RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/239/2020 **ATAS/849/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 17 août 2021

15ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à CAROUGE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Thierry STICHER	recourant

contre

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

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

EN FAIT

A. a. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le patient), né le _____ 1969, vit à Genève avec son épouse et sa fille majeure, née en 1998. Il a fait un apprentissage de monteur-électricien et a travaillé dans ce domaine de 1989 à 2018, année de son licenciement.

b. Souffrant d'une rupture du sus-épineux de l'épaule droite et d'une tendinopathie du long chef du biceps droit, l'assuré a subi, le 20 septembre 2016, en ambulatoire, une arthroscopie de l'épaule droite avec suture du sus-épineux, acromioplastie et ténodèse infrapectorale du long chef du biceps, intervention réalisée aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) par les chirurgiens B_____ et C_____. S'en est suivi un arrêt de travail complet pour cause de maladie.

c. Le 5 décembre 2016, l'assuré qui souffrait désormais du poignet droit a été amené à passer une IRM dudit poignet. La conclusion de cet examen a été la suivante : « discrète ténosynovite des fléchisseurs, prédominant sur les quatrièmes et cinquièmes rayons. Présence de discrets remaniements osseux œdémateux carpiens diffus, prédominant en sous-chondral. Association à un épanchement intra-articulaire médio-carpien et radio-ulnaire distal peu abondant. Probable petite atteinte dégénérative du ligament triangulaire du carpe, avec doute sur une désinsertion ulnaire partielle et proximale ».

B. a. Le 3 janvier 2017, l'assuré a fait une demande de rente auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI), en indiquant être en incapacité de travail complète depuis le 20 septembre 2016, à la suite de l'opération de son épaule droite, souffrir d'une tendinite au poignet droit et d'une rupture du tendon de l'épaule gauche.

b. Compte tenu de la persistance des douleurs au poignet droit, l'assuré a consulté la docteure D_____ à l'unité de chirurgie de la main et des nerfs périphériques des HUG, en mai 2017. Cette dernière a rempli un formulaire à l'attention de l'OAI le 1er mai 2017 dans lequel elle évoquait le diagnostic de carpite et ténosynovite des tendons fléchisseurs et externes du poignet droit (contexte maladie rhumatismale ?) et attestait de l'incapacité de travail de son patient.

c. À l'issue d'examens complémentaires aux HUG, les médecins consultés ont constaté qu'il n'y avait pas d'élément en faveur d'un rhumatisme inflammatoire mais des éléments évoquant plutôt une algoneurodystrophie de la main droite, en lien vraisemblablement avec l'opération de septembre 2016 (syndrome douloureux régional complexe) ; l'évolution semblait spontanément favorable (rapports des HUG des 24 mai et 12 juin 2017).

d. Dans le cadre de la demande de prestations d'invalidité, le service médical de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR) a considéré qu'il ne pouvait pas se positionner sur les atteintes ostéo-articulaires de l'assuré et sollicitait des rapports médicaux complémentaires jugés nécessaires (avis du 14 août 2017).

e. Interrogé par l'OAI, le docteur E_____, chef de clinique au sein de l'unité d'orthopédie des HUG, a attesté que l'état de santé de l'assuré s'était amélioré, ce qu'il avait constaté lors d'une consultation le 24 octobre 2017 (rapport du 30 octobre 2017). L'évolution de la main, du poignet et de l'épaule droite était lentement favorable. Le patient devait poursuivre la physiothérapie. Des limitations fonctionnelles étaient observées, l'abduction active droite était douloureuse et le patient souffrait d'une diminution de la préhension de la main droite. Il était en incapacité totale de travailler dans son ancienne activité depuis le 20 septembre 2016. Sa compliance était optimale et la concordance entre les plaintes et l'examen clinique du patient apparaissait bonne. À la question de savoir si, en cas de troubles psychiatriques, la gravité de ces troubles nécessitait une prise en charge psychiatrique et si une telle prise en charge avait été proposée au patient, le médecin avait répondu par la négative. Selon lui, une reprise de l'activité professionnelle pouvait être envisagée progressivement dans le même métier.

