RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3063/2019 **ATAS/533/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 3 juin 2021

5ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié _____, à ST-LÉONARD, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Monica KOHLER	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 1958, technicien en archéologie, a travaillé jusqu'en 1997 auprès du service cantonal d'archéologie de B_____, puis dès 1999 auprès d'C_____ SA.

2. Du 4 au 10 octobre 2006, l'assuré a été admis aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) et le service de psychiatrie a rédigé un résumé d'intervention en centre de thérapie brève (ci-après : CTB), faisant état d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, sans syndrome somatique F 33.1.

3. De septembre 2008 à août 2010, l'assuré a bénéficié de l'assurance-chômage puis a travaillé pour l'association « caddie service » de mars 2010 à décembre 2011, avant de bénéficier, à nouveau, d'indemnités de chômage du 1er octobre 2011 au 30 septembre 2013.

4. Depuis 2012, l'assuré n'a pu exercer d'activité lucrative du fait de ses problèmes de santé.

5. En 2016, l'assuré a subi un triple pontage coronarien avec opération de la carotide.

6. En date du 14 janvier 2018, il a déposé une demande de prestations invalidité auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en indiquant le triple pontage coronarien sous « atteinte à la santé » et en donnant notamment le nom de son médecin traitant, à savoir le docteur D_____, psychiatre.

7. À la demande de l'OAI, le service médical régional pour la Suisse romande (ci-après : SMR) a rédigé un avis médical du 27 septembre 2018 qui décrivait la réadaptation cardiovasculaire, suite au triple pontage coronarien et qui, sur le plan psychiatrique, décrivait que l'assuré présentait un épisode dépressif moyen selon le docteur D_____, psychiatre de l'association E_____. Un trouble bipolaire, qui aurait fait l'objet d'un suivi aux HUG par le professeur F_____, psychiatre et médecin chef de service, était également mentionné.

8. Par courrier du 1er octobre 2018, l'OAI s'est adressé aux HUG et plus particulièrement à l'unité de Belle-Idée, en demandant un complément d'information sur les problèmes psychiatriques de l'assuré.

9. Par courrier du 11 octobre 2018, le professeur F_____ a répondu que l'assuré n'était plus suivi au département de santé mentale et de psychiatrie et n'avait plus été vu, suite à une évaluation diagnostique en 2007.

10. Le 19 octobre 2018, la doctoresse G_____, spécialiste en médecine interne, a rendu un rapport médical à la demande de l'OAI. Un trouble bipolaire diagnostiqué en 2007, ainsi que de nombreux épisodes dépressifs étaient mentionnés, de même que la maladie coronarienne. Selon le médecin, le trouble bipolaire et un trouble dépressif récurrent, épisode moyen notamment, avaient une incidence sur la capacité de travail.

11. En date du 7 mai 2019, l'OAI a rendu un projet de décision de refus de rente et de mesures professionnelles.

12. Par décision du 24 juin 2019, l'OAI a confirmé le préavis du 7 mai 2019 et a refusé l'octroi d'une rente d'invalidité et de mesures professionnelles à l'assuré, considérant une incapacité de travail de 100% dans son activité professionnelle habituelle de technicien en archéologie, mais une capacité de travail de 88%, dès le 1er août 2016, dans une activité adaptée à son état de santé. Après comparaison des revenus, l'OAI a retenu un degré d'invalidité de 21% qui n'ouvrait pas le droit à des prestations car inférieur à 40%. Par ailleurs, des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées.

13. En date du 26 août 2019, l'assuré a recouru contre la décision du 24 juin 2019 concluant à son annulation, tout en demandant, préalablement, qu'une expertise psychiatrique soit ordonnée. Selon l'assuré, il ressortait à l'évidence de son dossier qu'il était bipolaire, faisait l'objet de dépression récurrente, qui avait notamment conduit à une hospitalisation aux HUG et ne parvenait pas à gérer sa situation sur le plan administratif.

14. Par réponse du 23 septembre 2019, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Il s'est fondé sur l'avis du SMR selon lequel, sur le plan psychiatrique, l'assuré présentait un trouble bipolaire actuellement en rémission, les pièces médicales ne mettant pas en évidence une sévérité de l'atteinte psychiatrique. Dès lors, l'OAI ne jugeait pas nécessaire d'ordonner une expertise psychiatrique du recourant.

