de changement ont entrainé des effets secondaires), Imovane et Valium. Les limitations fonctionnelles psychiatriques se traduisaient par une globale perte d'espoir, une notion d'irréparabilité du préjudice subi (licenciement), le recourant avait été heurté dans ses valeurs de loyauté, ressentait avoir vécu une injuste dévalorisation et exclusion, restant depuis lors, bloqué dans une position figée, mélancoliforme, où se mêlaient ressentiment et impuissance avec un laisser-aller (tabagisme majoré, aboulie, apathie). Ce versant dépressif hypothéquait une capacité de travail de manière conséquente. La capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle et serait de 30% à 40% dans une activité adaptée, respectant ses limitations et avec une période d'essai en raison principalement des troubles cognitifs et dépressifs. Le Dr C_____ estimait que l'expertise n'était pas convaincante et que, comme l'état thymique du recourant avait été fragile et fluctuant, une évaluation à un moment donné pouvait ne pas refléter l'ensemble de cette pathologie.

b. Invité à se déterminer, l'intimé a conclu au rejet du recours.

Il a produit un avis du 29 juillet 2021 du SMR, qui estimait la prise en charge légère, pour un état dépressif jugé sévère par le médecin traitant et persistant depuis plus de trois ans, avec une consultation psychiatrique mensuelle et en l'absence de réalisation de l'étude pharmacologique ciblant les cytochromes pour voir si le recourant était un métaboliseur lent. Par ailleurs, le recourant n'avait jamais nécessité d'hospitalisation ou une prise en charge ambulatoire intensive de type CAPPI, témoignant de la légèreté de ses symptômes. Les tests de validité administrés s'étaient révélés inadéquats avec plusieurs incohérences. Pour Mme H_____, qui avait relevé une théâtralisation physique et aucune baisse de la vigilance ou de fatigue marquée (pas de fatigue diurne), les performances et le tableau clinique général n'étaient pas en adéquation avec ce qui avait pu être observé dans le contexte d'un état dépressif, même sévère. Au final, la neuropsychologue estimait que les tests de validité et l'ensemble du tableau laissaient suspecter un défaut d'effort de la part du recourant. Ainsi, le courrier du médecin traitant n'apportait aucun élément nouveau ou en faveur d'une aggravation objective de l'état psychique du recourant et les conclusions précédentes du SMR restaient valables.

c. Les parties ont ensuite persisté dans leurs conclusions respectives, sur quoi la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1.

1.1 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.

1.2 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.

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).

1.3 Le 1er janvier 2021, est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA.

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). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b ; ATF 112 V 360 consid. 4a ; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

Déposé après le 1er janvier 2021, le recours sera donc traité sous l'angle du nouveau droit de la LPGA (cf. ATAS/360/2021 du 15 avril 2021 consid. 3).

1.4 Le 1er janvier 2022, sont entrées en vigueur les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705).

En cas de changement de règles de droit, la législation applicable reste, en principe, celle en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge se fonde, en règle générale, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; ATF 132 V 215 consid. 3.1.1 et les références).

En l'occurrence, la décision querellée (du 6 mai 2021) a été rendue antérieurement au 1er janvier 2022, de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur ancienne teneur.

1.5 Le délai de recours est de trente jours (art. 56 et 60 LPGA ; art. 62 al. 1 let. a de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

Interjeté dans la forme (art. 61 let. b LPGA ; art. 89B LPA) et le délai prévus par la loi, le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité, singulièrement sur la valeur probante du rapport d'expertise du 13 mai 2020.

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

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

demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI).

4.

4.1 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).

4.2 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).

4.3 Dans l'ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a revu et modifié en profondeur le schéma d'évaluation de la capacité de travail, 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). Le Tribunal fédéral a ensuite étendu ce nouveau schéma d'évaluation aux autres affections psychiques (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références). Aussi, le caractère invalidant d'atteintes à la santé psychique doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance du trouble psychique à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 143 V 409 consid. 4.4; arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2019 du 17 mars 2020 consid. 3 et les références).