f. L'assuré, qui se plaignait de la persistance de ses douleurs, a subi un nouvel examen par IRM du plexus brachial droit, le 23 octobre 2017, à la recherche d'une compression musculaire de ce plexus, également appelée syndrome de défilé thoracique. Cet examen n'a cependant pas montré de déformation des plexus brachiaux ni de compression vasculaire en position bras levés, mais une discopathie cervicale avec dessiccation du noyau pulpeux à tous les niveaux, ainsi qu'en C5-C6, une herniation discale paramédiane droite, avec rétrécissement foraminal homolatérale modéré associé à un rétrécissement canalaire focal modéré, en C6-C7, C7-D1 et D2-D3, une protrusion discale postérieure sans rétrécissement canalaire, recessal ou foraminal significatif, une absence d'anomalie de signal du cordon médullaire aux niveaux explorés et une altération « Modic en miroir en C6-C7 ». En conclusion, les médecins concluaient à l'absence de signes compatibles avec un syndrome de défilé thoracique mais une cervicarthrose étagée prédominante en C5-C6.

g. L'assuré a été licencié à la fin du mois de janvier 2018, alors qu'il était en incapacité totale de travailler.

h. Les médecins des HUG ont résumé dans un rapport du 10 avril 2018, la situation du patient, en indiquant que l'évolution de son épaule droite était stable ; il restait certaines douleurs ; les amplitudes articulaires étaient bonnes, le testing de la force était à M5 et non douloureux ; le patient avait développé une algoneurodystrophie au poignet droit à la suite de l'opération de la coiffe des rotateurs à droite. Les examens médicaux réalisés aux HUG avaient en outre mis en évidence une arthrose débutante au niveau des os du carpe à droite.

i. Souffrant également de l'épaule gauche, l'assuré a été soumis à des examens qui ont révélé une rupture de la coiffe des rotateurs à l'épaule gauche (bilan du mois de juin 2018). Une opération a cependant été contre-indiquée compte tenu du risque que l'assuré développe un syndrome douloureux régional complexe à gauche,

comme il l'avait fait après l'opération de l'épaule droite. Le patient a en revanche reçu des infiltrations qui l'ont momentanément soulagé.

j. Le Dr E_____, ayant attesté par écrit d'une reprise possible d'un travail adapté à 100 % pour son patient dès le 7 mars 2018, a été interrogé par l'OAI sur l'évolution de son patient. Il a indiqué ne plus suivre ce dernier. Le diagnostic était un syndrome douloureux régional complexe après rupture de la coiffe des rotateurs bilatérale, avec chirurgie réparatrice à droite, ce qui avait une répercussion sur la capacité de travail de l'assuré. Le diagnostic de cervicarthrose étagée également retenu était pour sa part sans incidence sur la capacité de travail. Le pronostic était réservé quant à la capacité de travail du patient dans son ancienne activité ; dans une activité adaptée, une capacité de travail de 100 % pouvait toutefois être attendue (formulaire du 14 août 2018).

k. Le SMR a dès lors retenu, à l'instar du Dr E_____, que la capacité de travail de l'assuré dans son ancienne activité était nulle, mais entière dans une activité adaptée depuis le 6 mars 2018 (avis du 30 août 2018).

l. L'assuré s'est ensuite soumis à un stage aux Établissements publics pour l'intégration (ci-après : EPI). Il a donné pleine et entière satisfaction et a démontré toutes ses compétences, son savoir-faire et ses qualités personnelles. Les répondants des EPI avaient pu identifier plusieurs pistes de réinsertion réalistes et réalisables pour l'assuré, celui-ci étant doté de bons potentiels. Il n'acceptait pas encore sa situation et vivait dans une phase de lutte (colère, rage) et de résignation (perte d'envie, perte de sens). Il lui fallait faire un travail d'acception et de deuil pour pouvoir s'engager pleinement dans sa réinsertion (bilan de ce stage du 1er octobre 2018).

m. L'assuré a été mis au bénéfice d'une mesure d'orientation professionnelle auprès de l'association PRO. Dans ce cadre, il s'était révélé trop déprimé pour qu'une piste de réinsertion ait pu être dégagée.

