

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2893/2015

ATAS/133/2016

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 23 février 2016

2^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à CHANCY

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Raphaël MARTIN, Président; Maria COSTAL et Christian PRALONG,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1962, divorcé, père de deux enfants majeurs, est domicilié dans le canton de Genève. Il est titulaire d'un certificat fédéral de capacité de peintre automobile. Il a travaillé en dernier lieu en tant qu'indépendant, apparemment en 2007 (ou 2009, les indications ressortant du dossier étant à cet égard imprécises).
2. Le 27 août 2014, l'assuré a saisi l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI) d'une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI) pour adultes « mesures professionnelle/Rente », en indiquant souffrir de crises d'angoisse, d'hyperventilation et de problèmes neurologiques depuis 2007. Il était suivi depuis mars 2014 par la doctoresse B_____, médecin auprès de la Clinique et Permanence d'Onex SA, et par le docteur C_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.
3. Selon un rapport médical daté du 13 août 2014 de la Dresse B_____, l'assuré souffrait, de façon affectant sa capacité de travail, d'un état anxio-dépressif et de vertiges d'étiologie indéterminée, dans les deux cas depuis 2006 ; il souffrait également, sans répercussion sur sa capacité de travail, d'une hypercholestérolémie, depuis 2014. Il était suivi en traitement ambulatoire par la Dresse B_____ depuis le 19 juin 2014, et l'avait été auparavant, depuis le 11 mars 2014, par le docteur D_____, médecin auprès de la Clinique et Permanence d'Onex SA. Il avait été hospitalisé aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) durant une semaine en 2006 afin que l'origine de ses troubles puisse être déterminée, sans qu'une étiologie n'ait cependant pu être mise en évidence. Selon l'anamnèse, il avait présenté des symptômes anxio-dépressifs depuis 2006, en association avec des vertiges, des bouffées de chaleur et des crises d'angoisse, sans facteur déclenchant identifié ; il avait travaillé de nombreuses années en tant qu'indépendant comme gérant de bar, pour la dernière fois en 2009. Il était depuis lors sans activité professionnelle et était au bénéfice d'une aide de l'Hospice général. Des informations plus précises sur son état psychique et psychiatrique pouvaient être obtenues auprès du Dr C_____ ; l'aspect psychiatrique était au premier plan. Selon la Dresse B_____, il n'y avait pas d'incapacité de travail médicalement attestée de 20 % au moins ; les restrictions de l'assuré se manifestaient sous formes de vertiges, de bouffées de chaleur, de crises d'angoisse, survenant dans n'importe quelles circonstances, et il n'était alors pas possible de les réduire par des mesures médicales ; l'activité exercée n'était plus exigible d'un point de vue médical, et il ne fallait pas s'attendre à une reprise d'une activité professionnelle ou à une amélioration de la capacité de travail de l'assuré. Un bilan neurologique était prévu « prochainement » pour investigation des vertiges à répétition.
4. D'après un rapport médical non daté du Dr C_____, scanné le 24 novembre 2014 (faisant mention d'un dernier contrôle intervenu le 31 octobre 2014), l'assuré souffrait d'un trouble dépressif, épisode actuel moyen (F32.1), depuis janvier 2014. Il était d'humeur triste, souffrait d'anhédonie, d'anxiété, d'attaques de panique,

d'augmentation de l'appétit, de vertiges et de baisse de l'estime de soi, de la motivation, des performances, de la mémoire et de la concentration. Le pronostic était bon sous traitement bien conduit en cas de regain de motivation et d'une bonne réinsertion sociale. L'assuré suivait une psychothérapie hebdomadaire et prenait un traitement pharmacologique, traitements qu'il s'agissait de poursuivre. L'assuré ne travaillait plus depuis des années. Son humeur et ses attaques de panique étaient clairement améliorées, même s'il persistait par moment une sensation de vertiges déclenchée sans raison ou par l'activité physique. Les vertiges qu'il ressentait par moments pouvaient diminuer temporairement son rendement, mais une activité était possible du point de vue psychique en faisant attention de réduire le stress. Toujours d'un point de vue psychique, les restrictions dont souffrait l'assuré pouvaient être diminuées par des mesures médicales, à savoir par la poursuite de la prise en charge pharmacologique et psychothérapeutique, qui permettrait de maintenir une capacité de travail. Une reprise de l'activité professionnelle était possible immédiatement au niveau psychiatrique à 100 %.

