RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2011/2020 **ATAS/947/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 16 septembre 2021

5ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié c/o M. et Mme B_____, à THÔNEX, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Daniela LINHARES	recourant

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE	intimé

Siégeant : Philippe KNUPFER, Président; Toni KERELEZOV et Monique STOLLER FÜLLEMANN, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1989, a accompli un apprentissage d'employé de commerce de 2006 à 2009, au terme duquel il a obtenu un certificat fédéral de capacité (ci-après : CFC). En juin 2010, il a rejoint la société C_____ SA à plein temps, en qualité de Trust assistant. Son revenu annuel s'élevait à CHF 71'053.-, dès 2011.

2. La doctoresse D_____, spécialiste FMH en rhumatologie, a attesté d'une incapacité de travail de 50% du 10 août au 14 décembre 2010.

3. Le 15 décembre 2010, l'assuré a bénéficié d'une intervention chirurgicale en vue de la stabilisation de son épaule droite, réalisée par le Professeur E_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG). Ce dernier a attesté d'une incapacité de travail totale, du 15 décembre 2010 au 31 janvier 2011.

4. Dans son rapport du 11 mai 2011, le docteur F_____, spécialiste FMH en anesthésiologie, a noté que l'assuré présentait depuis 2003 des douleurs au niveau de l'épaule droite, dans un contexte de pratique intensive du tennis. Les douleurs s'étaient progressivement étendues au rachis. L'assuré décrivait des douleurs dans toute la colonne, avec irradiation au niveau de la nuque et de la base du crâne, de la ceinture scapulaire et du membre inférieur droit. Il se plaignait également de troubles du sommeil et d'une fatigue importante. La stabilisation chirurgicale n'avait pas eu grand effet sur la symptomatologie douloureuse. L'assuré avait subi de nombreux examens complémentaires, toujours dans la limite de la norme, qui ne permettaient pas d'expliquer clairement sa symptomatologie. Le médecin n'avait pas de traitement antalgique à proposer. Il avait mis en garde l'assuré contre les risques liés aux abus médicamenteux, notamment de benzodiazépines, et l'avait encouragé à retrouver au plus vite une activité professionnelle.

5. L'assuré a déposé une demande de prestations reçue par l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 8 juin 2011. Il a invoqué des douleurs chroniques persistantes à la nuque, aux épaules et au dos depuis plusieurs années.

6. Dans son courrier du 14 juin 2011, la Dresse D_____ a indiqué que l'assuré la consultait depuis 2002, se plaignant de douleurs chroniques de l'épaule droite. Les divers examens n'avaient pas amené d'explications à ses douleurs. Il lui avait été conseillé de consulter un psychiatre. Pour soulager ses douleurs, il avait tendance à abuser des benzodiazépines.

7. Dans son rapport du 14 juillet 2011, la Dresse D_____ a posé les diagnostics suivants avec effet sur la capacité de travail : luxation récidivante à l'épaule droite, stabilisation de l'épaule droite depuis le 15 décembre 2010, et douleurs diffuses musculo-squelettiques depuis 2002. Elle a fait état de douleurs de l'épaule droite sur instabilité, d'hyperlaxité ligamentaire et de douleurs diffuses musculaires et rachidiennes, sans substrat clinique. Le pronostic était bon. Sur le plan

psychiatrique, un sevrage médicamenteux était programmé. S'agissant de l'incapacité de travail et de l'activité exigible, elle a suggéré à l'OAI de s'adresser au psychiatre de l'assuré. La reprise d'une activité professionnelle était envisageable après le traitement psychiatrique. Cela étant, l'assuré, exerçant une activité informatique, ne présentait pas de restriction physique, hormis le port de charges, limitées à 10 kg.

8. Dans son rapport du 10 août 2011, le docteur G_____, spécialiste FMH en médecine interne générale et médecin traitant, a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de trouble psychiatrique depuis 2004. À titre de diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail, il a retenu une atteinte de l'épaule droite depuis 2003. Le traitement actuel consistait en la prise d'anxiolytiques. L'assuré présentait les limitations fonctionnelles suivantes : éviter les activités uniquement en position assise ou debout, exercées principalement en marchant sur un terrain irrégulier, et le travail avec les bras au-dessus de la tête. S'agissant de la capacité de travail et de la reprise d'une activité professionnelle, le médecin a renvoyé l'OAI à s'adresser au psychiatre traitant et à la Dresse D_____.

9. Dans son rapport du 29 août 2011, la doctoresse H_____, spécialiste FMH en psychiatrie, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de phobie sociale (F40.1), d'anxiété généralisée (F41.1) et de trouble somatoforme persistant (F45.4), depuis 2006. Le diagnostic sans effet sur la capacité de travail était la dépendance aux benzodiazépines (F13) depuis 2009. L'assuré n'arrivait plus à assumer son travail depuis plusieurs mois. Tous les signes d'une anxiété généralisée étaient présents, soit une anxiété flottante, des tensions musculaires, des palpitations, un étourdissement, il se faisait du souci et attendait des malheurs divers. Il existait également une phobie sociale (crainte d'être exposé à l'observation attentive d'autrui, rougissements, baisse de l'estime de soi). Ces troubles rendaient le trouble douloureux persistant incapacitant. Comme les atteintes évoluaient sans amélioration depuis plusieurs années, il existait un état dépressif réactionnel, actuellement d'intensité moyenne. L'assuré allait prochainement suivre un sevrage des benzodiazépines. Son incapacité de travail était totale depuis le 1er mai 2011. Une reprise de l'activité professionnelle était envisageable à 50%, mais pas avant six à neuf mois. Les capacités de concentration, d'adaptation et de résistance étaient limitées.

10. Dans son rapport du 7 décembre 2011, la Dresse H_____ a noté que l'état de santé de l'assuré était stationnaire. Elle a confirmé les diagnostics précédemment posés et a indiqué que le sevrage des benzodiazépines avait beaucoup avancé. Une thérapie comportementale était en cours, et l'assuré prenait des médicaments. Les limitations fonctionnelles étaient l'anxiété dans les relations, la fatigue, la tension constante et le trouble de l'attention et de la mémoire. La capacité de travail était nulle dans toute activité. Une reprise du travail serait probablement possible au courant du printemps 2012, mais la thérapie comportementale devait au préalable porter ses fruits.

11. Le 20 juin 2012, la Dresse H_____ a rapporté que l'état de santé de l'assuré était stationnaire. Il était sevré des benzodiazépines. Il rencontrait des difficultés à sortir de la maison et manifestait des tendances persécutoires. L'incapacité de travail totale dans toute activité perdurait. L'examen clinique était plus préoccupant que les plaintes. De nouvelles investigations devaient être proposées, en raison d'un éventuel trouble psychotique débutant.

12. Dans son rapport du 5 février 2013, la Dresse H_____ a qualifié l'état de santé de l'assuré de stationnaire. Les diagnostics ne s'étaient pas modifiés. L'assuré manquait de motivation, son anxiété était constante et s'aggravait lorsqu'il sortait de la maison ou se retrouvait dans la foule. Il avait de la peine à supporter le regard d'autrui. Sa capacité de travail restait nulle dans toute activité.

    L'assuré remplissait tous les critères diagnostiques d'une phobie sociale : il craignait d'être exposé à l'observation avec évitement des situations sociales. Sortir de la maison exigeait un effort important. Chaque confrontation au regard d'autrui générait un sentiment d'inconfort et tendait à augmenter les douleurs. Il était confronté à une tension musculaire constante. Il présentait également une anxiété généralisée. Il se faisait du souci pour toutes les tâches de la vie, même minimes, avec anticipation négative, ce qui l'amenait à être rapidement fatigué et sans énergie. Progressivement étaient apparues des humeurs abattues et moroses, des anxiétés, puis des insomnies rebelles et des idées suicidaires, ce qui témoignait d'un tableau d'état dépressif moyen. Il était devenu progressivement dépendant aux benzodiazépines vers 20 ans. La prise en charge initiale avait consisté en un sevrage et en l'introduction d'une médication à visée antidépressive, antalgique et anxiolytique. Le traitement antidépresseur n'avait pas permis d'éradiquer l'état dépressif. Le Lyrica® et le Seroquel®, à l'origine d'une sédation trop importante, d'une aboulie et de difficultés de plus en plus grandes à mener à bien les tâches de la vie quotidienne, avaient dû être interrompus. Une prise en charge comportementale avait permis d'aider l'assuré à mieux gérer ses symptômes d'anticipation négative, mais ne s'était pas révélée aussi bénéfique qu'attendu. Il avait une énorme difficulté à assumer les petites tâches de la vie quotidienne, telles que sortir la poubelle, et son rythme nycthéméral se dégradait de plus en plus, tendant vers l'inversion.

