RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2763/2020 **ATAS/760/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 15 juillet 2021

5ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié au PETIT-LANCY, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Diane BROTO	recourant

contre

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

Siégeant : Philippe KNUPFER, Président; Pierre-Bernard PETITAT et Monique STOLLER FÜLLEMANN, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en mars 1964, a fait l'objet d'une communication de détection précoce, transmise par son employeur, les Transports publics genevois (ci-après : TPG), en date du 19 mars 2013 à l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

2. En date du 13 août 2013, l'assuré a fait parvenir à l'OAI une demande de prestations d'invalidité, exposant être en incapacité de travail à 100% depuis le 11 novembre 2011 pour une durée indéterminée et souffrir d'un burnout, d'un état dépressif, de troubles phobiques, de troubles d'adaptation, apparus, environ, depuis le 1er janvier 2019, lesdits troubles étant dus, selon lui, au harcèlement psychologique mené par son épouse. Il indiquait être suivi par le docteur B_____, généraliste, ainsi que par le docteur C_____, angiologue.

3. Interpellé par l'OAI, le Dr B_____ a répondu en septembre 2013 que l'assuré avait été suivi de janvier à novembre 2012 pour un épisode dépressif moyen actuellement en rémission, troubles qui existaient depuis la fin de l'année 2011. Il avait été constaté que le patient pressentait de fortes angoisses, des troubles du sommeil, de la tristesse et des colères contextuelles avec un conflit de couple, mais que le pronostic était bon et qu'une reprise de travail était prévue en octobre 2013 à 100%. Il n'y avait pas eu de traitement et, selon l'évaluation du Dr B_____, il n'y avait pas d'éléments pour une invalidité prolongée, l'activité exercée étant encore exigible à 100%, sans baisse de rendement. Le Dr C_____ a répondu à l'OAI qu'il n'avait pas revu le patient depuis la dernière consultation du 24 juin 2010 et qu'il pensait donc que ses réponses ne seraient pas pertinentes.

4. En date du 9 novembre 2015, le Dr B_____ a fait parvenir au médecin-conseil des TPG, le docteur D_____, un courrier résumant la situation médicale de son patient. Il a informé d'emblée son confrère que la prise en charge et le suivi de ce patient était extrêmement difficile en raison de la non observance des conseils médicaux et de la non compliance médicamenteuse ; en effet, le patient consultait quand bon lui semblait et malgré des mises en garde répétées, il mettait clairement sa vie en danger. Le médecin évoquait toute une série de diagnostics, notamment, une cardiopathie hypertensive, un état dépressif et anxieux sévère assorti d'un refus de consulter un psychiatre, des douleurs vasculaires et neurogènes et une insuffisance artérielle des MI. Il concluait son courrier en déclarant qu'en raison de la non compliance médicamenteuse du patient et de son refus de suivre un traitement, il considérait que la relation de confiance patient-médecin était rompue et suggérait que l'assuré consulte dorénavant à la polyclinique de médecine des hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG).

5. En date du 11 octobre 2016, l'OAI a informé le conseil de l'assuré qu'une expertise médicale pluridisciplinaire était nécessaire et qu'elle serait effectuée au sein du centre d'expertise médical (ci-après : CEMED) de Nyon et confiée aux docteurs E_____ généraliste, F_____, cardiologue et G_____, psychiatre et

psychothérapeute. Il était mentionné que des motifs pertinents de récusation à l'encontre des experts pouvaient être déposés auprès de l'OAI, par écrit, dans les 10 jours.

6. L'expertise pluridisciplinaire a eu lieu les 11 et 15 novembre 2016. Le rapport d'expertise a été rendu en date du 23 février 2017

   Les médecins ont conclu aux diagnostics suivants : un syndrome douloureux régional complexe et une hypertension artérielle ayant une répercussion sur la capacité de travail. S'agissant des diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, les experts ont noté une double fracture ouverte à la cheville gauche à l'âge de 18 ans, une neurolyse endoscopique du nerf ulnaire gauche et neurolyse à ciel ouvert du nerf médian gauche, une dyslipidémie, un tabagisme chronique actif, un trouble anxieux et dépressif mixte (F 41.2) depuis probablement 2015, une possible agoraphobie sans attaques de panique (F40.00) depuis 2012 et l'accentuation de certains traits d'une personnalité narcissique (Z 73.1).