5. Le 5 janvier 2015, l'OAI a rendu un projet de décision refusant tout droit à l'assuré à des mesures d'ordre professionnel et à une rente. Il n'y avait pas de maladie justifiant une diminution de capacité de travail de longue durée, donc pas d'invalidité.
6. Par courrier du 17 janvier 2015, l'assuré a contesté ce projet de décision, estimant que celui-ci avait été rendu rapidement sur la base de critères inconnus. Il sollicitait une entrevue avec l'OAI.
7. Lors d'un entretien téléphonique du 23 janvier 2015, l'OAI a expliqué à l'assuré que les médecins de ce dernier ne parlaient pas d'incapacité de travail. L'assuré a alors expliqué être en incapacité de travail depuis 9 mois, attestée par des certificats délivrés par la doctoresse E_____, dont il transmettrait copie à l'OAI. Ce dernier a fait remarquer à l'assuré qu'il n'avait jamais mentionné la Dresse E_____, ni dans sa demande de prestation ni pendant l'instruction.
8. Par courrier du 26 janvier 2015, l'assuré a fait parvenir à l'OAI une copie de onze certificats médicaux délivrés par la Dresse E_____, spécialiste FMH en médecine interne, ou le par Dr D_____ ou la Dresse B_____, tous trois médecins auprès de la Clinique et Permanence d'Onex SA, et attestant d'une incapacité totale de travailler s'étendant du 1^{er} mars 2014 au 31 janvier 2015 pour cause de maladie.
9. D'après un rapport du 19 mai 2015 de la Dresse E_____, l'assuré avait une capacité de travail exigible de 100 % dans une activité adaptée, et il était « dès maintenant » apte à la réadaptation. Comme cause d'une incapacité de travail, mention était faite de la maladie psychique suivie par le Dr C_____, et, au titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail étaient mentionnés le diabète, une hypercholestérolémie, l'obésité, une HTA. Des points d'interrogation figuraient sous les rubriques relatives à une incapacité de travail médicalement attestée de 20 % au moins, sur les restrictions se manifestant au travail, sur une réduction du

rendement, sur la possibilité de réduire de telles restrictions par des mesures médicales. À la question de savoir si l'activité que l'assuré avait exercée était encore exigible, la Dresse E_____, sans répondre « oui » ou « non », a indiqué que l'assuré « ne supporterait plus les responsabilités d'indépendant ou de patron ». On pouvait s'attendre à une reprise d'activité professionnelle ou à une amélioration de la capacité de travail. Des activités dans toutes positions, sauf monter sur une échelle ou un échafaudage, étaient possibles ; les capacités de concentration, de compréhension et d'adaptation de l'assuré n'étaient pas limitées, ni son aptitude à se déplacer ; seule sa capacité de résistance était limitée, du fait de sa difficulté à gérer le stress.