Le Tribunal fédéral a en revanche maintenu, voire renforcé la portée des motifs d'exclusion définis dans l'ATF 131 V 49, aux termes desquels 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 ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble au sens de la classification sont réalisées. Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de 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, de 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 psycho-social intact (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1 et 2.2.2; ATF 132 V 65 consid. 4.2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_16/2016 du 14 juin 2016 consid. 3.2).

5. L'organe chargé de l'application du droit doit, avant de procéder à l'examen des indicateurs, 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 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_756/2018 du 17 avril 2019 5.2.2 et la référence).

Pour des motifs de proportionnalité, on peut renoncer à une appréciation selon la grille d'évaluation normative et structurée si elle n'est pas nécessaire ou si elle est inappropriée. Il en va ainsi notamment lorsqu'il n'existe aucun indice en faveur d'une incapacité de travail durable ou lorsque l'incapacité de travail est niée sous l'angle psychique sur la base d'un rapport probant établi par un médecin spécialisé 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_101/2019 du 12 juillet 2019 consid. 4.3 et la référence ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_724/2018 du 11 juillet 2019 consid. 7). En l'absence d'un diagnostic psychiatrique, une telle appréciation n'a pas non plus à être effectuée (arrêt du Tribunal fédéral 9C_176/2018 du 16 août 2018 consid. 3.2.2).

6. Selon la jurisprudence, en cas de troubles psychiques, 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 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 incapacitants et, d'autre part, des potentiels de compensation (ressources) (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). L'accent doit ainsi être mis sur les ressources qui peuvent compenser le poids de la douleur et favoriser la capacité d'exécuter une tâche ou une action (arrêt du Tribunal fédéral 9C_111/2016 du 19 juillet 2016 consid. 7 et la référence).

Il y a lieu de se fonder 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), soit :

- Catégorie « Degré de gravité fonctionnel » (ATF 141 V 281 consid. 4.3),

A. 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).

B. Complexe « Personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles; consid. 4.3.2)

C. 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).

Les indicateurs appartenant à la catégorie « degré de gravité fonctionnel » forment le socle de base pour l'évaluation des troubles psychiques (ATF 141 V 281 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.2).

7.

7.1 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).

7.2 Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni

son origine, ni sa désignation, mais son contenu. 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.

7.2.1 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).

7.2.2 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).

7.2.3 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).

7.2.4 On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

7.3 Les constatations médicales peuvent être complétées par des renseignements d'ordre professionnel, par exemple au terme d'un stage dans un centre d'observation professionnel de l'assurance-invalidité, en vue d'établir concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Il appartient alors au médecin de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé (influence de ces atteintes sur sa capacité à travailler en position debout et à se déplacer; nécessité d'aménager des pauses ou de réduire le temps de travail en raison d'une moindre résistance à la fatigue, par exemple), en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. En revanche, il revient au conseiller en réadaptation, non au médecin, d'indiquer quelles sont les activités professionnelles concrètes entrant en considération sur la base des renseignements médicaux et compte tenu des aptitudes résiduelles de l'assuré. Dans ce contexte, l'expert médical et le conseiller en matière professionnelle sont tenus d'exercer leurs tâches de manière complémentaire, en collaboration étroite et réciproque (ATF 107 V 17 consid. 2b; SVR 2006 IV n° 10 p. 39).

En cas d'appréciation divergente entre les organes d'observation professionnelle et les données médicales, l'avis dûment motivé d'un médecin prime pour déterminer la capacité de travail raisonnablement exigible de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 531/04 du 11 juillet 2005, consid. 4.2). En effet, les données médicales permettent généralement une appréciation plus objective du cas et l'emportent, en principe, sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral 9C_462/2009 du 2 décembre 2009 consid. 2.4). Au regard de la collaboration, étroite, réciproque et complémentaire selon la