    L'humeur était médiocre. L'assuré était souvent triste, avec un taux d'énergie abaissé et la nécessité de se reposer très fréquemment dans la journée. Ses idées suicidaires étaient toujours présentes et fluctuantes. Il avait perdu 8 kg au cours des six derniers mois. Il parlait peu. Son focus mental était rétréci autour de ses problématiques. Les douleurs étaient toujours présentes à la nuque, aux épaules et au dos, malgré un massage régulier.

    Le pronostic était sombre et l'évolution était lente.

13. Dans son rapport du 31 juillet 2013, la Dresse H_____ a noté que l'état de santé de l'assuré demeurait stationnaire. Il avait subi une rechute en lien avec l'abus des

benzodiazépines. Sa capacité de travail était de 25% dans toute activité, la reprise d'un travail était souhaitable, mais il était très difficile de se prononcer à ce sujet, car l'assuré devait passer par un réentraînement au travail.

14. Du 19 janvier au 31 juillet 2015, l'assuré a travaillé dans l'étude d'avocats I_____ dans le cadre d'un contrat de travail de durée déterminée (CDD).

15. Par arrêté du 25 juin 2015, le Département de l'emploi, des affaires sociales et de la santé (ci-après : DEAS) a retiré à la Clinique Corela, active notamment dans les expertises médicales, l'autorisation d'exploiter une institution de santé pour une durée de trois mois. Sur recours de la Clinique Corela, la chambre administrative de la Cour de justice, a confirmé le retrait d'autorisation par arrêt du 15 novembre 2016 (ATA/967/2016), retrait confirmé, sur recours, par le Tribunal fédéral.

16. Dans l'intervalle, l'OAI avait mis en œuvre une expertise orthopédique, rhumatologique, psychiatrique et de médecine interne, attribuée aléatoirement par le système SuisseMED@P à la Clinique Corela, ce dont l'assuré avait été informé par communication du 20 août 2015.

17. Le rapport d'expertise de la Clinique Corela a été rendu le 9 mai 2016.

18. Dans son avis du 12 juillet 2016, le service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) s'est rallié aux conclusions de l'expertise, qu'il considérait comme convaincantes.

19. Par projet de décision du 14 juillet 2016, l'OAI a fixé le degré d'invalidité de l'assuré à 13.12%, ce qui résultait de la comparaison entre le dernier revenu réalisé de CHF 71'053.- et le salaire d'un homme réalisant des activités simples et répétitives dans une activité de niveau 1, tous secteurs confondus (total) selon l'Enquête Suisse sur la Structure des Salaires (ci-après : ESS), 2010, tableau T1, indexé à l'année 2011, soit CHF 61'733.-. Ce taux était insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité, ainsi qu'à un reclassement.

20. Par décision du 22 septembre 2016, l'OAI a confirmé les termes de son projet de décision du 14 juillet 2016, se fondant notamment sur les conclusions de l'expertise effectuée par la Clinique Corela (ci-après : expertise Corela).

21. La chambre de céans a partiellement admis le recours de l'assuré contre la décision du 22 septembre 2016, par arrêt du 11 avril 2017 (ATAS/279/2017) rendu dans la procédure A/3608/2016 et a :

    - annulé la décision de l'OAI du 22 septembre 2016 ;
    - dit que l'assuré avait droit à une rente entière du 1er décembre 2011 au 31 mars 2014 et à une demi-rente du 1er avril 2014 au 30 avril 2015 ;
    - renvoyé la cause à l'OAI pour le calcul des prestations dues.

22. Par arrêt du 22 décembre 2017 (2C_32/2017), le Tribunal fédéral a confirmé le bien-fondé du retrait pour trois mois par le DEAS de l'autorisation d'exploiter une

institution de santé en tant qu'il visait les départements « Psychiatrie » et « Expertise » de la Clinique Corela.

23. Par arrêté du 21 février 2018, publié à la même date dans la Feuille d'avis officielle de la République et canton de Genève, le DEAS a retiré l'autorisation d'exploiter une institution de santé à la Clinique Corela pour les départements « Psychiatrie » et « Expertise » du 1er mars au 1er juin 2018, ce qui a conduit la chambre de céans à publier un communiqué de presse en date du 19 mars 2018, avisant les assurés dont le droit à des prestations avait été nié sur la base d'une expertise effectuée à la Clinique Corela de la possibilité de demander la révision de la décision les concernant.

24. Saisie d'une demande en révision de l'assuré, contre l'arrêt de la chambre de céans du 11 avril 2017 (ATAS/279/2017), la chambre de céans a rendu un arrêt en révision du 7 mai 2019 (ATAS/392/2019).

    Elle a considéré que l'arrêt du 11 avril 2017 devait être confirmé en tant qu'il portait sur la période du 1er décembre 2011 au 31 juillet 2015, dès lors qu'il ne se fondait pas sur les conclusions de l'expertise Corela.

    En revanche, s'agissant de la période postérieure, force était d'admettre que les manquements entachant l'établissement des rapports d'expertise Corela étaient de nature à modifier l'arrêt du 11 avril 2017. En effet, ces éléments auraient conduit les juges à nier la valeur probante de l'expertise réalisée, également en tant qu'elle portait sur la capacité de gain dès le 1er août 2015, si elle en avait eu connaissance dans le cadre de la procédure A/3608/2016.

    Dans le dispositif de son arrêt en révision du 7 mai 2019, la chambre de céans a :

    - annulé la décision de l'OAI du 22 septembre 2016 ;
    - dit que l'assuré avait droit à une rente entière du 1er décembre 2011 au 31 mars 2014 et à une demi-rente du 1er avril 2014 au 30 avril 2015 ;
    - renvoyé la cause à l'OAI pour instruction complémentaire, sous forme d'une expertise psychiatrique portant sur l'incapacité de gain du demandeur dès le 1er août 2015, puis nouvelle décision.

25. L'arrêt du 7 mai 2019 est entré en force.

26. Le mandat d'expertise a été confié à la doctoresse J_____, psychiatre et psychothérapeute FMH du centre d'expertise médicale de Vernier (ECMV). Cette dernière a eu deux entretiens avec l'expertisé, le premier en date du 4 décembre 2019 de 11 h. à 14 h. et le deuxième en date du 18 décembre 2019, de 11 h. à 14 h.

    L'experte a rendu son rapport d'expertise en date du 27 décembre 2019.

    Elle a énuméré les pièces médicales et les rapports médicaux consultés, notamment ceux des Dresses D_____ et H_____ (pages 6, 9, 10, 11, 12 expertise). S'agissant de la Dresse K_____, l'experte a noté que « l'assuré décrit bénéficier d'une prise en charge psychiatrique bimensuelle auprès de la Dresse K_____, psychiatre,

depuis 2017, sans prise en charge psychologique, ni traitement psychotrope, alors qu'auparavant il était suivi par la Dresse H_____, psychiatre, psychothérapeute FMH, de 2011 à 2017, parfois avec une fréquence hebdomadaire avant 2016 ». « L'assuré précise avoir arrêté sa médication psychotrope de son propre chef en 2016 suites à une amélioration partielle » (page 19 expertise). S'agissant des benzodiazépines, toujours en se fondant sur les déclarations de l'assuré, l'experte pend note d'une « utilisation abusive dans le passé en raison de douleurs et d'angoisse, avec un sevrage réussi et sans rechute depuis 2016 au présent » (page 20 expertise).

Dans le cadre de l'anamnèse sociale, l'assuré a déclaré gérer son quotidien seul et sans aide. Décrivant une journée type, il a exposé se lever entre 7h00 et midi, boire des jus avant de s'occuper de l'ensemble des tâches ménagères, des courses et de la préparation des repas, puis des tâches administratives seul et sans aide. Le reste du temps était passé à lire, regarder la télévision, faire des recherches d'emploi et faire des étirements. Sur le plan social, il voyait très régulièrement une amie, ainsi que le fils de son ami et entretenait de bons rapports avec son frère et ses parents qui vivaient la moitié de l'année au Costa Rica. L'assuré déclarait conduire sa voiture sans difficulté. En ce qui concernait les vacances, il était parti en vacances avec sa meilleure amie à Majorque, en septembre 2017, puis avec ses parents au Costa Rica en 2018 pendant six semaines, puis en Laponie en décembre 2018. L'assuré déclarait préparer ses repas seuls et faire les courses seul et sans difficultés. En ce qui concernait les tâches ménagères, il affirmait pouvoir effectuer l'ensemble de ces dernières, mais en évitant les tâches lourdes physiquement. Il s'occupait de l'entretien des vêtements seul et sans difficulté et indiquait pouvoir exercer une activité adaptée à 100%, tout en vaquant simultanément à ses travaux habituels dans le ménage.