15. Par réplique du 15 octobre 2019, le recourant a considéré qu'une expertise était indispensable dès lors que les pièces du dossier ne permettaient pas de trancher les questions contestées. En effet, la problématique psychiatrique avait été laissée de côté par l'OAI, alors que la phobie administrative dont souffrait le recourant rendait impossible de procéder à des démarches et l'empêchait d'accepter sa condition de malade et de se faire soigner en conséquence. Cet aspect n'avait fait l'objet d'aucune investigation. Un certificat médical établi par le docteur H_____, psychiatre et psychothérapeute et médecin-traitant du recourant, attestait des problèmes psychiatriques et l'implication des troubles psychiatriques et somatiques qui rendaient difficile la réhabilitation du patient et sa réinsertion socioprofessionnelle, le praticien jugeant qu'une expertise était nécessaire.

16. L'OAI a dupliqué, considérant que le certificat médical avait été produit ultérieurement à la décision attaquée et ne devait donc pas être pris en compte dans le cas de la présente procédure.

17. Par courrier du 18 décembre 2019, la chambre de céans a informé les parties qu'elle avait l'intention de confier une mission d'expertise psychiatrique au docteur I_____, psychiatre, et leur a fixé un délai pour annoncer une éventuelle cause de récusation dudit médecin.

18. Les parties n'ont fait valoir aucun motif de récusation à l'encontre de l'expert envisagé.

19. Par courrier du 1er octobre 2020, la chambre de céans a communiqué aux parties son projet de mission d'expertise et a fixé un délai pour que ces dernières se prononcent sur les questions qui étaient envisagées dans la mission d'expertise. Par courrier du 13 octobre 2020, l'intimé a proposé d'ajouter deux questions au mandat d'expertise, ce qui a été fait.

20. La chambre de céans a rendu, en date du 6 janvier 2021 une ordonnance d'expertise, nommant le Dr I_____ expert et lui fixant une mission d'expertise psychiatrique.

21. L'expert a rendu son rapport daté du 17 février 2021. Le recourant avait eu un premier entretien avec l'expert en date du 7 janvier 2021, pendant trois heures, puis un second entretien en date du 4 février 2021, également pendant trois heures.

    - l'ensemble des rapports et avis médicaux était récapitulé et était suivi d'une synthèse du dossier, y compris les constatations sur la base du matériel d'observation ;

    - l'entretien était relaté : l'expertisé se plaignant spontanément essentiellement d'une tristesse modérée, mais présente pendant la plupart de la journée, depuis avril 2010, d'une fatigue fluctuante, mais sans changement significatif malgré une amélioration thymique partielle, suite à un suivi psychiatrique, mais sans prise de traitement antidépresseur, malgré la prescription du médecin. L'assuré déclarait vouloir recevoir une rente d'invalidité à 100% en lien avec ses difficultés socio-économiques ou une aide pour une réadaptation professionnelle, dans une activité adaptée d'un point de vue somatique ; il se plaignait des difficultés à trouver du travail à son âge, après une longue pause professionnelle. Les plaintes se focalisaient essentiellement sur une tristesse modérée, un manque de positivité pour son avenir professionnel et le fait que l'OAI ne lui avait pas proposé un travail adapté à son état somatique ; sur demande, il décrivait des idées noires passives, sans désir de passage à l'acte. Il décrivait être soutenu par son entourage et bénéficier d'un suivi psychiatrique, une fois tous les trois mois, mais sans traitement antidépresseur ; il percevait sa maladie comme une souffrance, l'empêchant de voir l'avenir professionnel sereinement, à son âge, après une longue pause professionnelle, mais considérait qu'il gérait adéquatement son quotidien, sans difficultés en dehors des activités lourdes physiquement. L'assuré avait de bonnes ressources et arrivait à gérer adéquatement son quotidien, pour autant qu'il ne soit pas confronté à des situations stressantes, mais se montrait pessimiste pour son avenir professionnel. L'assuré indiquait être le père d'une fille, actuellement âgée de 4 ans, et issue d'une seconde union avec une femme d'origine sénégalaise, née en 1985 ; celle-ci était sans emploi et entretenait des

rapports cordiaux avec l'assuré, qui avait de bonnes relations avec sa fille, qu'il voyait ponctuellement et dont il s'occupait adéquatement quand il en avait la garde ;