jurisprudence, entre les médecins et les organes d'observation professionnelle (cf. ATF 107 V 17 consid. 2b), on ne saurait toutefois dénier toute valeur aux renseignements d'ordre professionnel recueillis à l'occasion d'un stage pratique pour apprécier la capacité résiduelle de travail de l'assuré en cause. Au contraire, dans les cas où l'appréciation d'observation professionnelle diverge sensiblement de l'appréciation médicale, il incombe à l'administration, respectivement au juge - conformément au principe de la libre appréciation des preuves - de confronter les deux évaluations et, au besoin de requérir un complément d'instruction (ATF 9C_1035/2009 du 22 juin 2010 consid. 4.1, in SVR 2011 IV n° 6 p. 17; ATF 9C_833/2007 du 4 juillet 2008, in Plädoyer 2009/1 p. 70; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 35/03 du 24 octobre 2003 consid. 4.3 et les références, in Plädoyer 2004/3 p. 64; arrêt du Tribunal fédéral 9C_512/2013 du 16 janvier 2014 consid. 5.2.1).

8. 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).

9.

9.1 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).

9.2 Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; ATF 122 II 464 consid. 4a; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d).

10.

10.1 En l'espèce, l'intimé nie le droit du recourant à une rente d'invalidité, en s'appuyant sur l'avis du SMR du 25 mai 2020, lui-même fondé sur le rapport d'expertise bidisciplinaire des Drs F_____ et G_____ et de Mme H_____ du 13 mai 2020, ainsi que des avis du SMR des 6 janvier et 29 juillet 2021.

Le recourant conteste les conclusions de l'expertise sur le plan psychiatrique.

Il convient donc d'examiner la valeur probante de cette expertise.

10.2 Force est tout d'abord de constater qu'à la forme, le rapport d'expertise, qui comprend les données objectives du dossier, soit les pièces médicales, les données subjectives du recourant, l'anamnèse et l'examen clinique, remplit les réquisits jurisprudentiels pour que lui soit reconnue une pleine valeur probante.

10.3 Sur le fond, il ressort de cette expertise les éléments suivants :

10.3.1 Sur le plan somatique, l'expert rhumatologue retient les diagnostics incapacitants de lombalgies mécaniques avec discopathie et arthrose postérieure avec discopathies L4-L5, L5-S1, status post arthrose sacro-iliaque importante, status post gonarthrose genou droit fémoro-tibiale de grade II, status post épicondylite avec tendinopathie fissuraire des épicondyliens, notamment du coude droit.

Il relate que le recourant se plaint de douleurs persistantes au niveau de ses coudes et de ses lombaires malgré l'inactivité depuis trois à quatre ans, qu'il explique ne pas prendre de traitement à visée rhumatologique, mais faire de la physiothérapie deux à trois fois par semaine pour ses douleurs aux coudes et aux lombaires.

À l'examen clinique, l'expert retient la présence d'une lombalgie mécanique, par déconditionnement musculaire, mais aucun élément en faveur d'une épicondylite persistante franche au niveau des coudes. Il relève que le recourant a bénéficié de différents traitements par ses médecins, mais plus actuellement. Selon lui, il n'est

pas possible de parler de chances de guérison puisqu'il s'agit d'atteintes mécaniques chroniques.

S'agissant du contrôle de la cohérence, il relève que les plaintes rapportées par le recourant comme étant invalidantes le jour de l'expertise, ne concordent pas avec un examen rhumatologique normal.

L'expert estime que, sur le plan rhumatologique, la capacité de travail dans l'activité habituelle est nulle depuis janvier 2016, mais entière dans une activité adaptée, soit une activité sans surcharge du rachis lombaire, ni port de charge de plus de cinq kilos, loin du corps et dix kilos près du corps, ni activité de sécurité augmentée (telle que monter et descendre des échafaudages), ni travail les bras en l'air, ni répétitif par rapport à ses douleurs épicondyliennes anciennes.