Au niveau des incohérences, l'experte a noté que la seule incohérence était une demande de rente d'invalidité d'un point de vue psychique, devant des limitations psychiatriques subjectives non objectivables. L'assuré avait des plaintes somatiques et expliquait que son état psychique était en amélioration, depuis 2016 jusqu'à présent, ce qui lui avait permis d'arrêter tous les médicaments antidépresseurs, y compris les benzodiazépines et d'avoir un suivi psychiatrique bimensuel et pas hebdomadaire, sans nouvelle hospitalisation psychiatrique.

L'experte a relevé une discordance entre la capacité de travail estimée comme étant nulle, ou de 50% par la psychiatre traitante, la Dresse H_____, selon les périodes et les activités possibles durant une journée type, soit lecture, courses, ménage, tâches administratives, conduite automobile, sorties entre amis et vacances à l'étranger. Le fait que le traitement antidépresseur avait pu être arrêté de même que les benzodiazépines et que le suivi soit bimensuel et pas hebdomadaire, sans nouvelle hospitalisation psychiatrique, étaient des arguments contradictoires à une capacité de travail estimée comme étant diminuée pour des raisons psychiatriques. Une éventuelle phobie sociale pour des troubles anxieux avait pu exister avant

2016, quand l'assuré prenait des benzodiazépines au quotidien, mais ceci n'était plus le cas, selon l'anamnèse. L'experte notait également une incohérence dans l'expertise Corela selon laquelle il n'existait pas de trouble dépressif chez l'assuré alors que, selon l'experte, il existait déjà un trouble dépressif moyen ou léger au moment où l'expertise Corela avait été réalisée.

S'agissant du statut clinique, les matrices de RAVEN ont donné un score correspondant à une intelligence moyenne, aucun symptôme suggérant une consommation excessive d'alcool n'a été retenu. Seule la dépendance au benzodiazépines, dans le passé, avant 2016, a été notée. L'échelle PANSS a abouti à une cotation observée de gravité des symptômes psychotiques de 37, soit une absence d'état psychotique. En ce qui concerne la dépression, l'échelle de dépression de Hamilton a abouti à un score de 17, soit le chiffre supérieur de la dépression légère allant de 7 à 17. Les chefs d'estimation de sévérité de la manie YOUNG a abouti un score de 10 soit une manie improbable ou absente. L'échelle d'anxiété de Hamilton a abouti à un score de 14, soit la limite supérieure d'une anxiété mineure allant de 6 à 14.

L'experte a ensuite examiné les indices de gravité d'un trouble somatoforme douloureux persistant, selon la jurisprudence du 30 novembre 2017, analysant ainsi les indices de gravité des épisodes dépressifs moyens et des troubles douloureux somatoformes persistants. Après examen de ces critères, l'experte a conclu que les indices jurisprudentiels de gravité de la jurisprudence de novembre 2017 pour un éventuel trouble douloureux somatoforme persistant avec troubles dépressifs moyens et légers et traits de la personnalité mixte n'étaient pas remplis depuis 2016 jusqu'à présent.

Au niveau des diagnostics, l'experte a retenu des diagnostics sans répercussions sur la capacité de travail de :

- trouble dépressif récurrent moyen avec syndrome somatique et léger depuis 2016 au présent, sans indice de jurisprudence remplie (F32.11/F32.0) ;
- traits de la personnalité mixte émotionnellement labile de type impulsif et anankastique, actuellement non décompensés, troubles n'ayant pas empêché l'assuré de travailler à 100% dans le passé, ni à gérer son quotidien sans aide, ni à faire une formation (Z73.1) ;
- troubles douloureux somatoformes persistants sans indice de gravités jurisprudentiels remplis (F45.4) ;
- antécédents de dépendance aux benzodiazépines et alcool avec abstinence, depuis au moins 2016 au présent (F19.20).

Aucun diagnostic avec répercussions sur la capacité de travail n'a été retenu par l'experte en se fondant sur les critères mis en place par la jurisprudence de novembre 2017.

Répondant aux questions du mandant, l'experte a considéré que la capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici était de 100% sans baisse de rendement depuis 2016 au présent, en tenant compte de la jurisprudence de novembre 2017. Sa performance n'était pas réduite en raison de limitations fonctionnelles non significatives et ses capacités dans un emploi à 100% étaient de 100% sans baisse de rendement. L'experte a mentionné que la capacité de travail pouvait être nulle en cas d'évolution négative vers un épisode dépressif sévère, probable en cas d'absence de soutien pour une réadaptation professionnelle et d'absence de traitement antidépresseur. Le pronostic psychiatrique était meilleur en cas de réadaptation professionnelle. La capacité de travail dans une activité adaptée de manière optimale au handicap de l'assuré était également de 100%, l'experte recommandant une hiérarchie simple et bienveillante avec un coaching positif dans une activité adaptée d'un point de vue somatique.

Par ailleurs, l'experte préconisait une réadaptation professionnelle et une aide à la réinsertion professionnelle après mise en place d'un suivi hebdomadaire avec un travail spécifique sur la question du statut algique, qui donne des avantages primaires aux traits de la personnalité mixte et l'introduction d'un traitement antidépresseur avec monitoring sanguin ce qui était susceptible d'améliorer la capacité de travail de façon sensible ; en effet, l'experte mentionnait que la prise en charge actuelle ne semblait pas suffisamment fréquente et devrait devenir hebdomadaire, ciblant les traits de la personnalité anankastique et émotionnellement labile, avec un traitement antidépresseur de duloxétine qui pouvait diminuer le risque d'évolution vers un épisode dépressif sévère, ce d'autant plus que cet antidépresseur n'avait jamais été essayé, pas plus que la prégabaline qui pouvait diminuer les douleurs de l'assuré. L'experte concluait que la situation n'était pas stabilisée, une évolution négative étant probable sans traitement adéquat et dans ce contexte une évaluation dans 6 à 12 mois semblait nécessaire.

En ce qui concerne l'appréciation subjective de l'assuré, l'experte a noté sur la base de ses déclarations que l'assuré gérait seul et adéquatement son quotidien selon l'anamnèse. Il décrivait être une personne compétente, intelligente et volontaire et dans ce contexte souhaitait travailler à mi-temps, mais n'arrivait pas à trouver un emploi adapté à ses douleurs après une longue pause professionnelle. L'assuré ajoutait qu'il était principalement limité par ses troubles somatiques, qui contre-indiquaient la position assise ou debout de manière prolongée. Sur le plan psychique, l'intéressé décrivait une tristesse fluctuante en fonction de ses douleurs.

27. En date du 4 février 2020, le SMR a rendu un rapport final subséquent. La doctoresse L_____ a considéré que l'experte avait effectué une analyse complète du dossier médical, avait pris en compte les plaintes de l'assuré, avait effectué un status psychiatrique complet et avait apporté des conclusions précises et bien motivées, en tenant compte de la jurisprudence en cours ; le rapport d'expertise du 27 décembre 2019 était considéré comme convaincant par le SMR. Les diagnostics avaient été évalués comme non incapacitants, car sans indices de gravité

jurisprudentielle remplis. Les plaintes étaient subjectives et de manière objective, seule une thymie légèrement dépressive pouvait être retenue. Il y avait une incohérence entre les plaintes de l'assuré, principalement des douleurs et de la fatigue et le déroulement de sa vie quotidienne, qui n'était pas entravé, car il gérait seul son quotidien, n'était pas isolé socialement, pouvait prendre du plaisir à des activités, conduire, prendre des vacances à l'étranger, etc. L'experte n'avait constaté aucun trouble de la concentration, de la mémoire, ni de fatigabilité ou de ralentissement psychomoteur. Les traits de la personnalité de l'assuré ne l'avaient pas empêché d'effectuer une formation et de travailler ; ses ressources étaient conservées. Il bénéficiait d'un suivi psychiatrique bimensuel et n'était pas sous traitement antidépresseur psychotrope. L'évolution était stationnaire depuis 2016 jusqu'à présent, sous forme d'un trouble dépressif léger non incapacitant et les traits de la personnalité n'étaient pas décompensés. Il avait pu exister une phobie sociale et des troubles anxieux avant 2016, notamment en 2011, mais ce n'était plus le cas. Le SMR considérait que l'état de santé de l'assuré s'était amélioré depuis janvier 2015, considérant que la capacité de travail de l'assuré était entière, dans toute activité, sans limitation fonctionnelle, la date d'amélioration à retenir était le 18 janvier 2015, à tout le moins, date à laquelle il avait repris une activité professionnelle pendant 7 mois.

28. L'OAI a rendu un projet de décision le 23 mars 2020, refusant le droit à des prestations de l'assurance-invalidité au-delà du mois d'avril 2015. Le projet de décision se fondait sur l'expertise psychiatrique, dont les conclusions étaient que l'assuré ne présentait plus d'incapacité de travail depuis le mois de janvier 2015. Dès lors, l'octroi de prestations au-delà du mois d'avril 2015 n'avait pas lieu d'être et la capacité de travail de l'assuré était rétablie, depuis le mois de janvier 2015.