- l'assuré décrivait une journée type de la façon suivante : il se réveillait entre 7h et 10h, puis allait s'occuper de l'ensemble des tâches ménagères, des courses, de la préparation du repas, de l'administratif, seul et sans difficulté. Il passait la plupart de son temps chez lui, à lire, regarder la télévision, faire parfois la sieste ; il s'occupait adéquatement de sa fille quand il en avait la garde, se promenait seul ou parfois avec des amis malgré un isolement social partiel, mais pas total. L'assuré était parti deux mois en vacances en Inde, en février 2020, avant d'être rapatrié en Suisse en raison de la pandémie du COVID 19 ; il se préparait ses repas, entretenait le logement, mais évitait les activités lourdes physiquement qu'il ne pouvait pas réaliser ;
- la seule incohérence retenue par l'expert chez l'assuré était une demande de rente d'invalidité à 100%, malgré l'absence de limitation fonctionnelle significative d'un point de vue psychiatrique, chez un assuré qui arrivait à gérer le quotidien sans difficulté et sans aide, du moment que les activités étaient légères physiquement ; il décrivait les avantages secondaires, soit la difficulté à retrouver un emploi à son âge, après une pause professionnelle et sans formation lui permettant de travailler en dehors d'un emploi physique qu'il ne pouvait pas réaliser ; aucune discordance n'était relevée entre les troubles dépressifs récurrents moyens et la description de la journée type. Il y avait discordance entre l'existence d'un trouble bipolaire et l'absence d'un épisode hypomane, l'absence d'un traitement thymorégulateur plaidant contre l'existence d'un trouble bipolaire ; une seconde discordance ressortait de la différence entre la capacité de travail nulle ou diminuée, selon les médecins traitants et la journée type que décrivait l'assuré, qui gérait seul et sans difficulté, son quotidien, son ménage, ses courses etc. ;
- dans ses constatations, l'expert considérait qu'il y avait une excellente coopération d'un assuré qui avait parlé librement à plusieurs reprises, tout en étant très fâché contre l'OAI ; une thymie légèrement abaissée était relatée ; comme constat somatique, il y avait une absence de position antalgique et de mimiques algiques. S'agissant des constats psychiatriques, l'expert relevait uniquement une tristesse modérée, présente la plupart de la journée, une confiance en soi abaissée depuis toujours, mais davantage depuis avril 2016, un appétit augmenté, avec une prise de poids, des idées noires passives, sans désir de passage à l'acte, mais une vision ambivalente de l'avenir professionnel, plutôt pessimiste à cause de son âge, après une longue pause professionnelle, sans pouvoir faire des activités lourdes physiquement ;

- à l'examen des matrices de Raven, les capacités de concentration et intellectuels étaient notées nettement au-dessus de la moyenne, ce qui était discordant avec les plaintes subjectives des troubles de la concentration, l'expertisé obtenant un score de 51/60, ce qui en faisait une personne intellectuellement supérieure. Aucune dépendance n'était notée ;
- à l'examen de l'échelle de dépression de Hamilton, le score observé était de 13 et se situait dans la fourchette d'une dépression légère ; s'agissant de l'échelle d'estimation de la sévérité de la manie Young, le score était de 11, ce qui rendait improbable l'existence d'une manie. Sur l'échelle d'anxiété de Hamilton, le score observé était de 10, soit une anxiété mineure ;
- s'agissant de la personnalité, à l'examen clinique, l'assuré ne présentait pas de comportement durable et stable nettement disharmonieux, l'expert retenait des traits de la personnalité émotionnellement labile et anxieuse qui décompensait ponctuellement et partiellement, ce qui avait pu donner le change, dans le passé, pour un épisode hypomane et un trouble bipolaire ; en conclusion, l'expert retenait un diagnostic Z73.1, soit des traits de la personnalité émotionnellement labile et anxieuse, mais sans influence sur la capacité de travail, car bien que présent depuis le début de l'âge adulte, il n'avait pas eu d'impact significatif sur le quotidien et l'assuré avait pu travailler sans limitation dans le passé durant plusieurs années ;
- s'agissant des troubles de l'adaptation, l'assuré présentait des troubles dépressifs récurrents moyens, actuellement légers, ce qui permettait d'exclure un trouble de l'adaptation ;
- les impressions cliniques globales (GUY) se traduisaient par un score de la gravité de la maladie de 3, soit légèrement malade, et un sentiment d'amélioration globale de 3, soit légèrement amélioré ;
- les diagnostics retenus avec répercussion sur la capacité de travail étaient absents ; s'agissant des diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, l'expert retenait les diagnostics : F 33.11 et F 33.0, soit des troubles dépressifs récurrents moyens et puis légers depuis avril 2016 au présent, sans indice de gravité jurisprudentiel de novembre 2017 ; Z73, soit des traits de la personnalité émotionnellement labile et anxieuse, mais sans influence sur la capacité de travail, car bien que présents depuis le début de l'âge adulte et n'ayant pas empêché un emploi sans limitation dans le passé, ni provoqué des limitations durant la journée type ; et F 40.1, soit une phobie sociale légère ; les indices de gravité des troubles dépressifs étaient ensuite examinés ; il était noté que l'expert objectivait une évolution stationnaire des troubles dépressifs récurrents moyens et puis légers, en l'absence d'un traitement antidépresseur, mais la motivation pour une réadaptation professionnelle était ambivalente, selon l'anamnèse, en lien avec des avantages secondaires ; ce point était encore rappelé sous la rubrique