10.3.2 Selon l'expert psychiatre, le recourant présente un épisode dépressif léger à moyen (F32.1), réactionnel à son licenciement, sans effondrement thymique, sur la base d'une humeur dépressive, d'une diminution de l'intérêt et du plaisir, d'une fatigabilité, d'une baisse de l'estime de soi, d'idées de dévalorisation, d'une attitude pessimiste face à l'avenir et d'une perturbation du sommeil. Il estime que la situation psychiatrique du recourant n'est pas préoccupante et non incapacitante et justifie son diagnostic tout en expliquant pourquoi il s'écarte de celui retenu par le psychiatre traitant. L'expert explique en particulier ne pas pouvoir retenir un épisode dépressif sévère, en l'absence d'état de détresse, de ralentissement marqué ou d'agitation et d'idées suicidaires manifestes, précisant que le recourant maintient un focus d'attention durant plus de nonante minutes, ne peine pas à former ses pensées, justifie une posture d'invalide et demeure sthénique. Il relève également que le recourant n'a jamais été hospitalisé en milieu psychiatrique. Il ne retient pas non plus formellement de majoration de symptôme physique pour des raisons psychologiques (F68.0) en l'absence d'histrionisme.

S'agissant du traitement, l'expert note que le recourant consulte le Dr C_____ à une fréquence d'une fois toutes les trois semaines, de même qu'un psychologue, et qu'il est au bénéfice d'un traitement antidépresseur sérotoninergique, d'une anxiolyse benzodiazépinique, ainsi que d'un inducteur de sommeil. Il relève que malgré le fait qu'il soit correctement traité, le recourant présente toujours un épisode dépressif léger à moyen ; il propose un changement de choix moléculaire dans le traitement antidépresseur, précisant que les ressources thérapeutiques sont loin d'être épuisées. Les chances médico-théoriques de guérison sont excellentes selon l'expert.

Il ne retient aucune comorbidité sur le plan psychiatrique.

S'agissant du contexte social, il note que le recourant est d'origine kosovare, marié, père de quatre enfants, présent en Suisse depuis 1983 et qu'il a été peintre en bâtiment jusqu'en 2018. Il relève que le recourant est au bénéfice des prestations de l'assurance-chômage durant encore un semestre.

L'expert retient de nombreuses ressources, relevant que l'intéressé sait s'adapter aux règles et routines (il vient au rendez-vous comme convenu et s'intègre dans la procédure), bien qu'il ne planifie ni ne structure plus de tâches en dehors de rester dans sa chambre et y fumer des cigarettes, il a longtemps été capable de flexibilité et de capacités adaptatives (il a su adapter sa réflexion et son vécu à des situations changeantes), a longtemps su faire usage de compétences spécifiques, (il a su utiliser ses connaissances professionnelles selon les attentes des rôles à jouer), sa capacité de jugement et de prise de décision n'est pas altérée (en l'absence de phénoménologie psychotique et de par la présence d'une pleine capacité à former ses pensées), sa capacité d'endurance n'est pas amoindrie (le recourant est sthénique), il sait s'affirmer (il défend ses convictions sans violer des normes sociales), entre facilement en contact avec ses interlocuteurs (que ce soit la traductrice, l'expert ou autrui), a longtemps su s'intégrer au sein d'un groupe professionnel (discernant les règles et s'y adaptant), a des relations proches dans le cadre familial, mais n'a plus d'activité spontanée de loisir, sportive ou artistique, il ne présente pas d'incurie et dispose de sa capacité de déplacement.

Selon cet expert, il y a une incohérence entre la conviction du recourant de ne plus pouvoir rien faire d'un point de vue professionnel et un état psychiatrique qui est loin d'être préoccupant. Il se réfère en outre à l'expertise neuropsychologique, établie dans le cadre de l'expertise psychiatrique et relève que les tests de validité et l'ensemble du tableau laissent suspecter un défaut d'effort de la part du recourant.

10.3.3 L'examen neuropsychologique met en évidence le fait que, sur le plan cognitif, le recourant se plaint de troubles occasionnels de la mémoire.