29. Par courrier du 4 mai 2020, le conseil de l'assuré a contesté le projet de décision du 23 mars 2020, notamment la capacité de travail à 100% dès le mois de janvier 2015, en se fondant sur l'avis de ses médecins traitants, les Dresses H_____ et K_____ qui considéraient que l'assuré avait une capacité de travail de 50%. L'expertise était incomplète, car la Dresse K_____ qui suivait l'assuré depuis 2017, n'avait pas été consultée et l'experte citait à plusieurs reprises l'expertise Corela, alors que cette dernière avait été « annulée » par la chambre de céans, ce qui était inadmissible. Il s'agissait d'une demande de révision procédurale intervenue suite au scandale qui avait éclaboussé la Clinique Corela et le conseil de l'assuré concluait à ce que le médecin du SMR et l'experte interrogent la Dresse K_____ et qu'ils établissent un complément d'expertise, respectivement un nouvel avis. Par ailleurs, une incapacité de travail de 50% devait être reconnue depuis le 1er août 2015 et une demi-rente d'invalidité devait être accordée à l'assuré, dès cette date.

30. Par avis médical du 23 juillet 2020, le SMR, sous la plume de la Dresse L_____, s'est prononcé sur le contenu de la pièce médicale du 29 juin 2020, rédigée par la Dresse K_____. Le médecin-conseil rappelait que l'experte n'avait pas retenu le

diagnostic d'anxiété généralisée, ni de phobie sociale ou d'agoraphobie, mais de légers symptômes anxieux qui avaient été intégrés dans le diagnostic de trouble dépressif récurrent épisode léger. Par ailleurs, l'anamnèse effectuée par l'experte n'avait révélé aucun élément en faveur d'une phobie sociale ou d'une agoraphobie ; l'assuré sortait faire ses courses, sans plaintes et partait régulièrement en vacances en prenant l'avion. Il était encore noté que le psychiatre traitant n'amenait aucun élément objectif pour retenir les diagnostics qu'il mentionnait. Le médecin-conseil poursuivait, relevant que l'assuré avait interrompu son traitement antidépresseur en 2016, sans que le trouble dépressif ne s'aggrave et que celui-ci demeurait d'intensité légère selon l'experte, ce qui allait à l'encontre d'une atteinte psychiatrique sévère incapacitante. Les traits de personnalité anankastique de l'assuré avaient été retenus par l'experte, mais n'avaient pas été évalués comme ayant des retentissements sur les activités quotidiennes habituelles. Selon la description effectuée par le psychiatre traitant, les troubles de la santé n'empêchaient pas l'assuré de mener à bien ses activités quotidiennes ni de partir en vacances. En conclusion, l'évaluation de la capacité de travail avait été effectuée par l'experte en se fondant sur l'analyse des indicateurs standards, selon la jurisprudence en cours et il n'y avait pas d'éléments objectifs pour la remettre en question ; dès lors, l'avis médical de la Dresse K_____ n'amenait aucun nouvel élément médical objectif permettant de modifier l'appréciation du cas.

31. Par décision du 2 juin 2020, l'OAI a écarté les contestations de l'assuré contre le projet de décision du 23 mars 2020 et a confirmé ce dernier, soit aucun droit à des prestations de l'assurance-invalidité au-delà du mois d'avril 2015. Il était notamment rappelé, en ce qui concernait les arguments soulevés par le conseil de l'assuré dans son courrier du 4 mai 2020, que la conduite de l'expertise était laissée au libre arbitre de l'experte, laquelle ne devait pas obligatoirement se mettre en rapport avec d'autres médecins. Par ailleurs, l'experte était en possession de l'intégralité du dossier et avait pris en compte l'ensemble des antécédents médicaux de l'expertisé. D'une façon générale, l'instruction médicale menée par l'OAI avait pris en compte toutes les atteintes à la santé de l'assuré et aucun élément médical objectif nouveau, susceptible de modifier l'appréciation des faits, n'avait été apporté. Dès lors, des mesures d'instruction complémentaire ne se justifiaient pas et les conclusions de l'OAI restaient valables.

32. Par écriture postée le 3 juillet 2020, le conseil de l'assuré a recouru contre la décision du 2 juin 2020.

    Il a demandé, préalablement, l'audition de l'assuré et des Dresses H_____ et K_____, l'apport du dossier médical de l'assuré auprès des HUG et des Dresses D_____, H_____ et K_____, et qu'une nouvelle expertise pluridisciplinaire, orthopédique, rhumatologique et psychiatrique soit ordonnée.

    Sur le fond, le conseil de l'assuré a conclu à l'annulation de la décision du 2 juin 2020, à ce qu'il soit dit que l'assuré présentait une invalidité d'au moins 50% et avait donc droit au minimum à une demi-rente, que l'assuré ait droit des mesures

professionnelles, notamment des mesures de reclassement, que la cause soit renvoyée à l'OAI pour le calcul d'une rente et nouvelle décision dans le sens des considérants et que l'OAI soit condamné aux frais et dépens.

Après avoir rappelé les éléments de fait de la procédure, le conseil de l'assuré a critiqué l'expertise de la Dresse J_____, au motif que cette dernière avait fait référence, à plusieurs reprises, à l'expertise Corela « annulée par la Cour », ce qui permettait d'estimer que son avis était biaisé, citant des passages qui, selon le recourant, étaient imprécis et contenaient des contradictions.

Il était notamment reproché à l'experte de n'avoir pas développé la dépendance de l'assuré aux benzodiazépines, d'avoir « oublié » que l'assuré avait fait une rechute de benzodiazépines en 2013 et d'avoir confondu l'anxiété généralisée et la phobie sociale, deux notions complètement différentes. De même, le conseil parlait « d'incohérences » au niveau de certaines dates, en rapport avec les symptômes.

Il était également reproché au SMR d'avoir considéré que l'expertise du 27 décembre 2019 était convaincante, comme il l'avait fait précédemment pour l'expertise Corela, alors même que la Dresse K_____ n'avait pas été entendue par l'expert.

Enfin, les médecins traitants, soit les Dresses H_____ et K_____ ne partageaient pas l'avis de l'expert et notamment « l'imminente » (recte : éminente) Dresse K_____, qui avait repris le dossier de la Dresse H_____ suite à une réorientation professionnelle de cette dernière et qui considérait que la capacité de travail du recourant variait entre 0% et 30%.

Si par impossible, la chambre de céans devait refuser d'ordonner une nouvelle expertise pluridisciplinaire, elle devait retenir que le recourant disposait d'une capacité de travail de 50% maximum dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, comme cela ressortait des rapports des Dresses H_____ et K_____.

S'agissant des mesures professionnelles, il était notoire que dans la profession du recourant, il ne pouvait pas trouver une place à un taux de 50% et devait donc bénéficier d'une réorientation professionnelle ou d'une réadaptation qui lui permettrait de trouver un autre poste, afin de recommencer une vie active, en tenant compte de sa capacité de travail réduite.

Le seul document médical qui était joint au recours était un e-mail de la Dresse K_____, daté du 29 juin 2020, et adressé au conseil du recourant, dans lequel il était mentionné les diagnostics « d'anxiété généralisée, d'agoraphobie, de phobie sociale et de trouble obsessionnel compulsif ». Les limitations fonctionnelles qui étaient indiquées étaient des « ruminations obsessives d'ordre divers », amenant l'assuré à vérifier la justesse de sa façon de faire ou de penser, ce qui s'est accompagné « d'anxiété extrêmement importante », passant beaucoup de temps à chercher la meilleure façon d'appréhender un problème qui, pour la majorité des personnes, n'était qu'un élément banal du quotidien. Par exemple, il

allait mettre plusieurs heures à se faire à manger des plats pourtant simples, car il n'était jamais certain de la façon dont les aliments devaient être coupés ou cuits. Les troubles anxieux s'accompagnent régulièrement d'une baisse importante de l'état thymique. La Dresse K_____ concluait : « Capacité de travail : de 0% à 30% suivant l'intensité des symptômes ».

33. L'OAI a répondu en date du 28 juillet 2020. La nouvelle expertise réalisée le 27 décembre 2019 par la Dresse J_____ avait conclu à l'absence d'atteinte à la santé invalidante, ce qui avait conduit à la décision querellée. Ladite expertise satisfaisait manifestement aux exigences définies par la jurisprudence et les critiques formulées n'étaient manifestement pas déterminantes ; le recourant critiquait des points de détail sans réelle importance et qui ne reposaient, quoi qu'il en soit, pas sur des éléments effectivement vérifiables. En particulier, la Dresse K_____ n'apportait aucun élément objectivement vérifiable à l'appui de ses conclusions, dès lors qu'elle relatait les plaintes subjectives de son patient. Or, l'importante divergence entre les constatations objectives et les plaintes subjectives formulées avait déjà été constatée par l'experte. Les arguments du recourant ne permettaient pas de faire une appréciation différente du cas et l'intimé concluait au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée.