n. Compte tenu de l'aspect psychiatrique de l'assuré qui n'avait pas encore été instruit, la conseillère de l'OAI, psychologue spécialisée en réinsertion professionnelle, a décidé de prendre contact avec le psychiatre traitant de l'assuré, le docteur F_____, en mai 2019. Ce médecin a été amené à dresser un rapport dans lequel il a indiqué que l'assuré souffrait d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuellement d'intensité moyenne (F33.1). Il souffrait d'une problématique dépressive depuis une quinzaine d'années. La capacité de travail était de 50 % sur le plan psychique dès le 29 mars 2019 (probablement quelques mois avant). Les limitations étaient des douleurs, de la fatigabilité, de l'irritabilité, manque d'attention et de concentration, ralentissement psychomoteur et manque de motivation. La prise en charge avait débuté le 29 mars 2019 et avait consisté en sept séances de psychothérapie au jour du rapport. Le traitement à l'Escitalopram 20 mg/jour était suivi mais sans amélioration clinique (rapport du 28 juin 2019).

o. À l'issue de cette instruction, le SMR a considéré que l'atteinte psychiatrique existait depuis plusieurs années et ne péjorait pas la capacité de travail de l'assuré qui était de 100 % dans une activité adaptée (avis du 22 juillet 2019). Le psychiatre traitant ne faisait pas état d'éléments de gravité au plan psychiatrique (note de travail du 27 mai 2019). Par ailleurs, l'analyse des indicateurs jurisprudentiels ne retrouvait pas d'éléments de gravité fonctionnelle. L'assuré souffrait d'une problématique dépressive depuis une quinzaine d'années, qui ne l'avait pas empêché de travailler mais avait nécessité des traitements antidépresseurs ponctuels et justifié un arrêt de travail d'un ou deux mois seulement. On ne retrouvait pas de limitations uniformes dans tous les domaines de la vie, le fonctionnement quotidien de l'assuré restant satisfaisant, sans perte d'intégration sociale. L'assuré n'avait plus de loisirs depuis très longtemps, bien avant d'être malade ; il présentait peu d'aptitudes à la communication et peu de motivation pour les contacts sociaux, ce qui n'apparaissait pas être la conséquence d'une atteinte à la santé, mais plus d'un fonctionnement ancien en lien avec le caractère de l'assuré. Bien que le spécialiste attestait d'une bonne compliance au traitement (sans monitoring sérique réalisé), l'assuré n'avait pris qu'une boîte d'antidépresseurs au début du suivi, puis les avait arrêtés en raison de l'absence d'effets (selon les déclarations de l'assuré à la collaboratrice de l'OAI, [cf. note de travail du 16 mai 2019]). Au vu de ces éléments, le SMR ne retenait pas d'atteinte à la santé psychiatrique susceptible d'influencer la capacité de travail. Les conclusions de son rapport précédent (6 février 2018) restaient valables : l'exigibilité était entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles somatiques depuis le 6 mars 2018.

p. Le responsable du centre d'observation et le conseiller en évaluation de l'entreprise PRO en charge de la mesure d'observation-orientation du 25 février au 26 mai 2019, ont, pour leur part, constaté que l'assuré avait, au détriment de son état de santé, maintenu un bon rendement. Dans les conditions d'un atelier protégé, l'assuré était capable d'exercer son métier sur une période réduite estimée, au maximum, à 50 %. Des possibilités de réorientation en atelier de bureau avaient été envisagées mais il était nécessaire de faire une mise à niveau sur les outils informatiques. Il était également envisageable d'orienter l'assuré vers les métiers de gérant technique de régie immobilière ou de chef d'équipe dans son domaine d'activités, ce qui nécessitait cependant de développer des notions de management et que l'assuré reprenne confiance en lui. Ce dernier ne souscrivait pas à ces pistes professionnelles car il pensait être capable de reprendre son ancienne activité si un traitement atténuait ses douleurs. Il était bloqué. Les difficultés morales rencontrées n'étaient pas insurmontables. Un suivi psychologique était nécessaire pour que l'assuré accepte son état et se projette dans un avenir professionnel.