Sur la base de ses observations et des tests, la neuropsychologue relève des troubles sévères en mémoire épisodiques visuo-spatiales, en mémoire de travail dans les fonctions exécutives, en attention et vitesse de traitement, mais le calcul oral et les aptitudes visuo-constructives sont conservées. Cependant, sur le plan de la validité de l'examen, elle estime que les tests réalisés se sont révélés inadéquats : elle souligne des incohérences intra et inter tests, une discordance entre des tests faciles échoués et d'autres plus complexes réussis, une différence entre le discours fluide et rapide dans l'anamnèse, puis un temps anormalement long pour réaliser certaines tâches simples ; elle souligne encore que le recourant fait juste l'exemple, puis se trompe pour le test et qu'il fait preuve d'une certaine théâtralisation physique (se tient la tête, soupire, évoque qu'il a la tête confuse en la secouant). Selon la neuropsychologue, les performances et le tableau clinique général ne sont pas en adéquation avec ce qui peut être observé dans le contexte d'un état dépressif, même sévère.

Celle-ci conclut que les tests de validité et l'ensemble du tableau laissent suspecter un défaut d'effort du recourant et qu'il n'est pas possible de conclure, sur un plan cognitif, à la présence ou non, de troubles cognitifs en lien avec sa situation. Selon la neuropsychologue, sur le plan clinique, le recourant n'a pas intégré son

licenciement, qu'il vit comme une injustice, ce qui pourrait expliquer l'amplification des troubles dans un besoin de reconnaissance de cette injustice ; le recourant a des difficultés d'abstraction (il reste focalisé sur des éléments concrets) et fait des petites erreurs attentionnelles, compatibles avec un état thymique fragile, mais ne présente pas de baisse de la vigilance ni de fatigue marquée (il n'éprouve pas le besoin de faire des siestes, ce qui tend à exclure un problème de fatigue diurne).

10.3.4 Dans leur évaluation consensuelle, les experts concluent à une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle depuis janvier 2016 et de 100% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles somatiques, étant précisé qu'ils ne retiennent aucune limitation psychiatrique.

11.

11.1 Lorsqu'une appréciation repose sur une évaluation médicale complète, comme celle des Drs F_____ et G_____ et Mme H_____, il faut, pour la contester, faire état d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et suffisamment pertinents pour en remettre en cause les conclusions. En d'autres termes, il faut faire état d'éléments objectifs précis qui justifieraient, d'un point de vue médical, d'envisager la situation selon une perspective différente ou, à tout le moins, la mise en œuvre d'un complément d'instruction (voir notamment l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2014 du 9 janvier 2015 consid. 6.2.3).

11.2 En l'espèce, le recourant se fonde sur l'avis de son médecin psychiatre, le Dr C_____ pour dire que l'expertise psychiatrique est partiale, présente des imprécisions médicales et qu'elle ne tient pas compte du rapport neuropsychologique de Mme H_____.

En l'occurrence, le psychiatre traitant retient le diagnostic d'épisode dépressif moyen à sévère (F 32.1/F 32.2), soit un diagnostic similaire à celui de l'expert psychiatre, puisque seule l'intensité du trouble (état dépressif léger à moyen ou moyen à sévère) diverge. S'agissant de la capacité de travail, ce médecin estime qu'elle est 30% à 40% dans une activité adaptée respectant ses limitations, avec une période d'essai en raison principalement des troubles cognitifs et dépressifs. Il sied pourtant de relever que le recourant allègue être totalement incapable de travailler.

Dans son rapport du 5 juillet 2021, le Dr C_____ critique l'expertise psychiatrique : il l'estime non convaincante, indiquant en particulier que la terminologie utilisée est inadaptée, que les réponses de l'expert sont vagues et que certains éléments de l'expertise neuropsychologique, décelant, selon lui, des troubles cognitifs sévères, n'auraient pas été pris en compte dans l'expertise.

La chambre de céans relève cependant que les critiques de ce médecin sont elles-mêmes vagues, peu motivées et succinctes. Au contraire, l'expert psychiatre expose clairement les raisons pour lesquelles il exclut le diagnostic d'épisode

dépressif sévère. Quant à la neuropsychologue, elle explique de manière convaincante ne pas pouvoir conclure à la présence de troubles cognitifs en lien avec la situation du recourant en raison des nombreuses incohérences relevées lors des tests. D'ailleurs, contrairement à ce qu'indique le Dr C_____, le fait de dire que l'ensemble des constatations laisse suspecter un défaut d'effort de la part du recourant, n'apparait pas inadapté.