34. Dans sa réplique du 6 septembre 2020, le conseil du recourant a indiqué qu'il persistait intégralement dans les termes de son recours. Il considérait que l'expert mandaté n'aurait jamais dû avoir accès à l'expertise Corela, ce qui avait eu pour effet qu'il ne pouvait pas être objectif en prenant connaissance de ce document.

    De surcroît, l'experte n'avait rencontré le recourant que deux fois, soit entre 45 et 60 minutes la première fois et 10 minutes la deuxième fois, ce qui empêchait d'écarter ou d'infirmer une pathologie comme celle du recourant, dans un laps de temps aussi court. Compte tenu de la durée de ces entretiens, l'expertise ne pouvait être ni complète, ni approfondie.

    Enfin, les médecins traitants du recourant étaient d'un avis diamétralement opposé à celui de l'experte et il était intéressant de constater que leurs avis n'avaient pas été discutés, pire encore, que la Dresse K_____ n'avait pas été contactée par l'experte.

35. Par duplique du 30 septembre 2020, l'intimé a exposé que le fait que l'experte ait eu connaissance de l'expertise Corela réalisée en son temps, ne pouvait diminuer d'une quelconque manière la valeur probante de son rapport d'expertise et que le fait que le médecin traitant ne partageait pas l'opinion de l'experte n'était pas déterminant.

36. Par courrier du 30 juin 2021, la chambre de céans a demandé au conseil du recourant sur quels éléments il souhaitait que les Dresses H_____ et K_____ soient entendues. Par réponse du 15 juillet 2021, le conseil du recourant a indiqué que les deux médecins pouvaient témoigner sur la capacité de travail de l'assuré, ainsi que sur les diagnostics posés, et critiquer l'expertise qui avait été rendue.

37. Sur ce, 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. Le 1er janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Toutefois, dans la mesure où le recours était, au 1er janvier 2021, pendant devant la chambre de céans, il reste soumis à l'ancien droit (cf. art. 82a LPGA ; RO 2020 5137 ; FF 2018 1597 ; erratum de la CdR de l'Ass. féd. du 19 mai 2021, publié le 18 juin 2021 in RO 2021 358).

4. Les modifications du 18 mars 2011 de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (révision 6a), entrées en vigueur le 1er janvier 2012, entraînent la modification de certaines dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité.

   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).

5. En l'espèce, au vu des faits pertinents jusqu'à la décision du 2 juin 2020, 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).

6. 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.

7. Le litige porte sur le bien-fondé de la décision de l'OAI du 2 juin 2020 de refus de toute prestation d'assurance-invalidité.

8. 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).

9. 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.

10. 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).

11. 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 émanent 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 ; ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1; ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

b. 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).

c. 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).

d. 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).

12. 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).

13. 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).

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. Caractère prononcé des éléments et des symptômes pertinents pour le diagnostic

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 (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.1).

L'influence d'une atteinte à la santé sur la capacité de travail est davantage déterminante que sa qualification en matière d'assurance-invalidité (ATF 142 V 106 consid. 4.4). Diagnostiquer une atteinte à la santé, soit identifier une maladie d'après ses symptômes, équivaut à l'appréciation d'une situation médicale déterminée qui, selon les médecins consultés, peut aboutir à des résultats différents en raison précisément de la marge d'appréciation inhérente à la science médicale (ATF 145 V 361 consid. 4.1.2 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_212/2020 du 4 septembre 2020 consid. 4.2 et 9C_762/2019 du 16 juin 2020 consid. 5.2).

2. Succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à ces derniers

Le déroulement et l'issue d'un traitement médical sont en règle générale aussi d'importants indicateurs concernant le degré de gravité du trouble psychique évalué. Il en va de même du déroulement et de l'issue d'une mesure de réadaptation professionnelle. Ainsi, l'échec définitif d'une thérapie médicalement indiquée et réalisée selon les règles de l'art de même que l'échec d'une mesure de réadaptation - malgré une coopération optimale de l'assuré - sont en principe considérés comme des indices sérieux d'une atteinte invalidante à la santé. À l'inverse, le défaut de coopération optimale conduit plutôt à nier le caractère invalidant du trouble en question. Le résultat de l'appréciation dépend toutefois de l'ensemble des circonstances individuelles du cas d'espèce (arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.2.1.3 et la référence).

3. Comorbidités

La présence de comorbidités ou troubles concomitants est un indicateur à prendre en considération en relation avec le degré de gravité fonctionnel (arrêt du Tribunal fédéral 9C_650/2019 du 11 mai 2020 consid. 3.3 et la référence). On ne saurait toutefois inférer la réalisation concrète de l'indicateur "comorbidité" et, partant, un indice suggérant la gravité et le caractère invalidant de l'atteinte à la santé, de la seule existence de maladies psychiatriques et somatiques concomitantes. Encore faut-il examiner si l'interaction de ces troubles ayant valeur de maladie prive l'assuré de certaines ressources (arrêt du Tribunal fédéral 9C_756/2018 du 17 avril 2019 consid. 5.2.3 et le référence). Il est nécessaire de procéder à une approche globale de l'influence du trouble avec l'ensemble des pathologies concomitantes. Une atteinte qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidante en tant que telle (cf. ATF 141 V 281 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 prise 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).

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).

B. Axe « personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles)

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 : auto-perception 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). Étant donné que l'évaluation de la personnalité est davantage dépendante de la perception du médecin examinateur que l'analyse d'autres indicateurs, les exigences de motivation sont plus élevées (ATF 141 V 281 consid. 4.3.2).

Le Tribunal fédéral a estimé qu'un assuré présentait des ressources personnelles et adaptatives suffisantes, au vu notamment de la description positive qu'il avait donnée de sa personnalité, sans diminution de l'estime ou de la confiance en soi et sans peur de l'avenir (arrêt du Tribunal fédéral 8C_584/2016 du 30 juin 2017 consid. 5.2).

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 (ATF 141 V 281 consid. 4.3.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_756/2018 du 17 avril 2019 consid. 5.2.3).

Lors de l'examen des ressources que peut procurer le contexte social et familial pour surmonter l'atteinte à la santé ou ses effets, il y a lieu de tenir compte notamment de l'existence d'une structure quotidienne et d'un cercle de proches […]. Le contexte familial est susceptible de fournir des ressources à la personne assurée pour surmonter son atteinte à la santé ou les effets de cette dernière sur sa capacité de travail, nonobstant le fait que son attitude peut rendre plus difficile les relations interfamiliales (arrêt du Tribunal fédéral 9C_717/2019 du 30 septembre 2020 consid. 6.2.5.3). Toutefois, des ressources préservées ne sauraient être inférées de relations maintenues avec certains membres de la famille dont la personne assurée est dépendante (arrêt du Tribunal fédéral 9C_55/2020 du 22 octobre 2020 consid. 5.2).

II. Catégorie « cohérence »

Il convient ensuite d'examiner si les conséquences qui sont tirées de l'analyse des indicateurs de la catégorie « degré de gravité fonctionnel » résistent à l'examen sous l'angle de la catégorie « cohérence ». Cette seconde catégorie comprend les indicateurs liés au comportement de l'assuré (ATF 141 V 281 consid. 4.4). À ce titre, il convient notamment d'examiner si les limitations fonctionnelles se manifestent de la même manière dans la vie professionnelle et dans la vie privée, de comparer les niveaux d'activité sociale avant et après l'atteinte à la santé ou d'analyser la mesure dans laquelle les traitements et les mesures de réadaptation sont mis à profit ou négligés. Dans ce contexte, un comportement incohérent est un indice que les limitations évoquées seraient dues à d'autres raisons qu'une atteinte à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.3).

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 (ATF 141 V 281 consid. 4.4.1).

B. Poids de la souffrance révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation

L'interruption de toute thérapie médicalement indiquée sur le plan psychique et le refus de participer à des mesures de réadaptation d'ordre professionnel sont des indices importants que l'assuré ne présente pas une évolution consolidée de la douleur et que les limitations invoquées sont dues à d'autres motifs qu'à son atteinte à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 9C_569/2017 du 18 juillet 2018 consid. 5.5.2).

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 assécurologique 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 qu'à l'atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4.2).