q. L'OAI a établi un projet de décision, le 20 août 2019, dans lequel il a retenu une invalidité de 100 % jusqu'au 30 juin 2018, avec ouverture du droit à une rente pleine, puis de 25 % dès le 1er juillet 2018, ne donnant pas droit à une rente. Pour cette période donnée, l'OAI avait déterminé le degré d'invalidité en fixant le salaire

avec invalidité sur la base de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS) 2016, tableau TA1, niveau 1, indexé selon l'indice suisse nominal des salaires de l'année 2018, soit un salaire annuel de CHF 67'430.- qu'il avait réduit de 10 % (soit à CHF 60'687.-) pour tenir compte des limitations fonctionnelles de l'assuré. Le revenu sans invalidité était de CHF 81'356.- et la perte de gain de CHF 20'669.-, ce qui équivalait à un taux d'invalidité de 25.40 %, arrondi à 25 %.

r. L'assuré s'est plaint par courriel de ce projet de décision au motif que le salaire sans invalidité aurait dû être plus élevé. Dix ans plus tôt, il gagnait CHF 7'500.- par mois. Il avait accepté un salaire de CHF 5'000.- car il ne supportait plus d'exercer le métier de monteur-électricien. Il pensait qu'en avançant en âge, son salaire allait être plus confortable, ce qui n'avait pas été le cas. L'assuré a confirmé, lors d'un entretien téléphonique du 19 septembre 2019, qu'il voulait s'opposer au projet de décision. Il était suivi par le Dr F_____, médecin-psychiatre, consultait un nouveau généraliste en la personne du docteur G_____ et n'était plus suivi aux HUG pour ses problèmes d'épaules.

s. À la demande de l'assuré, son dossier a été transmis par l'OAI au Dr G_____, lequel n'a jamais pris position pour appuyer l'opposition de son patient.

t. En revanche, le docteur H_____, médecin chef de clinique dans l'unité de la chirurgie de la main des HUG, a adressé un rapport au sujet de l'assuré à l'OAI, dans lequel il indiquait que son patient souffrait toujours d'algoneurodystrophie à droite et de l'épaule gauche ; la situation ne s'était pas améliorée. Il estimait toutefois que si une réhabilitation dans un travail adapté à la problématique de l'assuré, soit une utilisation sans charges ni élévation de ses membres supérieurs, pouvait être envisagée, ce dernier pouvait envisager une reconversion professionnelle.

u. Par décision du 10 décembre 2019, l'OAI a confirmé son projet de décision.

C. a. Par acte du 20 janvier 2020, l'assuré a recouru contre cette décision devant la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : CJCAS), en sollicitant une expertise pluridisciplinaire et en concluant, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision attaquée et à l'octroi d'une rente complète. Selon lui, l'OAI n'avait pas instruit la problématique psychiatrique et il n'existait pas d'activité adaptée à sa condition. Il ne jouissait pas d'une capacité de 100 % car le Dr F_____ avait retenu 50 % pour le seul aspect psychiatrique. Il contestait en outre la réduction de 10 % qu'il jugeait insuffisante.

b. Dans sa réponse du 17 février 2020, l'OAI a conclu au rejet du recours, en contestant la nécessité d'instruire davantage l'aspect psychique, le Dr F_____ n'ayant relevé qu'un épisode dépressif d'intensité moyenne, le recourant ayant arrêté son traitement spontanément lorsque la boîte de médicaments avait été vide et n'avait vu son psychiatre que sept fois. En l'absence de gravité de l'atteinte psychique et de sa répercussion sur la capacité de travail, l'intimé jugeait avoir renoncé à juste titre à faire une expertise. Le fait que le recourant avait refusé de

consulter un psychiatre ne signifiait pas qu'il était anosognosique. Du point de vue somatique, le dernier rapport du médecin du recourant, soit le Dr H_____, confirmait la capacité de travail avec les limitations fonctionnelles retenues par l'OAI. Les constatations de PRO ne comportaient pas que les éléments négatifs relevés par l'avocat du recourant. Il y était mentionné un très bon rendement. Un manque de motivation et des difficultés dans la gestion de la douleur avaient été observés, mais des cibles d'activités avaient été mises en évidence. La capacité résiduelle du recourant pouvait dès lors être mise à profit à 100 % dans une activité adaptée. Un abattement de 10 % n'était pas contraire au droit compte tenu des limitations fonctionnelles du recourant et de l'absence d'autres éléments en faveur d'une réduction.