cohérence, l'expert décrivant un décalage existant entre la fatigue et le constat objectif, ce qui s'inscrivait dans un contexte de traits de la personnalité mixte, avec des bénéfices primaires et secondaires, car l'assuré se disait ambivalent pour une réinsertion professionnelle. En conclusion, les indices jurisprudentiels de gravité pour des troubles dépressifs récurrents moyens et puis légers avec traits de la personnalité mixte, n'étaient pas remplis, depuis avril 2016 jusqu'à présent, dans l'absence de limitations fonctionnelles objectivables ;

- s'agissant de l'évaluation médicale et médico-assuranciel, l'expert notait que les ressources de l'assuré étaient bonnes, car il arrivait à gérer son quotidien sans difficulté ; en cas de prise d'un traitement antidépresseur avec monitoring sanguin les chances de résolution du trouble dépressif léger actuel étaient de l'ordre de 75% dans un an ; toutefois, même en l'absence d'un tel traitement, il n'était pas retenu de limitation fonctionnelle significative et en cas de guérison, l'expert notait que les chances de réinsertion professionnelle étaient faibles, chez un assuré ambivalent pour une reprise professionnelle ;
- s'agissant de l'évolution de la capacité de travail, celle-ci était estimée à 100%, sans baisse de rendement, depuis avril 2016 jusqu'à présent ; en tenant compte de la jurisprudence de novembre 2017, l'assuré pouvait exercer son travail dans l'activité exercée jusqu'ici à 100%, sans baisse de rendement. L'expert notait que la capacité de travail pourrait rester à 100%, mais surtout en cas d'aide pour une réadaptation professionnelle, qui était vivement encouragée. Le dernier emploi était adapté et la performance de l'assuré n'était pas réduite pour des raisons psychiatriques. Il n'existait pas de limitation fonctionnelle significative, mais l'expert insistait sur la mise en place d'un placement professionnel, qui pouvait améliorer le pronostic quant au maintien de la capacité de travail ;
- en conclusion, l'expert notait que l'assuré avait montré un intérêt pour faire une réadaptation professionnelle en tant qu'animateur pour personnes âgées ; il ajoutait qu'une réadaptation professionnelle aurait dû être proposée plus rapidement à l'assuré, dans une activité adaptée de type animateur, ce qui conduisait le médecin à déplorer la durée de la prise en charge de son dossier invalidité.

22. Le rapport d'expertise du 17 février 2021 a été soumis aux parties qui ont pu faire valoir leurs remarques.

23. Par courrier du 25 mars 2021, l'OAI a persisté dans ses conclusions, joignant en annexe un avis médical du SMR, daté du 12 mars 2021, dans lequel la doctoresse J_____a pris note du fait que l'expert ne retenait pas le diagnostic de trouble bipolaire, qu'il n'avait pas retrouvé d'incohérence chez un assuré qui apparaissait authentique, hormis la demande d'une rente pour une personne gérant son quotidien

sans difficultés. Le SMR a noté que les plaintes et les limitations fonctionnelles observées étaient cohérentes et plausibles et en concordance avec l'examen clinique et que l'expert estimait que les critères jurisprudentiels de gravité fonctionnelle n'étaient pas remplis, que la capacité de travail était entière dans toute activité d'un point de vue psychiatrique, sans baisse de rendement. Le SMR a considéré que cette expertise était convaincante et permettait de préciser les diagnostics de l'assuré, confirmant que les conclusions de l'expert rejoignaient celles du SMR, soit l'absence de limitations fonctionnelles d'un point de vue psychiatrique, ce qui conduisait à la conclusion que la précédente appréciation du SMR demeurait valable.