14. Selon la jurisprudence applicable jusqu'ici, un syndrome de dépendance primaire à des substances psychotropes (dont l'alcool) ne pouvait conduire à une invalidité au sens de la loi que s'il engendrait une maladie ou occasionnait un accident ou s'il résultait lui-même d'une atteinte à la santé physique ou psychique ayant valeur de maladie. Cette jurisprudence reposait sur la prémisse que la personne souffrant de dépendance avait provoqué elle-même fautivement cet état et qu'elle aurait pu, en faisant preuve de diligence, se rendre compte suffisamment tôt des conséquences néfastes de son addiction et effectuer un sevrage ou à tout le moins entreprendre une thérapie par (cf. notamment ATF 124 V 265 consid. 3c).

Dans un arrêt du 11 juillet 2019 (ATF 145 V 215), le Tribunal fédéral est parvenu à la conclusion que sa pratique en matière de syndrome de dépendance ne peut plus être maintenue. D'un point de vue médical, les syndromes de dépendance et les troubles liés à la consommation de substances diagnostiqués lege artis par un spécialiste doivent également être considérés comme des atteintes (psychiques) à la santé significatives au sens du droit de l'assurance invalidité (consid. 5.3.3 et 6).

Le caractère primaire ou secondaire d'un trouble de la dépendance n'est plus décisif pour en nier d'emblée toute pertinence sous l'angle du droit de l'assurance-invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.1.1). Par conséquent, il s'agit, comme pour toutes les autres troubles psychiques, de

déterminer selon une grille d'évaluation normative et structurée (à cet égard, ATF 141 V 281) si, et le cas échéant, dans quelle mesure un syndrome de dépendance diagnostiqué par un spécialiste influence dans le cas concret la capacité de travail de l'assuré. La gravité de la dépendance dans un cas particulier peut et doit être prise en compte dans la procédure de preuve structurée (ATF 145 V 215 consid. 6.3). Ceci est d'autant plus important que dans le cas des troubles de la dépendance – comme dans celui d'autres troubles psychiques – il y a souvent un mélange de troubles ayant valeur de maladie ainsi que de facteurs psychosociaux et socio-culturels. L'obligation de diminuer le dommage (art. 7 LAI) s'applique également en cas de syndrome de dépendance, de sorte que l'assuré peut être tenu de participer activement à un traitement médical raisonnablement exigible (art. 7 al. 2 let. d LAI). S'il ne respecte pas son obligation de diminuer le dommage, mais qu'il maintient délibérément son état pathologique, l'art. 7b al. 1 LAI en liaison avec l'art. 21 al. 4 LPGA permet le refus ou la réduction des prestations (consid 5.3.1).

15. Selon la jurisprudence rendue jusque-là à propos des dépressions légères à moyennes, les maladies en question n'étaient considérées comme invalidantes que lorsqu'on pouvait apporter la preuve qu'elles étaient « résistantes à la thérapie » (ATF 140 V 193 consid 3.3; arrêts du Tribunal fédéral 9C_841/2016 du 8 février 2017 consid. 3.1 et 9C_13/2016 du 14 avril 2016 consid. 4.2).

    Dans l'ATF 143 V 409 consid. 4.2, le Tribunal fédéral a rappelé que le fait qu'une atteinte à la santé psychique puisse être influencée par un traitement ne suffit pas, à lui seul, pour nier le caractère invalidant de celle-ci ; la question déterminante est en effet celle de savoir si la limitation établie médicalement empêche, d'un point de vue objectif, la personne assurée d'effectuer une prestation de travail. À cet égard, toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références). Ainsi, le caractère invalidant des 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_142/2018 du 24 avril 2018 consid. 5.2).

    Dans les cas où, au vu du dossier, il est vraisemblable qu'il n'y a qu'un léger trouble dépressif, qui ne peut déjà être considéré comme chronifié et qui n'est pas non plus associé à des comorbidités, aucune procédure de preuve structurée n'est généralement requise (arrêt du Tribunal fédéral 9C_14/2018 du 12 mars 2018 consid 2.1).

16. Selon la jurisprudence, une dysthymie (F34.1) est susceptible d'entraîner une diminution de la capacité de travail lorsqu'elle se présente avec d'autres affections, à l'instar d'un grave trouble de la personnalité. Pour en évaluer les éventuels effets limitatifs, ces atteintes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire

structurée selon l'ATF 141 V 281 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_599/2019 du 24 août 2020 consid. 5.1 et la référence).

17. Des traits de personnalité signifient que les symptômes constatés ne sont pas suffisants pour retenir l'existence d'un trouble spécifique de la personnalité. Ils n'ont, en principe, pas valeur de maladie psychiatrique et ne peuvent, en principe, fonder une incapacité de travail en droit des assurances au sens des art. 4 al. 1 LAI et 8 LPGA (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2019 du 17 mars 2020 consid. 5.3 et les références).

18. 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).

19. 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. Dans le cas des maladies psychiques, les indicateurs sont importants pour évaluer la capacité de travail, qui - en tenant compte des facteurs incapacitants externes d'une part et du potentiel de compensation (ressources) d'autre part -, permettent d'estimer la capacité de travail réellement réalisable (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_286/2020 du 6 août 2020 consid. 4 et la référence).

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

origine, ni sa désignation, mais son contenu. 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). Il faut en outre que le médecin dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêt du Tribunal fédéral 9C_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les références).

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).

Le fait qu'une expertise psychiatrique n'a pas été établie selon les nouveaux standards - ou n'en suit pas exactement la structure - ne suffit cependant pas pour lui dénier d'emblée toute valeur probante. En pareille hypothèse, il convient bien plutôt de se demander si, dans le cadre d'un examen global, et en tenant compte des spécificités du cas d'espèce et des griefs soulevés, le fait de se fonder définitivement sur les éléments de preuve existants est conforme au droit fédéral. Il y a lieu d'examiner dans chaque cas si les expertises administratives et/ou les expertises judiciaires recueillies - le cas échéant en les mettant en relation avec d'autres rapports médicaux - permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants. Selon l'étendue de l'instruction déjà mise en oeuvre, il peut s'avérer suffisant de requérir un complément d'instruction sur certains points précis (ATF 141 V 281 consid. 8; ATF 137 V 210 consid. 6 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_808/2019 du 18 août 2020 consid. 5.2. et 9C_109/2018 du 15 juin 2018 consid. 5.1).

d. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant

donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3).

e. 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).

f. 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).

g. 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).

h. 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).

20. 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).

a. Le point de départ de l'évaluation prévue pour les troubles somatoformes douloureux (ATF 141 V 281), les troubles dépressifs (ATF 143 V 409), les autres troubles psychiques (ATF 143 V 418) et les troubles mentaux du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives (ATF 145 V 215) est l'ensemble des éléments médicaux et constatations y relatives. Les experts doivent motiver le diagnostic psychique de telle manière que l'organe d'application du droit puisse comprendre non seulement si les critères de classification sont remplis (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1), mais également si la pathologie diagnostiquée présente un degré de gravité susceptible d'occasionner des limitations dans les fonctions de la vie courante (arrêt du Tribunal fédéral 9C_551/2019 du 24 avril 2020 consid. 4.1 et la référence).

b. Dans un arrêt de principe du 2 décembre 2019 (ATF 145 V 361), le Tribunal fédéral, à la lumière de l'ATF 141 V 281, a notamment posé une délimitation, entre l'examen (libre), par les autorités chargées de l'application du droit, de l'admission

d'une incapacité de travail par l'expert psychiatre, d'une part, et une appréciation juridique parallèle inadmissible, d'autre part.

Selon le Tribunal fédéral, dans tous les cas, l'administration et, en cas de recours, le juge, doivent examiner si et dans quelle mesure les experts ont suffisamment et de manière compréhensible étayé leur évaluation de l'incapacité de travail, en tenant compte des indicateurs pertinents (questions de preuve). À cette fin, les experts doivent établir un lien avec la partie précédente de l'expertise médico-psychiatrique (avec extraits du dossier, anamnèse, constatations, diagnostics, etc.), c'est-à-dire qu'ils doivent se référer en détails aux résultats médico-psychiatriques des examens et explorations cliniques menés dans les règles de l'art qui relèvent de leur compétence. Le médecin doit donc exposer de manière détaillée les raisons médico-psychiatriques pour lesquelles les éléments constatés sont susceptibles de restreindre la capacité fonctionnelle et les ressources psychiques en termes qualitatifs, quantitatifs et temporels (ATF 143 V 418 consid. 6). À titre d'exemple, dans le cadre de troubles dépressifs récurrents de degrés légers à modérés qui sont souvent au premier plan dans l'examen de l'invalidité au sens de l'AI, cela signifie qu'il ne suffit pas que l'expert psychiatre déduise directement de l'épisode dépressif diagnostiqué une incapacité de travail, quel qu'en soit le degré ; il doit bien plutôt démontrer si et dans quelle mesure les constatations qu'il a faites (tristesse, désespoir, manque de dynamisme, fatigue, troubles de la concentration et de l'attention, diminution de la capacité d'adaptation, etc.), limitent la capacité de travail, en tenant compte - à des fins de comparaison, de contrôle et de plausibilité - des autres activités personnelles, familiales et sociales de la personne requérant une rente. Si les experts s'acquittent de cette tâche de manière convaincante, en tenant compte des éléments de preuve établis par l'ATF 141 V 281, l'évaluation des répercussions de l'atteinte psychique sera également valable du point de vue des organes chargés de l'application du droit, que ce soit l'administration ou le juge. À défaut, il se justifie, juridiquement, de s'en écarter (ATF 145 V 361 consid. 4.3 et la référence).