c. Par acte du 12 mars 2020, le recourant a répliqué. Il était limité sur le plan psychiatrique, ce que l'OAI et le SMR avaient refusé de prendre en compte alors que les EPI et PRO l'avaient mentionné. L'aggravation de son état de santé ayant conduit à une incapacité totale de travailler dans son ancienne activité influençait indéniablement son état psychique.

d. Lors de l'audience de comparution personnelle du 1er décembre 2020, le recourant a été entendu et a rapporté souffrir de douleurs aux deux épaules et au poignet droit, ainsi qu'au genou. Il ne prenait pas d'antidouleurs. Sur le plan psychique, il avait souffert d'un burnout quinze ans plus tôt, avait été mis en arrêt de travail durant deux semaines et sous antidépresseurs par son médecin de famille. Il avait repris le travail et la médication prescrite durant un ou deux ans. Il l'avait arrêtée de son propre chef. Il avait connu des baisses de moral par la suite et avait repris des antidépresseurs durant une année ou deux sans suivi psychiatrique. À une occasion, son épouse l'avait conduit en urgence à l'hôpital où des médicaments antidépresseurs lui avaient à nouveau été prescrits. Il avait ensuite souffert de l'épaule droite et avait été opéré mais n'avait jamais récupéré. Son médecin traitant l'avait envoyé chez un psychiatre alors qu'il se plaignait de ses douleurs aux membres. Il était alors allé consulter le Dr F_____ et prenait depuis lors des antidépresseurs. Ses journées type commençaient vers 09h00 ou 10h00 du matin. Il passait la matinée devant la télévision les jambes allongées, son genou l'empêchant de se tenir assis. À midi, il se préparait à manger et retournait sur le canapé jusqu'au retour de son épouse dans l'après-midi. Il l'accompagnait si nécessaire faire des courses et marchait parfois dans le quartier avec un ami.

e. Par courrier du 9 décembre 2020, l'OAI a intégralement persisté dans ses conclusions.

f. Le courrier de l'OAI a été adressé pour information au recourant qui n'a pas fait d'observations, de sorte que 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. La modification du 21 juin 2019 de la LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2021. Dès lors que le présent recours était pendant devant la chambre de céans à cette date, il reste soumis à l'ancien droit (cf. art. 83 LPGA).

3. Déposé dans les forme et délai prévus par la loi (art. 56ss LPGA), le recours est recevable.

4. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations d'invalidité au-delà du 1er juillet 2018.

5. Aux termes de l'art. 8 al. 1er LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activités le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activités. En vertu de 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 un marché du travail équilibré dans son domaine d'activités, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI).

6. a. Les atteintes à la santé 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).

Selon la jurisprudence, en cas de troubles psychiques, la capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant d'évaluer globalement, sur une base individuelle, les capacités fonctionnelles effectives de la personne concernée, en tenant compte, d'une part, des facteurs contraignants extérieurs incapacitants et, d'autre part, des potentiels de compensation (ressources) (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). L'accent doit ainsi être mis sur les ressources qui peuvent compenser le poids de la douleur et favoriser la capacité d'exécuter une tâche ou une action (arrêt du Tribunal fédéral 9C_111/2016 du 19 juillet 2016 consid. 7 et la référence).

Il y a lieu de se fonder sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4).

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 les références). 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).

7. En vertu de l'art. 28 al. 1er LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c). L'art. 28 al. 2 LAI dispose que l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins.

7.1. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou d'autres spécialistes doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 ; ATF 115 V 133 consid. 2). Ces données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral 8C_713/2019 du 12 août 2020 consid. 5.2).