   S'agissant des limitations fonctionnelles, sur le plan physique, il a été noté qu'au niveau de la médecine interne l'assuré ne pouvait pas utiliser sa main gauche et que sur le plan cardiaque il n'y avait pas de limitation fonctionnelle. Sur le plan physique et mental, il n'y avait aucune limitation.

   S'agissant de la capacité de travail dans l'activité habituelle, l'activité de chauffeur de trolleybus n'était plus envisageable sur le plan de la médecine interne, mais sur le plan cardiologique et sur le plan psychique, l'activité de chauffeur pouvait être effectuée à 100% sans perte de rendement.

   En ce qui concernait la capacité résiduelle de travail, sur le plan de la médecine interne la situation n'était pas stabilisée et il y avait lieu de revoir l'évolution dans un délai de six à huit mois ; il était précisé que d'un point de vue médical l'incapacité de travail sur le plan de la médecine interne était de 100 % depuis février 2016 avec des incapacités transitoires antérieurement sur le plan cardiologique ; l'hypertension artérielle sévère entrainait une incapacité de travail mais depuis le 17 mars 2015, suite à la présence d'un comportement tensionnel normal sous traitement il y avait plus d'incapacité de travail en termes cardiaques. Sur le plan psychique il n'y avait aucune incapacité de travail de longue durée.

   À la question de savoir si d'autres activités étaient exigibles de la part de l'assuré, il n'y en avait aucune sur le plan de la médecine interne et sur le plan cardiologique, des efforts importants devaient être évités, mais en revanche, toute activité physique avec des efforts discrets ou modérés pouvait être effectuée à 100% sans perte de rendement ; sur le plan psychique, il n'y avait aucune incapacité.

7. En date du 10 avril 2017, le service médical régional (ci-après : SMR) de l'OAI a rendu un avis médical sous la plume de la doctoresse H_____. Cette dernière a considéré que l'expertise était convaincante et qu'il y avait lieu de suivre ses conclusions ; l'état de l'assuré n'était actuellement pas stabilisé et il était proposé de revoir la situation en août 2017 en posant des questions au docteur I_____, chef

de clinique de l'unité de chirurgie orthopédique des HUG, qui avait opéré le patient et le suivait en rapport avec ses troubles de la main gauche.

8. Interpellé par l'OAI, le Dr I_____ a répondu en date du 24 octobre 2017 qu'il n'avait plus revu l'assuré depuis le 23 mars 2017 et que sur le plan des limitations fonctionnelles, il observait des douleurs, une perte de mobilité et de force et que sa capacité de travail devait être réévaluée.

9. Compte tenu du fait que le Dr I_____ ne pouvait répondre aux questions, le SMR a suggéré, par avis médical du 24 avril 2018, de poursuivre l'instruction.

10. L'OAI s'est adressé au nouveau médecin traitant de l'assuré, le docteur J_____, généraliste, qui a répondu au questionnaire en date du 7 juin 2018. Il suivait l'assuré depuis le 2 mars 2017 et avait effectué le dernier contrôle en date du 31 mai 2018. Le patient le consultait une à deux fois par mois. Selon le médecin traitant, l'incapacité de travail était de 100% depuis le 2 mars 2017 pour une durée indéterminée, en raison d'un état dépressif, un syndrome douloureux complexe et d'une HTA sévère. L'état dépressif était décrit comme étant actuellement en péjoration, le syndrome douloureux complexe suite à une opération du tunnel carpien en août 2016 ne s'était pas amélioré, l'hypertension artérielle était sévère, il y avait une hypercholestérolémie, ainsi qu'une sténose serrée iliaque commune, stable actuellement, avec status post angioplastie ainsi qu'un stent posé en juin 2010. Sur le plan de la médication, l'assuré prenait du Sevikar 20 2x5mg/jour, de l'aspirine cardio 100mg/jour, du Crestastatin 2x5mg/jour, de les l'esomeprazol 40mg/jour, du Brufen en réserve, du Physiotens en réserve et du Brintellix 10mg/jour.

    Les symptômes médicaux étaient une fatigue chronique, un état anxieux, des douleurs au bras gauche, des céphalées, une somnolence et de la faiblesse. S'agissant des diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail, le médecin traitant décrivait l'état dépressif sévère, le syndrome douloureux complexe suite à l'opération du tunnel carpien en 2016, existant depuis 2011, et l'hypertension artérielle sévère. Le pronostic était réservé.