24. Le mandataire du recourant a allégué que ce dernier lui avait avoué avoir été incapable de faire état à l'expert de ses problèmes courants, notamment de sa phobie administrative et plus globalement de son incapacité à s'occuper de ses affaires courantes, soit à gérer adéquatement son quotidien. Selon le recourant, il existait une erreur déterminante en page 41 du rapport, dès lors que l'expert retenait une discordance entre la capacité de travail nulle ou diminuée selon les médecins psychiatres traitants et la journée type chez un assuré qui gérait seul et sans difficulté son quotidien, le ménage, les courses, préparait à manger, gérait l'administratif, conduisait sa voiture et passait de bons moments avec sa fille et avait pu avoir une relation affective récente avec une femme de 25 ans sa cadette avec qui il avait eu sa fille. Le mandataire rappelait que la relation dont il était question avait été le fruit d'un voyage en Afrique, au cours duquel le recourant s'était fait « à l'instar de beaucoup de touristes masculins voyageant seuls, séduire par une africaine qui, évidemment, était tombée enceinte ». Le recourant rappelait qu'il avait fait venir en Suisse la mère de l'enfant qui avait disparu dans la nature, puis l'avait assigné au tribunal dans le cadre d'une action en paiement d'entretien, ce qui avait eu un impact majeur sur son équilibre psychique. Depuis peu, le recourant revoyait sa fille au travers de brèves rencontres, mais il ne s'agissait pas d'un exploit, au contraire d'un élément de faiblesse ayant entraîné une grande souffrance et de la dépression. Le recourant concluait qu'il avait grandement besoin de mesures de réinsertion qui avaient été refusées par l'OAI pour exercer dans le cas d'un travail simple une activité lui permettant de retrouver confiance en lui et de se libérer de ses troubles dépressifs, et demandait à l'OAI d'accepter cette alternative qui permettrait de mettre un terme à la procédure et très probablement d'aider le recourant, tout en limitant les frais médicaux relatifs à son état de santé.

25. Par courrier du 3 mai 2021, l'OAI s'est prononcé sur la question de la réadaptation professionnelle, considérant que les remarques de l'expert, qui déplorait la durée de la prise en charge du dossier de l'assuré par l'OAI, n'étaient pas le fruit d'une appréciation médicale, particulièrement dans la mesure où l'expert avait conclu à une pleine capacité de travail, sans baisse de rendement. Sur la question des mesures de réadaptation professionnelle, l'OAI considérait qu'il était peu vraisemblable que la capacité de gain du recourant puisse être sauvegardée ou

améliorée de manière notable par des mesures d'ordre professionnel, rappelant que le recourant avait une motivation ambivalente quant à une reprise professionnelle, dans un contexte de déconditionnement, avec des avantages primaires et secondaires, comme cela ressortait du rapport d'expertise, en page 41. Dans ces conditions et au regard du principe de proportionnalité, l'OAI considérait qu'il ne se justifiait pas de mettre en place de telles mesures pour un assuré qui était né en 1958 et dont on pouvait raisonnablement exiger qu'il exerce à 87.5% une activité adaptée à son handicap, même sans mesures de réadaptation. Par conséquent, les précédentes conclusions de l'OAI étaient confirmées.

26. 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 pendant, au 1er janvier 2021, devant la chambre de céans, il reste soumis à l'ancien droit (cf. art. 83 LPGA).

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

   Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références).

   En l'espèce, au vu des faits pertinents jusqu'à la décision du 24 juin 2019, 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 refus de l'OAI de toute prestation d'invalidité en faveur du recourant.

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 et 141 V 281 consid. 2.2 et 3.2; arrêt du Tribunal fédéral 8C_841/2016 du 30 novembre 2017 consid. 4.5.2).