7.2. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il convient que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3 ; ATF 122 V 157 consid. 1c). Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346, consid. 3d).

7.3. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

7.4. S'agissant de la valeur probante des 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un 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 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_405/2008 du 29 septembre 2008 consid. 3.2).

8. L'art. 16 LPGA prévoit que, 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. Il s'agit là de la méthode dite de comparaison des revenus, qu'il convient d'appliquer aux assurés exerçant une activité lucrative (ATF 128 V 29 consid. 1). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient en principe de se placer au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 128 V 174 consid. 4a).

9. Le revenu sans invalidité se détermine pour sa part en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'intéressé aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 428/06 du 25 mai 2007 consid. 7.3.3.1). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant des ESS éditées par l'Office fédéral de la statistique. Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il

aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide ; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 168/05 du 24 avril 2006 consid. 3.3).

10. Il y a lieu de procéder à une réduction des salaires statistiques lorsqu'il résulte de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité ou catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) que le revenu que pourrait toucher l'assuré en mettant en valeur sa capacité résiduelle de travail est inférieur à la moyenne. Un abattement global maximal de 25 % permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b).

    On peut rappeler les principes suivants s'agissant des différents facteurs devant être pris en considération dans l'établissement de l'abattement.

    S'agissant du critère des années de service, il a pour but de tenir compte du fait qu'une personne qui débute dans une entreprise ne réalise en général pas un salaire moyen (Ulrich MEYER / Marc REICHMUTH, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 3ème éd., 2014, n. 108 ad art. 28a LAI). À titre d'exemple, le Tribunal fédéral a retenu que ce facteur justifiait une déduction de 5 % dans le cas d'une assurée âgée de 46 ans (arrêt du Tribunal fédéral 9C_160/2014 du 30 juin 2014 consid. 5.3). Toutefois, les années de service ne constituent pas le seul critère de fixation du salaire dans une nouvelle profession, l'expérience acquise lors des précédentes activités professionnelles a une influence tout aussi importante. En outre, l'incidence des années de service est moins élevée lorsque le profil d'exigences est bas. Ce paramètre n'est pas pertinent s'agissant des activités de niveau 1 (ou 4 avant 2012) de l'ESS (arrêt du Tribunal fédéral 9C_874/2014 du 2 septembre 2015 consid. 3.3.2 et les références).

    En ce qui concerne les limitations fonctionnelles, il est notoire que les personnes atteintes dans leur santé, qui présentent des limitations même pour accomplir des activités légères, sont désavantagées sur le plan de la rémunération par rapport aux travailleurs jouissant d'une pleine capacité de travail et pouvant être engagés comme tel ; ces personnes doivent généralement compter sur des salaires inférieurs à la moyenne (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2013 du 22 août 2013 consid. 5.3).

    Savoir s'il y a lieu de procéder à un abattement sur le salaire statistique en raison de circonstances particulières liées au handicap de la personne ou d'autres facteurs est une question de droit. L'étendue de l'abattement du salaire statistique dans un cas concret constitue en revanche une question relevant du pouvoir d'appréciation (arrêt du Tribunal fédéral 9C_633/2016 du 28 décembre 2016 consid. 5.2). Il y a

excès ou abus du pouvoir d'appréciation si l'autorité cantonale a retenu des critères inappropriés, n'a pas tenu compte de circonstances pertinentes, n'a pas procédé à un examen complet des circonstances pertinentes ou n'a pas usé de critères objectifs (ATF 130 III 176 consid. 1.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_847/2018 du 2 avril 2019 consid. 6.2.3).