    S'agissant des limitations fonctionnelles, le médecin traitant expliquait que par rapport aux problèmes somatiques, il ne devait pas effectuer d'efforts physiques, mais pour les problèmes psychiatriques et chirurgicaux, il renvoyait l'OAI à examiner ces points avec les spécialistes. Il considérait que, dans une activité adaptée à ses troubles de la santé, un travail à 50% pouvait être effectué en rapport avec les problèmes somatiques qu'il traitait. Le pronostic était réservé quant au potentiel de réadaptation de l'assuré en raison de son état mental, de ses douleurs chroniques, de sa tension artérielle, ainsi que de son traitement psychiatrique et d'un état de faiblesse chronique.

11. L'OAI a interpellé le nouveau psychiatre de l'assuré, le docteur K_____, psychiatre et psychothérapeute, qui a indiqué par avis médical du 16 avril 2019 n'avoir rencontré l'assuré qu'à deux reprises. Selon le médecin traitant, le

diagnostic était celui d'un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F 32.11) sa capacité de travail dans une activité adaptée sur le plan psychiatrique au vu des éléments recueillis, ainsi que des limitations fonctionnelles que présentait l'assuré, était de 50% dans une activité adaptée, avec une possibilité d'évolution de manière favorable à 100% dans des délais raisonnables. Les limitations fonctionnelles constatées étaient le découragement, le sentiment d'incapacité avec évitement de la tâche, la démotivation, la procrastination, l'indécision et le repli social. L'assuré consultait chez la psychologue L_____ à raison d'une fois par semaine.

12. Par avis médical du 3 juin 2019, le SMR, sous la plume du docteur M_____, a recommandé une nouvelle expertise multidisciplinaire en médecine interne, cardiologie et psychiatrie.

13. Contacté par l'OAI, le CEMED a proposé d'expertiser le volet rhumatologique. Le mandat d'expertise pluridisciplinaire a été confié aux docteurs N_____, rhumatologue, G_____, psychiatre et psychothérapeute, et E_____ pour la médecine interne.

14. Le rapport d'expertise pluridisciplinaire a été rendu le 19 décembre 2019. Il a donné lieu à une évaluation consensuelle des trois experts.

    Selon le psychiatre, la capacité de travail psychique restait entière et sans limitation compte tenu du fait que depuis 2016, il observait une évolution vers un épisode dépressif d'intensité légère dont la rémission pouvait être envisagée si l'expertisé acceptait un traitement antidépresseur.

    Selon le généraliste et le rhumatologue, il y avait une discordance entre l'importance des plaintes et les constatations objectives ; les douleurs alléguées existaient et étaient en partie expliquées par des lésions et leur persistance et leur intensité, qui n'empêchait pas de fonctionner dans les activités de la vie quotidienne, ne trouvaient aucune explication, pas plus que le fait que le traitement antalgique prescrit et consommé reste inefficace.

    Les trois experts considéraient qu'une capacité de travail dans une activité adaptée pouvait être fixée à 100% pour autant que la reprise se fasse progressivement avec réentraînement au travail préalable. Si les douleurs persistaient en dépit des traitements, une baisse de rendement pouvait être prévue. Il fallait envisager une activité légère, sans minutie ou précisions, en position assise tout en permettant des changements de position, une absence de travail en hauteur pas de rendement imposé, pas de longue déambulation en terrain inégal.

15. Suite à l'expertise, le Dr M_____ du SMR a rendu un rapport final le 8 janvier 2020. Il considérait que l'expertise était convaincante, qu'elle prenait en compte les plaintes de l'assuré et s'appuyait sur des éléments cliniques approfondis et complétés par des examens paracliniques adéquats ; il n'y avait pas lieu de s'écarter de ses conclusions. Sur le plan psychique, la capacité de travail restait entière et sans limitation, et sur le plan somatique, en tenant compte des limitations

fonctionnelles, il pouvait être retenu une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée. L'assuré était apte à la réadaptation depuis le mois d'octobre 2019.