   Les principes jurisprudentiels développés en matière de troubles somatoformes douloureux sont également applicables à la fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.1), au syndrome de fatigue chronique ou de neurasthénie (ATF 139 V 346; arrêt du Tribunal fédéral 9C_662/2009 du 17 août 2010 consid. 2.3 in SVR 2011 IV n° 26 p. 73), à l'anesthésie dissociative et aux atteintes sensorielles (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 9/07 du 9 février 2007 consid. 4 in SVR 2007 IV n° 45 p. 149), à l'hypersomnie (ATF 137 V 64 consid. 4) ainsi qu'en matière de troubles moteurs dissociatifs (arrêt du Tribunal fédéral 9C_903/2007 du 30 avril

2008 consid. 3.4), de traumatisme du type « coup du lapin » (ATF 141 V 574 consid. 5.2 et ATF 136 V 279 consid. 3.2.3) et d'état de stress post-traumatique (ATF 142 V 342 consid. 5.2). En revanche, ils ne sont pas applicables par analogie à la fatigue liée au cancer (cancer-related Fatigue) (ATF 139 V 346 consid. 3; arrêt du Tribunal fédéral 9C_73/2013 du 2 septembre 2013 consid. 5).

Dans sa jurisprudence récente (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7), le Tribunal fédéral a modifié sa pratique lors de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques. La jurisprudence développée pour les troubles somatoformes douloureux, selon laquelle il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (ATF 141 V 281), s'applique dorénavant à toutes les maladies psychiques, y compris troubles dépressifs de degré léger ou moyen (ATF 143 V 409 consid. 4.5.1). En effet, celles-ci ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée.

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

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

Par conséquent, il s'agit, comme pour toutes les autres troubles psychiques, de déterminer selon une grille d'évaluation normative et structurée (à cet égard, ATF 141 V 281) si, et le cas échéant, dans quelle mesure un syndrome de dépendance diagnostiqué par un spécialiste influence dans le cas concret la capacité de travail de l'assuré. La gravité de la dépendance dans un cas particulier peut et doit être prise en compte dans la procédure de preuve structurée (consid. 6.3). Ceci est d'autant plus important que dans le cas des troubles de la dépendance – comme dans celui d'autres troubles psychiques – il y a souvent un mélange de troubles ayant valeur de maladie ainsi que de facteurs psychosociaux et socio-culturels. L'obligation de diminuer le dommage (art. 7 LAI) s'applique également en cas de syndrome de dépendance, de sorte que l'assuré peut être tenu de participer activement à un traitement médical raisonnablement exigible (art. 7 al. 2 let. d

LAI). S'il ne respecte pas son obligation de diminuer le dommage, mais qu'il maintient délibérément son état pathologique, l'art. 7*b* al. 1 LAI en liaison avec l'art. 21 al. 4 LPGA permet le refus ou la réduction des prestations (consid 5.3.1).

b. 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 de mettre en regard les facteurs extérieurs incapacitants d'une part et les ressources de compensation de la personne d'autre part (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). Il n'y a plus lieu de se fonder sur les critères de l'ATF 130 V 352, mais 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). Dans ce cadre, il convient 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 limitant les capacités fonctionnelles et, d'autre part, les potentiels de compensation (ressources).

Les indicateurs standard qui doivent être pris en considération en règle générale peuvent être classés selon leurs caractéristiques communes :

- 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).

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 : autoperception 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).

La question des effets fonctionnels d'un trouble doit dès lors être au centre. La preuve d'une invalidité ouvrant le droit à une rente ne peut en principe être considérée comme rapportée que lorsqu'il existe une cohérence au niveau des

limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation de la capacité de travail invalidante n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée.

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).

c. Pour des motifs de proportionnalité, on peut renoncer à une telle évaluation si elle n'est pas nécessaire ou si elle est inappropriée. Il en va notamment ainsi lorsqu'il n'existe aucun indice en faveur d'une incapacité de travail durable, ou si l'existence d'une incapacité de travail est niée de manière convaincante par un avis médical spécialisé ayant pleine valeur probante et que les éventuels avis contraires peuvent être écartés faute de pouvoir se voir conférer une telle valeur (arrêt du Tribunal fédéral 9C_724/2018 du 11 juillet 2019 consid. 7).

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. Expression des éléments pertinents pour le diagnostic et des symptômes

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 (consid. 4.3.1.1).