Les tribunaux cantonaux des assurances au sens de l'art. 57 LPGA, qui constituent l'autorité de recours ordinaire dans la très grande majorité des cas relevant des assurances sociales, doivent disposer d'un pouvoir d'examen identique à celui du Tribunal administratif fédéral, et ce notamment au regard du principe constitutionnel de l'égalité de traitement de tous les assurés. Cela s'impose d'autant plus que le domaine des assurances sociales comprend de nombreuses situations – dont l'abattement sur le revenu d'invalide en matière d'assurance-invalidité constitue un exemple flagrant – dans lesquelles l'administration dispose d'une marge d'appréciation importante, dont l'application doit pouvoir être contrôlée par l'autorité de recours de première instance (ATF 137 V 71 consid. 5.2). Contrairement au pouvoir d'examen du Tribunal fédéral, celui de l'autorité judiciaire de première instance n'est ainsi pas limité dans ce contexte à la violation du droit (y compris l'excès ou l'abus du pouvoir d'appréciation), mais s'étend également à l'opportunité de la décision administrative (Angemessenheitskontrolle). En ce qui concerne l'opportunité de la décision en cause, l'examen porte sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité a adoptée dans un cas concret dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. À cet égard, le juge des assurances sociales ne peut sans motif pertinent substituer sa propre appréciation à celle de l'administration. Il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (arrêts du Tribunal fédéral 9C_690/2016 du 27 avril 2017 consid. 3.2 et 9C_855/2014 du 7 août 2015 consid. 4.2 et 4.3). Ainsi, lorsque la juridiction cantonale examine l'usage qu'a fait l'administration de son pouvoir d'appréciation pour fixer l'étendue de l'abattement sur le revenu d'invalide, elle doit porter son attention sur les différentes solutions qui s'offraient à l'OAI et voir si un abattement plus ou moins élevé serait mieux approprié et s'imposerait pour un motif pertinent, sans toutefois substituer sa propre appréciation à celle de l'administration (arrêt du Tribunal fédéral 9C_637/2014 du 6 mai 2015 consid. 4.2).

11. 11.1. En l'espèce, l'ensemble des documents médicaux au dossier permettent de retenir que sur le plan somatique la capacité de travail du recourant dans son ancienne activité de monteur-électricien est nulle depuis son opération du mois de septembre 2016.

Les médecins qui ont été amenés à prendre en charge le recourant pour ses atteintes aux membres supérieurs ont constaté ses limitations fonctionnelles et ont posé des diagnostics concordants.

À teneur des rapports médicaux des médecins du recourant, soit le Dr E_____ et le Dr H_____, sur le plan somatique le recourant est cependant apte à exercer une activité professionnelle adaptée à ses limitations à plein temps. Le Dr E_____ a d'ailleurs attesté d'une reprise à 100 % dès le 7 mars 2018.

Il n'existe par ailleurs pas d'élément d'ordre médical au dossier qui viendrait nier que, sur le plan somatique, le recourant peut mettre à profit sa capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations.

Les stages aux EPI et chez PRO ont démontré que le recourant pouvait travailler dans une activité adaptée à ses limitations, malgré ses atteintes somatiques. L'assuré a maintenu un bon rendement chez PRO. Si PRO relevait que dans les conditions d'un atelier protégé, l'assuré était capable d'exercer son métier sur une période réduite estimée, au maximum, à 50 %, il indiquait également qu'il existait des possibilités de réorientation en atelier de bureau, sous réserve d'une mise à niveau sur les outils informatiques, et qu'il était également envisageable d'orienter l'assuré vers les métiers de gérant technique de régie immobilière ou de chef d'équipe dans son domaine d'activités, en développant des notions de management et sa confiance en lui.

Ces éléments, lus en lien avec les avis médicaux posés par les médecins du recourant, confirment que malgré ses atteintes somatiques le recourant dispose d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée.

11.2. En revanche, sur le plan psychiatrique, il est ressorti des stages effectués par le recourant que celui-ci souffrait sur le plan psychique et que cela limitait ses aptitudes.

Interrogé sur l'état de son patient, le Dr F_____ a posé le diagnostic d'un état dépressif récurent, épisode actuel d'intensité moyenne (F33.1). Il a retenu une capacité de travail de 50 % en relevant que l'état dépressif existait depuis de nombreuses années. Il ressort de l'anamnèse dressée par ce psychiatre et des explications fournies par le recourant à l'audience de comparution personnelle que l'atteinte psychique existait en effet depuis une quinzaine d'années et avait donné lieu à plusieurs traitements médicamenteux sans avoir privé - par le passé - le recourant de sa capacité de travail, à l'exception de deux semaines pour cause de burnout. Le Dr F_____ a cependant retenu, à l'issue de son examen, que la capacité de travail de son patient était réduite de 50 % en raison de son état psychique.