16. En date du 14 avril 2020, l'OAI a demandé à la caisse cantonale genevoise de compensation (ci-après : la caisse) de calculer la prestation en espèces de l'assuré tenant compte d'un degré d'invalidité de 100% depuis le 1er février 2017 et de 56% dès le 1er janvier 2020. Parallèlement, l'OAI a informé l'assuré d'un projet d'acceptation de rente, par courrier du 14 avril 2020, concluant à l'octroi d'une rente d'invalidité à 100% dès le 1er février 2017, puis à une demi-rente basée sur un taux d'invalidité de 56% dès le 1er janvier 2020 ; en comparant les gains résultant d'une activité sans invalidité, soit CHF 105'322, et d'une activité avec invalidité, soit CHF 45'853.-, la perte de gain s'élevait à CHF 59'469, soit 56%, ce qui donnait le droit à une demi-rente.

17. Par décision du 20 juillet 2020, une rente entière ordinaire a été accordée à l'assuré, de février 2017 à décembre 2019, puis une demi-rente ordinaire dès le mois de janvier 2020 ; une rente complémentaire simple pour enfant destinée à la fille de l'assuré, Maeva, était également octroyée.

18. Par courrier du 11 août 2020, le conseil de l'assuré a demandé la copie intégrale du dossier à l'OAI.

19. Par écritures postées en date du 11 septembre 2020, le conseil de l'assuré a recouru contre la décision du 20 juillet 2020 auprès de la chambre de céans. Il a conclu à l'annulation partielle de la décision du 20 juillet 2020 et qu'il soit dit que l'assuré avait droit à une rente entière au-delà du 31 décembre 2019 avec condamnation de l'intimé aux frais dépens. Le recours était motivé par le fait que l'intimé avait mal apprécié la capacité de travail de l'assuré et que les conclusions de l'expertise pluridisciplinaire du 19 décembre 2019 n'étaient pas probantes.

20. Par complément de recours du 5 novembre 2020, le recourant a demandé l'audition du Dr J_____ et qu'une contre-expertise multidisciplinaire soit ordonnée. Selon le recourant, le rapport d'expertise du 19 décembre 2019 n'était pas probant, car aucune baisse de rendement n'avait été évoquée dans le cas de la capacité résiduelle du travail du recourant, il y avait une confusion entre la notion de baisse de rendement et la notion économique d'abattement incluant les limitations fonctionnelles, la capacité de travail de 100% dès le 1er janvier 2020 était erronée et par voie de conséquence, le calcul du degré d'invalidité de 56.46% était faux. À l'appui de ses écritures, le recourant a transmis des certificats d'arrêts de travail pour cause de maladie signés par le Dr J_____ pour la période 29 février au 30 novembre 2020, ainsi qu'un courrier du 2 novembre 2020 dans lequel le médecin traitant rappelait les troubles de la santé du recourant et considérait, en dépit de l'expertise réalisée par le CEMED, que la capacité de travail de l'assuré, même dans une activité adaptée, était nulle.

21. Par réponse du 3 décembre 2020, l'OAI a rappelé que le juge ne devait pas écarter sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale. L'expertise

n'avait rien de contradictoire et était au contraire très claire et le fait que les médecins traitants aient une appréciation différente n'était pas déterminant selon la jurisprudence. Une nouvelle expertise ne se justifiait nullement et l'intimé concluait au rejet du recours. En annexe était joint un avis médical du SMR daté du 12 novembre 2020 dans lequel la doctoresse O_____ se déterminait sur les nouvelles pièces médicales qui avaient été soumises par le recourant et notamment un rapport médical du 2 novembre 2020 rédigé par le médecin traitant, le Dr J_____ qui considérait l'incapacité de travail du recourant comme totale dans toute activité, notant une péjoration de l'état de santé de son patient d'un point de vue psychiatrique et somatique, suite au confinement, tout en ne remettant pas en cause les conclusions de l'expertise et en estimant que la capacité de travail était de 0% dans une activité adaptée en raison de l'aggravation. Selon le médecin du SMR, il n'y avait aucune description clinique ou examen complémentaire ou traitement qui soit de nature à rendre vraisemblable l'aggravation de l'état de santé, aussi bien sur le plan somatique que psychiatrique du recourant. Ainsi l'appréciation du SMR précédant la décision querellée demeurait valable.

22. Par réplique du 11 janvier 2020, le conseil du recourant a fait valoir qu'il était contradictoire d'alléguer, d'une part, que le recourant avait une capacité de travail de 100% dans le cas d'une activité professionnelle adaptée, tout en conditionnant la reprise d'une telle activité à 100%, à ce qu'elle soit progressive et combinée à un réentraînement au travail et, d'autre part, que les douleurs du recourant ne persistent plus. En raison de ses contradictions, l'expertise n'était pas probante, pas plus que le calcul du degré d'invalidité, par l'OAI, qui s'en était suivi. Le recourant persistait dans ses conclusions.