10. Dans un avis du 15 juillet 2015, le docteur F_____ du service médical régional de l'AI (ci-après : SMR) a relevé que la Dresse E_____ n'attestait d'aucune incapacité de travail au-delà du 31 janvier 2015.
11. Par décision du 16 juillet 2015, l'OAI a refusé à l'assuré tout droit à des mesures professionnelles ou à une rente, au motif qu'il ne présentait plus aucune incapacité de travail, aux dires mêmes du médecin ayant signé les certificats d'incapacité de travail couvrant la période du 1^{er} mars 2014 au 31 janvier 2015. Un recours contre cette décision pouvait être formé auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice.
12. Par courrier du 17 août 2015 adressé à l'OAI, l'assuré a fait recours contre cette décision. Il sollicitait un avis médical extérieur à ceux reçus par l'OAI, précisant que ses malaises et ses vertiges persistaient malgré les six médicaments qu'il prenait depuis plus d'une année. Une bactérie cancérigène avait également été découverte dans son estomac, et il souffrait d'un diabète de classe 2.
13. Par lettre du 21 août 2015, l'OAI a indiqué à l'assuré que sa décision du 16 juillet 2015 était sujette à recours auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice dans un délai de 30 jours après l'envoi de ladite décision, les délais ne courant cependant pas du 15 juillet au 15 août inclus.
14. Par courrier du 27 août 2015 adressé à l'OAI, l'assuré a réitéré sa « demande de consulter un autre avis médical et de faire recours », en relevant que son recours avait été formé très largement dans les temps.
15. Par recommandé du 28 août 2015, l'OAI a transmis à la chambre des assurances sociales une copie des courriers de l'assuré des 17 et 27 août 2015, comme objet de sa compétence.
16. Le 31 août 2015, le greffe de la chambre des assurances sociales a invité l'assuré à apposer sa signature originale sur ces copies de courriers jusqu'au 14 septembre 2015, sous peine d'irrecevabilité.
17. Par courrier du 3 septembre 2015, l'assuré a renvoyé ces copies de courriers à la chambre des assurances sociales, en précisant qu'il en avait bien signé les originaux. Son recours était par conséquent recevable. Il a précisé savoir qu'il

n'avait aucune chance d'obtenir gain de cause, malgré la maladie non élucidée dont il souffrait, mais que son « geste justifié (était) une assurance contre l'AI si toutefois il (lui) arrivait malheur dans le futur ».

18. Dans sa réponse du 28 septembre 2015, l'OAI a conclu au rejet du recours. Aucun diagnostic médical pertinent entraînant une diminution importante de capacité de travail n'avait été mis en évidence ; l'ensemble des médecins consultés (à savoir les Dresses B_____ et E_____ et le Dr C_____) estimaient que l'assuré ne présentait pas d'incapacité de travail. L'assuré n'avait pas invoqué ni démontré d'autres faits permettant de considérer le contraire. Les nouveaux diagnostics que l'assuré avançait dans son recours n'étaient étayés par aucun rapport médical. Il ne présentait pas d'incapacité de gain résultant d'une atteinte à la santé. Il n'avait pas droit à des prestations de l'AI.
19. Par courrier du 20 octobre 2015, l'assuré a indiqué à la chambre des assurances sociales qu'il allait prendre le temps de trouver un médecin afin que des examens complets soient effectués, ceux effectués durant l'année écoulée n'ayant consisté qu'en des prises de sang et des mesures de sa tension. Il souffrait toujours de vertiges, lesquels se produisaient dans la journée à n'importe quel moment, malgré les huit médicaments qu'il prenait quotidiennement. Il lui fallait effectuer un examen complet de son estomac, un scanner de la tête et une radiographie des poumons. Il n'était ni drogué, ni alcoolique, ni suicidaire.
20. Le 23 octobre 2015, la chambre des assurances sociales a octroyé à l'assuré un délai au 25 novembre 2015 pour venir consulter les pièces au dossier et pour déposer ses éventuelles écritures.
21. Par courrier du 10 novembre 2015, le recourant a sollicité une prolongation dudit délai, en indiquant qu'il devait faire appel à un médecin de famille, désormais le docteur G_____, et passer une IRM le 12 novembre 2015 à l'hôpital de La Tour, suivie d'une prise de sang et d'examens approfondis en rapport à ses vertiges discontinus « auxquels personne ne trouv(ait) des résultats concrets ».
22. Le 14 décembre 2015, la chambre des assurances sociales a écrit à l'assuré qu'elle n'avait pas reçu les documents médicaux qu'il avait annoncés, et elle lui a imparti un délai au 20 janvier 2016 pour les produire.
23. L'assuré n'a pas donné suite à cette lettre.