L'avis contraire du SMR ne repose pas sur un rapport détaillé d'un médecin psychiatre, de sorte qu'il ne présente pas en l'occurrence de valeur probante face au rapport circonstancié du psychiatre ayant précisément été interrogé sur la capacité de travail du recourant en fonction de son état psychique.

L'on ne saurait ignorer le diagnostic posé par le Dr F_____. Celui-ci permet notamment de comprendre les évaluations de stages. Par ailleurs, le fait que l'état dépressif est ancien et n'a pas privé le recourant de sa capacité de travail par le

passé n'exclut pas - comme l'a attesté le Dr F_____ sur question de l'intimé - que la composante psychique se soit aggravée en raison de la survenance des atteintes somatiques du recourant.

Puisqu'il existe un diagnostic psychiatrique retenu par le Dr F_____ qui n'est pas remis en cause, notamment par un expert psychiatre, la question de l'invalidité causée par cette atteinte se pose.

Le rapport du Dr F_____ n'indique d'ailleurs pas que le recourant aurait exagéré des symptômes ou qu'il existerait une discordance entre les plaintes du patient et le comportement observé. Le thérapeute n'a pas indiqué que les plaintes de son patient l'auraient laissé insensible et le recourant poursuit son traitement et son suivi selon les explications fournies à l'audience devant la chambre de céans.

L'ensemble de ces éléments aurait dû conduire l'intimé à instruire le cas sous l'angle psychiatrique.

La procédure d'établissement des faits n'a cependant que peu porté sur l'aspect psychiatrique malgré le diagnostic posé par le Dr F_____.

Le dossier ne permet pas à la chambre de céans d'évaluer globalement les capacités fonctionnelles effectives du recourant. Il ne comporte pas de constatations relatives aux manifestations concrètes de l'atteinte à la santé diagnostiquée par le Dr F_____ et leurs répercussions sur la capacité de travail de l'assuré. Il n'est pas possible sur la base du seul rapport du psychiatre traitant de distinguer les limitations fonctionnelles causées par l'atteinte psychique de celles dues à des atteintes somatiques ni de connaître le succès du traitement actuellement en cours alors que l'assuré a indiqué être toujours suivi et continuer de prendre des antidépresseurs. Les critères liés à la personnalité de l'assuré et à ses ressources ainsi que le contexte social n'ont enfin été que brièvement évoqués par le Dr F_____.

Pour qu'une atteinte psychique soit reconnue comme invalidante, elle doit remplir des critères indiqués par la jurisprudence (consid. 6ss). En l'occurrence, la chambre de céans ne peut pas statuer sur le recours, dans la mesure où le dossier ne permet pas de comprendre si les critères de classification sont remplis (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1) et 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).

Il convient donc de renvoyer le dossier à l'OAI pour qu'il instruise ce point.

Conformément à son obligation d'instruire (art. 43 al. 1 LPGA) et dans le but de clarifier la capacité de travail du recourant également sous l'angle psychique, il conviendrait que l'intimé procède à une expertise.

Le recours doit en conséquence être admis, la décision querellée annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction et nouvelle décision.

12. Le recourant étant représenté et obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 2'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

13. Au vu de l'issue du recours, l'intimé sera condamné au paiement d'un émolument de CHF 200.- (art. 69 al. 1bis LAI).

* * * * * *

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision du 10 décembre 2019 en tant qu'elle ne reconnaît pas le droit du recourant à une rente d'invalidité à compter du 1er juillet 2018.
4. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision, dans le sens des considérants.
5. Condamne l'intimé à verser au recourant une indemnité de CHF 2'000.- à titre de dépens.
6. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière	La présidente
Marie NIERMARÉCHAL	Marine WYSSENBACH

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