c. En ce qui concerne l'évaluation du caractère invalidant des affections psychosomatiques et psychiques, l'appréciation de la capacité de travail par un médecin psychiatre est soumise à un contrôle (libre) des organes chargés de l'application du droit à la lumière de l'ATF 141 V 281 (ATF 145 V 361 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_585/2019 du 3 juin 2020 consid. 2 et les références). Il peut ainsi arriver que les organes d'application du droit se distancient de l'évaluation médicale de la capacité de travail établie par l'expertise sans que celle-ci ne perde sa valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 9C_128/2018 du 17 juillet 2018 consid. 2.2 et les références). Du point de vue juridique, il est même nécessaire de s'écarter de l'appréciation médicale de la capacité de travail si l'évaluation n'est pas suffisamment motivée et compréhensible au vu des indicateurs pertinents, ou n'est pas convaincante du point de vue des éléments de preuve instaurés par l'ATF 141 V 281. S'écarter de l'évaluation médicale est alors

admissible, du point de vue juridique, sans que d'autres investigations médicales ne soient nécessaires (arrêt du Tribunal fédéral 9C_832/2019 du 6 mai 2020 consid. 2.2). Toutefois, lorsque l'administration ou le juge, au terme de son appréciation des preuves, parvient à la conclusion que le rapport d'expertise évalue la capacité de travail en fonction des critères de médecine des assurances établis dans l'ATF 141 V 281 et qu'il satisfait en outre aux exigences générales en matière de preuves (ATF 134 V 231 consid. 5.1), il a force probante et ses conclusions sur la capacité de travail doivent être suivies par les organes d'application de la loi. Une appréciation juridique parallèle libre en fonction de la grille d'évaluation normative et structurée ne doit pas être entreprise (cf. ATF 145 V 361 consid. 4.3 ; arrêts du Tribunal fédéral 8C_213/2020 du 19 mai 2020 consid. 4.3 et les références).

21. En fin de compte, la question décisive est toujours celle des répercussions fonctionnelles d'un trouble. La preuve d'une incapacité de travail de longue durée et significative liée à l'état de santé ne peut être considérée comme rapportée que si, dans le cadre d'un examen global, les éléments de preuve pertinents donnent une image cohérente de l'existence de limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation invalidante de la capacité de travail n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_423/2019 du 7 février 2020 consid. 3.2.2 et les références).

22. 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).

23. 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).

24. En l'espèce, l'intimé s'est conformé au dispositif de l'arrêt en révision du 7 mai 2019 et a complété l'instruction, sous forme d'une expertise psychiatrique, suivie d'une nouvelle décision.

Dans un premier grief, le recourant reproche à l'experte psychiatre les citations de l'expertise Corela dans son expertise du 27 décembre 2019 ce qui - selon lui - biaiserait l'opinion de l'experte et fausserait les conclusions de l'expertise.

La lecture des pages 5 à 15 de l'expertise montre que l'experte cite les sources et les documents médicaux à sa disposition, dont l'expertise Corela, parmi de multiples rapports médicaux des médecins traitants et les avis du SMR.

L'experte ne retient pas la conclusion de l'expertise Corela, bien au contraire, elle la considère comme « discordante », dès lors que celle-ci ne retient pas de trouble dépressif, alors que l'experte considère qu'un trouble dépressif léger à moyen était déjà présent au moment où l'expertise Corela a été menée.

Il ne sera ensuite plus fait référence à ladite expertise, ni dans les diagnostics retenus pages 44 et 45, ni dans les réponses concernant la capacité de travail de l'assuré, pages 49 et 50, si ce n'est pour répéter, page 48, la discordance entre l'appréciation retenue par l'expertise Corela et celle retenue par l'experte, comme mentionné supra.

Le grief selon lequel la présence de l'expertise Corela dans le dossier médical transmis à l'experte aurait « biaisé » les conclusions de celle-ci doit ainsi être écarté.

Le recourant reproche également à l'experte de n'avoir pas discuté les appréciations de ses médecins traitants.

En ce qui concerne la Dresse H_____, ses rapports médicaux sont cités dans l'aperçu des sources utilisées, ainsi que dans le chapitre de synthèse du dossier.

Au contraire de ce que prétend le recourant, l'avis de la Dresse H_____ a été discuté tout particulièrement par l'experte, en page 25 de l'expertise, cette dernière relevant une discordance entre la capacité de travail estimée comme étant nulle, ou de 50% par la Dresse H_____, selon les périodes et les activités possibles durant une journée type, soit lecture, courses, ménage, tâches administratives, conduite automobile, sorties entre amis et vacances à l'étranger. L'experte a notamment considéré que le fait que le traitement antidépresseur avait pu être arrêté, de même que les benzodiazépines, et que le suivi psychiatrique soit bimensuel et pas hebdomadaire, sans nouvelle hospitalisation psychiatrique, étaient des arguments contradictoires à une capacité de travail estimée, par la Dresse H_____, comme étant diminuée pour des raisons psychiatriques. Une éventuelle phobie sociale pour des troubles anxieux avait pu exister avant 2016, quand l'assuré prenait des benzodiazépines au quotidien, mais ceci n'était plus le cas, selon l'anamnèse.

S'agissant de la Dresse K_____, cette psychiatre est citée dans l'expertise comme ayant remplacé, depuis 2017, la Dresse H_____ sans prise en charge

psychologique, ni traitement psychotrope, étant précisé que l'assuré déclare avoir stoppé la « médication psychotrope, de son propre chef, en 2016, suite à une amélioration partielle ».

Aucun avis médical n'a été transmis par la Dresse K_____ à l'OAI, alors même que son patient savait qu'il allait être soumis à une expertise psychiatrique. On ne saurait reprocher à l'experte de n'avoir pas contacté la Dresse K_____, ce d'autant moins que l'expertise devait notamment porter sur la période à partir de 2015 et l'experte pouvait ainsi se fonder sur les avis médicaux rédigés par la Dresse H_____, le dernier rapport médical de ce médecin traitant, figurant au dossier, étant daté du 3 août 2016.

Étant encore ajouté qu'il n'existe aucune obligation de l'experte de contacter le médecin traitant ayant succédé à la Dresse H_____ depuis 2017 et que cet élément n'est pas de nature à entacher la qualité intrinsèque de l'expertise.

L'unique pièce au dossier rédigée par la Dresse K_____ a été transmis dans le cadre du recours ; il s'agit d'un e-mail, daté du 29 juin 2020 et adressé au conseil du recourant, dans lequel le médecin traitant mentionne les diagnostics « d'anxiété généralisée, d'agoraphobie, de phobie sociale et de trouble obsessionnel compulsif ». Les limitations fonctionnelles indiquées sont des « ruminations obsessives d'ordre divers », amenant l'assuré à vérifier la justesse de sa façon de faire ou de penser, ce qui s'accompagne « d'anxiété extrêmement importante », le patient déclarant passer beaucoup de temps à chercher la meilleure façon d'appréhender un problème qui, pour la majorité des personnes, n'est qu'un élément banal du quotidien. Le médecin traitant cite un exemple donné par son patient qui déclare mettre plusieurs heures à se faire à manger des plats pourtant simples, car il n'est jamais certain de la façon dont les aliments doivent être coupés ou cuits. Les troubles anxieux s'accompagnent régulièrement d'une baisse importante de l'état thymique, selon la Dresse K_____ qui conclut à une « Capacité de travail : de 0% à 30% suivant l'intensité des symptômes ».

Force est de constater que l'appréciation du médecin traitant se fonde exclusivement sur les déclarations de l'assuré, aucun élément objectivable n'étant exposé. Par ailleurs, les diagnostics ne sont pas expliqués, pas plus que les raisons pour lesquelles la Dresse K_____ conclut à une capacité de travail allant de 0 à 30%.

De plus, il existe une très grande discordance entre les déclarations de l'assuré « de la première heure » à l'experte, les 4 et 8 décembre 2019 et les faits relatés à la Dresse K_____, en juin 2020 et répétés par cette dernière dans son avis médical du 29 juin 2020.