Ainsi, la position du Dr C_____ ne saurait convaincre et ne permet pas de remettre en cause la valeur probante de l'expertise.

Force est de constater que le Dr C_____ n'amène aucun élément objectif sur le plan psychiatrique qui aurait été ignoré. Qui plus est, l'expert psychiatre expose de manière claire et convaincante les raisons pour lesquelles il ne suit pas l'avis du psychiatre traitant. Pour le surplus, il sied de rappeler que le fait que le médecin traitant émette un avis divergent de celui de l'expert ne suffit pas à jeter le doute quant à la fiabilité ou la pertinence des constatations d'un expert ayant pris en compte l'intégralité des éléments du dossier.

Ainsi, quoi qu'en dise le recourant, le rapport d'expertise repose sur des examens complets, est motivé et exempt de contradictions, de sorte qu'il répond aux exigences posées par la jurisprudence en la matière.

11.3 Le recourant se fonde ensuite sur le rapport des EPI pour contester la capacité de travail retenue par l'intimé et, ce faisant, il critique également la valeur probante de l'expertise.

Selon ce rapport, la mesure d'orientation professionnelle n'a pas permis de déterminer de piste professionnelle correspondant à ses aptitudes et limitations. Les responsables de la mesure aux EPI considèrent que le recourant ne possède pas les capacités d'apprentissage suffisantes pour intégrer un poste de travail autre que purement pratique et manuel, en raison de son niveau scolaire très faible et de ses capacités cognitives limitées, et qu'aucune activité manuelle n'a pu être réalisée dans les délais attendus, en raison des atteintes aux membres supérieurs.

À titre liminaire, il convient de rappeler qu'il appartient avant tout aux médecins, et non aux spécialistes de l'orientation professionnelle, de se prononcer sur la capacité de travail d'un assuré souffrant d'une atteinte à la santé et sur les éventuelles limitations résultant de celle-ci.

Or, l'expert rhumatologue prend bel et bien en compte les limitations fonctionnelles somatiques, en retenant notamment que le recourant doit éviter le travail les bras en l'air ou répétitif par rapport à ses douleurs épicondyliennes anciennes.

Quant aux difficultés d'apprentissage, elles ne peuvent être prises en compte pour l'évaluation de la capacité de travail, puisque la question des troubles cognitifs a été examinée par la neuropsychologue qui, dans le cadre de l'expertise, explique ne pas avoir été capable de retenir de tels troubles en raison des nombreuses

incohérences lors des tests de validité et que ces incohérences, avec l'ensemble du tableau, lui font plutôt suspecter un défaut d'effort.

De surcroit, il sied de rappeler qu'il n'y a pas lieu de tenir compte des nombreux facteurs étrangers à l'invalidité observés lors de la mesure aux EPI, tels le niveau scolaire très faible et les capacités cognitives limitées.

Dès lors, le rapport des EPI ne permet pas non plus de remettre en cause l'expertise.

12. Le recourant fait encore valoir que personne n'a déterminé quelle activité est exigible compte tenu de ses limitations et que l'intimé n'a pas tenu compte de sa capacité de travail réelle sur un marché de l'emploi concret.

En cas d'absence de désignation des activités compatibles avec les limitations du recourant, le Tribunal fédéral a jugé qu'il eût été certainement judicieux que l'office AI donnât au recourant, à titre d'information, des exemples d'activités adaptées qu'il peut encore exercer, mais qu'il convient néanmoins d'admettre que le marché du travail offre un éventail suffisamment large d'activités légères, dont on doit convenir qu'un nombre significatif sont adaptées aux limitations du recourant et accessibles sans aucune formation particulière (arrêt du Tribunal fédéral 9C_279/2008 du 16 décembre 2008 consid. 4).