EN DROIT

1. a. 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, dès lors que le présent recours porte sur une décision de l'OAI rendue en application de la LAI.

b. La procédure devant la chambre de céans est régie par les dispositions de la LPGA et celles du titre IVA (soit les art. 89B à 89I) de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 (LPA - E 5 10), complétées par les autres dispositions de la LPA en tant que ses articles précités n'y dérogent pas (art. 89A LPA), les dispositions spécifiques que la LAI contient sur la procédure restant réservées (art. 1 al. 1 LAI ; cf. notamment art 69 LAI).

Le présent recours a été interjeté en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA), étant précisé qu'un recours déposé devant une autorité incompétente doit être transmis d'office – ainsi que l'intimé l'a fait en l'occurrence – à la juridiction administrative compétente et le recourant en être averti, l'acte de recours étant réputé déposé à la date à laquelle il a été adressé à la première autorité (art. 64 al. 2 et 89A LPA ; cf. aussi art. 30 et 58 al. 3 LPGA).

Il satisfait aux exigences, peu élevées, de forme et de contenu prévues par l'art. 61 let. b LPGA (cf. aussi art. 89B LPA). L'original du recours, conservé par l'intimé, a été signé par le recourant, comme cela résulte de sa copie versée au dossier.

Le recourant a qualité pour recourir (art. 59 LPGA).

c. Le présent recours sera donc déclaré recevable.

2. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1 ; 127 V 467 consid. 1 et les références ; concernant la procédure, à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur [ATF 117 V 93 consid. 6b ; 112 V 360 consid. 4a ; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b]).

Le droit à appliquer en l'espèce est celui qui était en vigueur lorsque l'office intimé a rendu la décision attaquée, à savoir le droit encore actuellement en vigueur, intégrant les dernières modifications qu'a subies la LAI, en particulier celles de la révision dite 6a du 18 mars 2011, entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2012 (pour mémoire, les deux précédentes révisions de la LAI, des 21 mars 2003 [4^{ème} révision] et 6 octobre 2006 [5^{ème} révision] sont entrées en vigueur respectivement les 1^{er} janvier 2004 et 1^{er} janvier 2008). Au demeurant, ces nouvelles dispositions n'ont pas amené de modifications substantielles sur les sujets pertinents dans la présente affaire, en particulier en matière d'évaluation de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.249/05 du 11 juillet 2006 consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322).

Les dispositions de la LPGA s'appliquent par ailleurs à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément (art. 1 al. 1 LAI). Les modifications apportées par la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée sur le plan de la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA. Il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. Le présent recours porte sur le droit du recourant à des prestations de l'AI, en particulier à des mesures de réadaptation (art. 8 ss LAI) ou à une rente d'invalidité (art. 28 ss LAI). L'intimé retient que le recourant ne subit pas d'atteinte à la santé qui soit invalidante. Le recourant prétend le contraire, sans préciser clairement s'il demande des mesures de réadaptation ou une rente d'invalidité.
4. a. Au titre des prestations que prévoit la LAI figurent les mesures de réadaptation, qui sont destinées aux assurés invalides ou menacés d'invalidité (art. 8 al. 1 in initio LAI). L'octroi de ces mesures suppose qu'elles soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer la capacité de gain desdits assurés ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels – sous réserve, selon l'art. 8 al. 2 LAI, des mesures médicales nécessaires au traitement des maladies congénitales (art. 13 LAI) et des moyens auxiliaires (art. 21 LAI) – et que les conditions propres à chacune de ces mesures soient par ailleurs remplies (art. 8 al. 1 LAI ; Pierre-Yves GREBER, *L'assurance-vieillesse, survivants et invalidité*, in Pierre-Yves GREBER / Bettina KAHIL-WOLFF / Ghislaine FRÉSARD-FELLAY / Romolo MOLO, *Droit suisse de la sécurité sociale*, vol. I, 2010, n. 242 ss, 254 ss, 257 ss).