Alors même que l'assuré - dont l'experte décrit les interactions comme « excellentes » lors des entretiens et « qui a pu parler librement à plusieurs reprises sans difficultés » (page 26 de l'expertise) - ne relate - au chapitre de l'anamnèse sociale et de la description d'une journée type, loisirs, vacances et hobbies (pages

22 à 24 de l'expertise) - aucune difficulté pour s'occuper de ses courses, de ses repas, de son ménage, de l'entretien de son linge et qui dit être capable de conduire sa voiture et de partir en vacances, notamment à Majorque, au Costa Rica et en Laponie ; l'assuré - à suivre les déclarations de la Dresse K_____ six mois plus tard - serait tout à coup victime d'une anxiété tellement sévère qu'il passerait plusieurs heures à se préparer à manger, en raison de la complexité des choix qu'il doit opérer sur la manière de couper ou de cuire ses aliments.

Étant précisé que l'experte a déclaré ne détecter durant les entretiens aucun signe d'anxiété, aucune idée noire, ni de compulsivité décrite ou observée (page 27 de l'expertise). La mesure de l'anxiété, objectivée par l'experte à l'aide de l'échelle d'anxiété de Hamilton, parvient à un score mineur quantitativement et dans le tiers des items sur le plan qualitatif, du point de vue global.

La chambre de céans estime que les déclarations de l'assuré à la Dresse K_____ manquent de crédibilité et paraissent être de circonstance, afin de présenter un état d'anxiété plus sévère que celui constaté par l'experte lors des entretiens relatés dans l'expertise. Il sera ainsi considéré, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'assuré ne présente pas un niveau d'anxiété pouvant avoir une influence déterminante sur sa capacité de travail.

Le recourant cite ensuite de nombreux exemples qu'il présente comme des incohérences pouvant entacher la crédibilité de l'expertise, notamment le fait que le recourant ait fait une rechute aux benzodiazépines en 2013.

Cet élément n'est pas pertinent, dès lors que l'experte retient, notamment sur la base des déclarations de l'assuré, que depuis 2016 ce dernier a arrêté de prendre des benzodiazépines. D'ailleurs, dans sa réponse au questionnaire médical, daté du 29 août 2011, la Dresse H_____ considère que la dépendance aux benzodiazépines (F13) depuis 2009, est un « diagnostic sans effet sur la capacité de travail ».

Les autres remarques du recourant portent essentiellement sur des éléments somatiques, n'ayant pas un rapport direct avec l'expertise psychiatrique.

Étant encore ajouté que le conseil du recourant allègue, dans sa réplique du 6 septembre 2020, que les deux entretiens entre l'experte et le recourant n'ont duré respectivement que 45 à 60 minutes, puis 10 minutes, alors même que l'experte cite deux entretiens s'étant déroulés, chaque fois, entre 11h et 14h.

Au contraire du recourant, la chambre de céans considère que le rapport d'expertise est probant. Le rapport de la psychiatre correspond en tous points aux exigences en la matière. Il a été établi en connaissance du dossier médical et contient une anamnèse personnelle, familiale et professionnelle complète ; l'experte a rapporté ses observations cliniques de manière détaillée à la suite de deux entretiens approfondis au cours desquels l'assuré a pu exprimer ses plaintes. Les diagnostics retenus sont soigneusement motivés et la Dresse J_____ a précisé sur quels critères elle se fondait et a analysé la capacité de gain du recourant à la lumière des indicateurs développés par la jurisprudence de novembre 2017. Elle a, en outre,

exposé de manière convaincante pour quelles raisons elle s'écartait des conclusions de la Dresse H_____. Les conclusions de l'experte sont claires et motivées.

Compte tenu de ce qui précède, la chambre de céans est convaincue qu'après avoir apprécié les preuves fournies par les investigations auxquelles elle doit procéder d'office, certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation.

Ainsi, un complément d'expertise psychiatrique n'est pas nécessaire, pas plus que d'ordonner une expertise pluridisciplinaire, psychiatrique et somatique, alors même que l'expertisé n'a jamais demandé qu'une expertise soit effectuée sur des éléments somatiques. Son conseil a réagi à la lettre de l'OAI du 18 septembre 2019, l'informant de ce qu'une expertise psychiatrique allait être ordonnée, en déclarant par courrier du 19 septembre 2019, qu'il n'avait « pas de commentaire à faire » sur le mandat d'expertise.

Étant encore précisé que la demande d'une expertise multidisciplinaire est exorbitante à l'arrêt en révision du 7 mai 2019, dont le dispositif renvoyait la cause à l'OAI pour instruction complémentaire sous forme d'une expertise psychiatrique (uniquement), étant précisé que ledit arrêt n'a pas fait l'objet d'un recours et qu'aucun élément somatique d'importance et prétendument ignoré jusqu'ici n'a été allégué par le recourant.

S'agissant de la demande d'audition du recourant et des Dresses D_____, H_____ et K_____, la chambre de céans considère, par appréciation anticipée des preuves (ATF 122 II 464 consid. 4a ; ATF 122 III 219 consid. 3c) qu'il est superflu de donner suite à ces demandes d'audition ; en effet, l'assuré a eu largement l'occasion de s'exprimer dans le cadre du mandat d'expertise et des écritures de son conseil, soit devant l'intimé, soit devant la chambre de céans. Les avis médicaux des Dresses D_____, H_____ et K_____ figurent au dossier et il est hautement vraisemblable que les médecins traitants ne feraient que répéter oralement leurs appréciations écrites, étant ajouté qu'en ce qui concerne l'avis médical de la Dresse K_____, il a déjà été mentionné supra qu'il se fonde principalement, sur les déclarations - forcément subjectives - de son patient. S'y ajoute le fait que 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).

En ce qui concerne la capacité de travail du recourant, d'autres éléments objectifs figurant au dossier renforcent les conclusions de l'experte, notamment le fait que le recourant, titulaire d'un CFC d'employé de commerce, ayant une expérience bancaire et parlant plusieurs langues, a pu travailler au sein de l'Étude d'avocats I_____ du 19 janvier au 31 juillet 2015, à plein temps et en qualité d'assistant administratif. Le certificat de travail de cette Étude, daté du 31 juillet 2015, décrit le recourant comme un collaborateur consciencieux et organisé s'étant « acquitté des

travaux confiés à notre entière satisfaction. D'une nature discrète et aimable, ses contacts avec le personnel et les responsables ont toujours été harmonieux. (…) Nous ne pouvons que le recommander vivement à tout futur employeur qui ferait appel à ses services ».

Aussi bien les conclusions de l'expertise que la prise en compte d'autres éléments du dossier, notamment les conclusions de l'expérience professionnelle effectuée au sein de l'Étude I_____, vont dans le sens d'une pleine capacité de travail.

La volonté du recourant, plusieurs fois déclarée, de ne travailler qu'à 50% en raison de douleurs non objectivées, semble davantage ressortir d'une autolimitation - l'assuré ne cherchant que des emplois à mi-temps et se déclarant pessimiste pour retrouver un travail en raison de sa « longue pause professionnelle » - que de limitations fonctionnelles psychiques ou somatiques objectivables.

Dès lors, la chambre de céans considère que la capacité de travail du recourant est de 100%.

Le recourant demande des mesures professionnelles, notamment des mesures de reclassement.

Cette demande se fonde sur la prémisse que le recourant ne peut pas retrouver un emploi à 50%, le conseil de ce dernier ajoutant qu'il est « notoire que dans sa profession, il ne peut pas trouver une place un taux aussi réduit. Une réorientation professionnelle ou une réadaptation permettrait au recourant de retrouver un autre poste qui puisse lui permettre de recommencer une vie active en tenant compte de ses capacités de travail réduite ».

Le postulat étant fondé sur l'existence d'une capacité de travail de 50%, ce qui n'a pas été retenu supra, la demande de reclassement doit ainsi être écartée.

Il convient par ailleurs de rappeler que le recourant, âgé de 32 ans, bénéficie d'un CFC d'employé de commerce et connait l'anglais. Ces deux éléments sont de nature à lui permettre de répondre à de nombreuses offres d'emploi, s'il accepte de postuler pour des postes à 100%, plutôt que de se limiter à rechercher des postes à mi-temps, ce qui restreint mathématiquement ses chances de succès.

Étant ajouté que le conseil du recourant lui-même admet que ce dernier dispose « de bonnes capacités intellectuelles et linguistiques ».

25. Au vu de ce qui précède, la chambre de céans n'a d'autre choix que de rejeter le recours.

26. Il convient de renoncer à la perception d'un émolument, le recourant étant au bénéfice de l'assistance juridique (art. 69 al. 1bis LAI et 13 al. 1 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

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

La greffière	Le président
Diana ZIERI	Philippe KNUPFER

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