23. Par duplique du 2 février 2021, l'OAI a précisé que, selon l'expert N_____, les limitations fonctionnelles étaient motivées, en partie par le non-respect des heures de coucher, surtout du lever qui altérait le rythme circadien et le fonctionnement social interpersonnel de l'assuré. De ce fait, ses limitations étaient dues à l'éloignement du marché de travail et ne pouvaient pas être considérées comme durables. Par conséquent, les diagnostics et les limitations fonctionnelles objectivées et durables avaient été clairement décrits par les experts et le recours devait être rejeté.

24. 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. 82*a* 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. Au vu des faits pertinents jusqu'à la décision du 20 juillet 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).

5. 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.

6. Le litige porte sur le bien-fondé de la décision de l'OAI sur l'octroi d'une demi-rente à l'assuré, à compter du 1er janvier 2020.

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

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

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

8. 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).

9. 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).

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

     A. Complexe « Atteinte à la santé » (consid. 4.3.1)

        Expression des éléments pertinents pour le diagnostic (consid. 4.3.1.1), succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à cet égard (consid. 4.3.1.2), comorbidités (consid. 4.3.1.3).

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

     C. Complexe « Contexte social » (consid. 4.3.3)

   - Catégorie « Cohérence » (aspects du comportement; consid. 4.4)

Limitation uniforme du niveau d'activité dans tous les domaines comparables de la vie (consid. 4.4.1), poids des souffrances révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation (consid. 4.4.2).

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

10. 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. A 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).

11. 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. A 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. En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

f. On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en 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. A 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).

12. 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 susceptible 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).

13. 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). A 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).

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).

14. 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).

15. 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).

16. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des

investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

17. En l'espèce, les griefs du recourant sont dirigés contre l'expertise du 19 décembre 2019, sur les conclusions de laquelle l'OAI s'est fondé pour prendre la décision querellée.

    À titre préalable, selon le principe d'appréciation anticipée des preuves, la chambre de céans considère qu'il est inutile d'entendre le Dr J_____ dès lors que ce dernier s'est exprimé par écrit, à plusieurs reprises et que l'on peut en déduire qu'il ne ferait que répéter oralement ses appréciations écrites. S'agissant de la demande d'une nouvelle expertise multidisciplinaire, la chambre de céans la juge inutile dès lors que deux expertises multidisciplinaires ont déjà été réalisées, sous réserve de précisions concernant l'estimation du taux de rendement du recourant, comme cela sera expliqué ci-après.

    Dans un premier grief, le recourant reproche aux experts d'avoir rendu des conclusions contradictoires en considérant que le recourant avait une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée, alors même qu'ils indiquent que la reprise doit se faire progressivement avec réentraînement au travail préalable et dans la mesure où les douleurs persisteraient en dépit des traitements une baisse de rendement dont le taux dépendra de l'activité choisie serait à prévoir.

    Ce faisant, le recourant mélange la notion de pourcentage de capacité de travail et de pourcentage de rendement. En effet, d'une part il convient d'estimer quelle est la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée et d'autre part, comme le souligne l'expert en rhumatologie N_____, en page 20 de son expertise, le taux de rendement dépendra de l'activité adaptée qui a été choisie. Les deux notions étant différentes, on ne peut conclure comme le fait le recourant qu'une capacité de travail de 100% implique nécessairement un rendement de 100%.

De même, et contrairement à ce que semble penser le recourant - sans fournir aucun élément à l'appui de ses allégations - les experts n'ont aucunement confondu les limitations fonctionnelles et la baisse de rendement, l'expert N_____ ayant clairement séparé les limitations fonctionnelles (ch. 8.2 par. 1) et la question du rendement (ch. 8.2 par. 3 et 5).

Dans un second grief, le recourant reproche également aux experts une détermination erronée de la capacité de travail résiduelle du recourant.

Pour ce faire, le recourant se fonde entièrement sur l'évaluation médicale de son médecin traitant, le Dr J_____ qui conclut à une capacité de travail nulle dans toute activité.