Quant à lui, l'octroi d'une rente d'invalidité suppose que la capacité de l'assuré de réaliser un gain ou d'accomplir ses travaux habituels ne puisse pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, que l'assuré ait présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable, et qu'au terme de cette année il soit invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI), la rente d'invalidité alors allouée étant un quart de rente, une demie rente, un trois quarts de rente ou une rente entière selon que le taux d'invalidité est, respectivement, de 40 à 49 %, de 50 à 59 %, de 60 à 69 % ou de 70 % ou plus (art. 28 al. 2 LAI).

b. 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 art. 4 al. 1 LAI). L'incapacité de gain représente quant à elle 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 sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). 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 (art. 7 al. 2 LPGA). Pour les personnes sans activité rémunérée, qui sont aussi couvertes par la LAI, la loi consacre une conception particulière de l'invalidité, qui substitue la capacité de travail à la capacité de gain ; est déterminant l'empêchement, causé par l'atteinte à la santé, d'accomplir les travaux habituels, comme la tenue du ménage, l'éducation des enfants, les achats (art. 8 al. 3 LPGA, auquel renvoie l'art. 5 al. 1 LAI).

La notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est en tout état une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est pas à elle seule déterminante ; elle n'est prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1 ; Pierre-Yves GREBER, op. cit., n. 156 ss, 160 ss).

c. Si l'invalidité est une notion juridique mettant l'accent sur les conséquences économiques d'une atteinte à la santé, elle n'en comprend pas moins un aspect médical, puisqu'elle doit résulter d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique. Aussi est-il indispensable, pour qu'ils puissent se prononcer sur l'existence et la mesure d'une invalidité, que l'administration ou le juge, sur recours, disposent de documents que des médecins, éventuellement d'autres spécialistes, doivent leur fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé de l'assuré et à indiquer si, dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, du fait de ses atteintes à sa santé, 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 et les références).

L'exigence d'un fondement médical à l'invalidité vaut aussi pour les mesures de réadaptation, non seulement pour les mesures médicales (art. 12 s. LAI ; ATAS/427/2015 du 16 juin 2015 consid. 6a), mais également pour les mesures d'ordre professionnel, puisque, de façon générale, l'assuré doit être invalide ou menacé d'invalidité pour avoir droit à de telles mesures, à teneur même de l'art. 8 al. 1 LAI, qui, à l'instar de l'art. 4 al. 1 LAI, renvoie à la définition générale de l'invalidité figurant à l'art. 8 LPGA. Cependant, pour l'octroi de mesures de réadaptation, il n'est pas nécessaire que l'invalidité ait atteint le degré minimum ouvrant le droit à une rente d'invalidité ; il suffit que sa nature et sa gravité soient telles qu'elle puisse ouvrir droit aux prestations entrant en considération (art. 4 al. 2 LAI), et il y a menace d'invalidité lorsqu'il est établi au degré de vraisemblance prépondérante que l'assuré perdra sa capacité de gain (art. 1 novies RAI ; Pierre-Yves GREBER, op. cit., n. 260 s. ; Michel VALTERIO, op. cit., n. 1324 ss).

5. a. La maxime inquisitoire régit la procédure (non contentieuse et contentieuse) en matière d'assurances sociales. L'assureur social (ou, en cas de litige, le juge)

établit d'office les faits déterminants, sans préjudice de la collaboration des parties (art. 43 et 61 let. c LPGA ; Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, Procédure et contentieux, in Ghislaine FRÉSARD-FELLAY / Bettina KAHIL-WOLFF / Stéphanie PERRENOUD, Droit suisse de la sécurité sociale, vol. II, 2015, n. 27 ss). Les parties ont l'obligation d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués ; à défaut, elles s'exposent à devoir supporter les conséquences de l'absence de preuve (art. 28 LPGA ; ATF 125 V 193 consid. 2 ; 122 V 157 consid. 1a ; 117 V 261 consid. 3b et les références). Il ne suffit pas que l'assuré allègue des atteintes à la santé ; encore lui faut-il fournir des éléments médicaux les étayant quelque peu, pour que l'assureur social et a fortiori le juge soient tenus d'ordonner ou effectuer lui-même des investigations médicales complémentaires.

b. Comme l'administration, le juge des assurances sociales apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles (art. 61 let. c in fine LPGA). Il 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 (Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, op. cit., n. 78).

c. Quant au degré de preuve requis, 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 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 ; 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 193 consid. 2 et les références). Il n'existe 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 ; Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, op. cit., n. 81 ss).