À cet égard, il sied de préciser que l'évaluation de l'invalidité s'effectue à l'aune d'un marché du travail équilibré. Cette notion, théorique et abstraite, sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle présuppose un équilibre entre l'offre et la demande de main-d'œuvre, d'une part, et un marché du travail structuré (permettant d'offrir un éventail d'emplois diversifiés, au regard des sollicitations tant intellectuelles que physiques), d'autre part. D'après la jurisprudence, il n'y a pas lieu de poser des exigences excessives à la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain, au regard en particulier des postes permettant l'exécution de travaux peu exigeants du point de vue physique et sous l'angle des qualifications ou connaissances professionnelles requises. Restent ainsi exigibles une activité ou un poste de travail qui requièrent une certaine obligeance de la part de l'employeur, le marché du travail équilibré comprenant aussi de telles places de travail, dites « de niche ». La jurisprudence a par ailleurs admis que les possibilités de travail sur un marché du travail équilibré sont suffisamment concrétisées, dans la mesure où entrent en considération, comme exemples d'activités exigibles, des travaux simples de surveillance ou de contrôle, l'utilisation et la surveillance de machines (semi-) automatiques ou d'unités de production, ainsi que l'activité de surveillant de musée ou de parking. Il est certes possible de s'écarter de la notion de marché du travail équilibré lorsque, notamment, l'activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe quasiment pas sur le marché général du travail ou que son exercice impliquerait de l'employeur des

concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant. Cependant, là encore, le caractère irréaliste des possibilités de travail doit découler de l'atteinte à la santé – puisqu'une telle atteinte est indispensable à la reconnaissance d'une invalidité (cf. art. 7 et 8 LPGA) – et non de facteurs étrangers à l'invalidité, par exemple de facteurs psychosociaux ou socioculturels (arrêt du Tribunal fédéral 8C_772/2020 du 9 juillet 2021 consid. 3.3 et les références).

Selon la jurisprudence fédérale, l'âge de la personne assurée constitue de manière générale un facteur étranger à l'invalidité qui n'entre pas en considération pour l'octroi de prestations. S'il est vrai que ce facteur - comme celui du manque de formation ou les difficultés linguistiques - joue un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, il ne constitue pas, en règle générale, une circonstance supplémentaire qui, mis à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, est susceptible d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'il rend parfois difficile, voire impossible, la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (arrêt 9C_899/2015 du 4 mars 2016 consid. 4.3.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C 188/2019 du 10 septembre 2019).

En l'espèce, au vu de la jurisprudence fédérale susmentionnée, le fait que l'intimé n'ait pas indiqué d'exemples d'activités adaptées aux limitations fonctionnelles du recourant ne suffit pas à remettre en cause la décision litigieuse.

13. La chambre de céans relève finalement que les experts parviennent aux mêmes conclusions que celles des Drs D_____ et E_____ dans le cadre de la première expertise réalisée en 2018. Sans avoir besoin d'examiner la valeur probante de cette première expertise, cet élément permet de renforcer l'appréciation des seconds experts.

Par ailleurs, le fait que le Dr E_____ n'ait pas mentionné les ressources retenues par le Dr G_____ n'est en soit pas pertinent, puisque l'appréciation et la motivation complète et convaincante du second expert psychiatre suffit, en tant que telle, à déterminer la capacité de travail du recourant d'un point de vue psychiatrique. Qui plus est, dans la mesure où les experts n'ont pas retenu d'incapacité liée à une atteinte psychique, l'examen des indicateurs était en soit superflu.

14. Au vu de ces éléments, c'est à bon droit que l'intimé s'est rallié aux conclusions de l'expertise réalisée par les Drs F_____ et G_____ et Mme H_____, dont il résulte une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles somatiques.

15. Dans la mesure de ce qui précède, la chambre de céans n'a pas de motif de revenir sur cette capacité de travail et, partant, sur le taux d'invalidité retenu par l'intimé. Par appréciation anticipée des preuves, l'audition des médecins psychiatres

s’avère ainsi inutile (arrêt du Tribunal fédéral 9C_779/2020 du 7 mai 2021 consid. 5.2), de même qu'une expertise judiciaire.

16. Partant, le recours est rejeté et le recourant condamné au paiement d'un émolument de CHF 200.- (art. 69 l. 1bis LAI).

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Met un émolument de CHF 200.- à la charge du recourant.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière	La présidente
Nathalie LOCHER	Marine WYSSENBACH

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le