Ce faisant, le recourant se fonde sur une appréciation médicale concluant une liste de pathologies contenues dans son courrier du 2 novembre 2020 alors même qu'il n'a jamais été contesté que certaines de ces pathologies n'ont aucune incidence sur la capacité de travail du recourant. Le médecin-traitant n'a pas décrit le lien entre chacune des pathologies et les éventuels effets sur la capacité de travail du recourant ; partant le défaut de motivation ne permet pas de retenir son appréciation globale sur la capacité de travail du recourant, étant ici rappelé 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).

Dans la réplique, il est reproché aux experts d'avoir confondu la notion médicale de baisse de rendement et la notion économique d'abattement.

Comme cela a été vu supra, rien n'indique que les experts aient confondu ces deux notions comme l'allègue le recourant. S'agissant de l'abattement, cette notion a été prise en compte par l'intimé lors du calcul en rapport avec la détermination du degré d'invalidité du 6 avril 2020. L'OAI a retenu un taux d'abattement de 20%, étant ici rappelé que le taux d'abattement maximum est de 25%.

La chambre de céans ne voit pas d'élément qui conduirait à remettre en question le taux d'abattement de 20% fixé par l'intimé, fondé sur les limitations fonctionnelles, qui lui paraît vraisemblable.

Enfin, le recourant reproche également aux experts une contradiction dans le fait d'admettre une pleine capacité de travail dans une activité adaptée tout en recommandant un réentrainement au travail, pour autant que les douleurs ne persistent pas.

Cet élément peut être mis en relation avec les conclusions de l'expert rhumatologue qui indique sous ch. 8.2 respectivement par. 3 et 5, que si les douleurs persistent en dépit des traitements, une baisse de rendement est à prévoir et que le taux de rendement va dépendre de l'activité adaptée choisie.

Si l'on met en parallèle la nécessité d'un réentraînement au travail et la possibilité que le rendement baisse si les douleurs persistent, on ne peut pas conclure que le rendement du recourant soit d'emblée fixé à 100%.

Son rendement dépendra, d'une part, dans une perspective croissante, du temps consacré au réentraînement et des effets du réentraînement au travail sur le rendement et d'autre part, sur le plan décroissant, de l'impact possible des douleurs persistantes - en dépit des traitements - sur la baisse de rendement.

Au vu de ces éléments, l'intimé ne pouvait pas partir du principe que le recourant bénéficiait d'un rendement de 100% et devait, au contraire, postuler que le taux de rendement du recourant était - au moment où la décision a été rendue - inférieur à 100%.

Dès lors, il appartiendra à l'intimé de fixer le taux de rendement, afin d'effectuer le calcul du revenu brut avec invalidité, ce qui aura automatiquement une incidence sur la perte de gain subie en pourcent et éventuellement sur le droit à la rente.

Compte tenu de ce qui précède, la cause sera renvoyée à l'intimé pour qu'il établisse, de manière motivée et au degré de la vraisemblance prépondérante, le taux de rendement du recourant.

Il appartiendra à l'intimé, dans le cadre de l'établissement du taux de rendement de l'assuré, de recourir, cas échéant, à un expert en rhumatologie chargé d'évaluer ce point, étant précisé qu'une nouvelle expertise multidisciplinaire n'est pas nécessaire et qu'un mandat de complément d'expertise, ne portant que sur la question du taux de rendement devrait être suffisant.

Étant encore précisé que sous réserve de l'indication précise d'un taux de rendement, l'expertise du 19 décembre 2019 ne contient pas de contradictions, est exhaustive, fondée sur des éléments objectifs et réalisée à partir des pièces médicales pertinentes. Les experts ont pu examiner l'assuré et ont tenu compte de ses plaintes tout en établissant clairement les éléments objectifs sur lesquels leurs appréciations et leurs conclusions étaient fondées.

18. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis ; la décision du 20 juillet 2020 sera annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour nouvelle décision au sens des considérants.

19. Le recourant obtenant partiellement gain de cause et étant assisté d'un mandataire professionnellement qualifié, une indemnité de CHF 2'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et 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]).

20. Au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé 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 20 juillet 2020.
4. Renvoie la cause à l'intimé pour nouvelle décision au sens des considérants.
5. Condamne l'intimé à verser une indemnité de CHF 2'000.- au recourant à titre de participation à ses frais et 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	Le président
Nathalie LOCHER	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