6. a. En l'espèce, s'agissant des atteintes à la santé alléguées par le recourant devant l'intimé, la Dresse B_____ a fait mention, dans un rapport du 13 août 2014, d'un état anxio-dépressif et de vertiges d'étiologie indéterminée, à titre de diagnostics affectant la capacité de travail, ainsi que d'une hypercholestérolémie, sans effet sur la capacité de travail. Pour elle, l'aspect psychiatrique était au premier plan.

Or, s'il a relevé, en novembre 2014, que le recourant souffrait d'un trouble dépressif en épisode alors moyen, le psychiatre traitant du recourant, soit le Dr C_____, a indiqué que le pronostic était bon sous traitement (une psychothérapie alors hebdomadaire et un traitement pharmacologique), que l'humeur du recourant et ses attaques de panique étaient clairement améliorées, et que, sous réserve d'une diminution temporaire de rendement lors de vertiges, une activité était possible pour peu de veiller à réduire le stress. Il a affirmé que le

recourant, du point de vue psychiatrique, pouvait reprendre une activité professionnelle à 100 %.

De son côté, dans son rapport du 19 mai 2015, la Dresse E_____ n'a cité, comme cause d'incapacité de travail, que la maladie psychique suivie par le Dr C_____, et elle a fait état pour le surplus, au titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, d'un diabète, d'une hypercholestérolémie, d'une obésité et d'une HTA. Elle estimait que la capacité de travail exigible du recourant était de 100 % dans une activité adaptée. Selon elle, le recourant pouvait accomplir des activités dans toutes positions, sauf monter sur une échelle ou un échafaudage, étaient possibles ; ses capacités de concentration, de compréhension, d'adaptation n'étaient pas limitées, ni son aptitude à se déplacer ; seule sa capacité de résistance était limitée, du fait de sa difficulté à gérer le stress.

b. Alors qu'il en a eu toute possibilité tant devant l'intimé que devant la chambre de céans, le recourant n'a pas produit d'autres rapports médicaux contredisant les appréciations précitées émises par ses médecins traitants. Les certificats d'incapacité de travail qu'il a versés au dossier devant l'intimé ne couvrent qu'une période de dix mois, du 1^{er} mars 2014 au 31 janvier 2015 ; ils ne sont d'ailleurs nullement motivés.

c. Dans ces conditions, c'est à bon droit que, par sa décision du 16 juillet 2015, l'intimé a nié que le recourant présentait une invalidité résultant d'une atteinte à la santé, et a estimé qu'il ne remplissait pas les conditions d'octroi ni de mesures d'ordre professionnel ni d'une rente d'invalidité.

d. Quant aux nouveaux diagnostics que le recourant allègue en procédure de recours, en particulier celui de cancer, force est de relever qu'ils ne sont étayés par aucun rapport médical. La chambre de céans ne saurait d'ailleurs entrer en matière sur des atteintes à la santé alléguées pour la première fois devant elle.

7. Le recours doit être rejeté.

La procédure n'étant pas gratuite, en dérogation avec l'art. 61 let. a LPGA (art. 69 al. 1bis phr. 1 LAI), il y a lieu de condamner le recourant au paiement d'un émolument, arrêté en l'espèce au montant minimal de CHF 200.- prévu par l'art. 69 al. 1bis phr. 2 in fine LAI.

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

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

La greffière

Le président

Sylvie SCHNEWLIN

Raphaël MARTIN

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