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

Ce critère est un indicateur important pour apprécier le degré de gravité. L'échec définitif d'un traitement indiqué, réalisé lege artis sur un assuré qui coopère de manière optimale, permet de conclure à un pronostic négatif. Si le traitement ne correspond pas ou plus aux connaissances médicales actuelles ou paraît inapproprié dans le cas d'espèce, on ne peut rien en déduire s'agissant du degré de gravité de la pathologie. Les troubles psychiques sont invalidants lorsqu'ils sont graves et ne

peuvent pas ou plus être traités médicalement. Des déductions sur le degré de gravité d'une atteinte à la santé peuvent être tirées non seulement du traitement médical mais aussi de la réadaptation. Si des mesures de réadaptation entrent en considération après une évaluation médicale, l'attitude de l'assuré est déterminante pour juger du caractère invalidant ou non de l'atteinte à la santé. Le refus de l'assuré d'y participer est un indice sérieux d'une atteinte non invalidante. À l'inverse, une réadaptation qui se conclut par un échec en dépit d'une coopération optimale de la personne assurée peut être significative dans le cadre d'un examen global tenant compte des circonstances du cas particulier (consid. 4.3.1.2).

3. Comorbidités

La comorbidité psychique ne doit être prise en considération qu'en fonction de son importance concrète dans le cas d'espèce, par exemple pour juger si elle prive l'assuré de ressources. Il est nécessaire de procéder à une approche globale de l'influence du trouble somatoforme douloureux avec l'ensemble des pathologies concomitantes. Un trouble qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidant en tant que tel (cf. 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 pris 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).

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

Il s'agit d'accorder une importance accrue au complexe de personnalité de l'assuré (développement et structure de la personnalité, fonctions psychiques fondamentales). Le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du Moi » (conscience de soi et de l'autre, appréhension de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation) entre aussi en considération. Comme les diagnostics relevant des troubles de la personnalité sont, plus que d'autres indicateurs, dépendants du médecin examinateur, les exigences de motivation sont particulièrement élevées (consid. 4.3.2).

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 (consid. 4.3.3).

II. Catégorie « cohérence »

Cette seconde catégorie comprend les indicateurs liés au comportement de l'assuré. (consid. 4.4).

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 (consid. 4.4.1).

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

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 que l'atteinte à la santé assurée (consid. 4.4.2).

Le juge vérifie librement si l'expert médical a exclusivement tenu compte des déficits fonctionnels résultant de l'atteinte à la santé et si son évaluation de l'exigibilité repose sur une base objective (consid. 5.2.2; ATF 137 V 64 consid. 1.2 in fine).

d. Le diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) doit être justifié médicalement de telle manière que les personnes chargées d'appliquer le droit puissent vérifier que les critères de classification ont été effectivement respectés. Il suppose l'existence de limitations fonctionnelles dans tous les domaines de la vie (tant professionnelle que privée). Les médecins doivent en outre prendre en considération les critères d'exclusion de ce diagnostic retenus par la jurisprudence (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1. et 2.2). Ainsi, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la 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, les 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 psychosocial intact (ATF 131 V 49 consid. 1.2).

L'organe chargé de l'application du droit doit avant de procéder à l'examen des indicateurs mentionnés 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).

L'examen des indicateurs standards reste toutefois superflu lorsque l'incapacité de travail est niée sur la base de rapports probants établis par des médecins spécialistes 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 (voir ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 125 V 351 consid. 3a).

9. 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). Selon la nouvelle jurisprudence, il importe plutôt de savoir, si la personne concernée peut objectivement apporter la preuve d'une incapacité de travail et de gain invalidante. Le fait qu'une dépression légère à moyenne est en principe traitable au moyen d'une thérapie, doit continuer à être pris en compte dans l'appréciation globale des preuves, dès lors qu'une thérapie adéquate et suivie de manière conséquente est considérée comme raisonnablement exigible.

   En particulier, 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).

10. 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. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; ATF 115 V 133 consid. 2; ATF 114 V 310 consid. 3c; arrêt du Tribunal fédéral 8C_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2).

b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

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).

d. Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

e. Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de

procéder (art. 49 al. 2 RAI; ATF 142 V 58 consid. 5.1; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

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

g. On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances 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).

11. En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs

psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine).

12. 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).

13. 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).

14. En l'espèce, il convient de rappeler que la capacité de travail du recourant a été estimée par l'OAI à 88% et que les troubles de la santé de nature psychique ont fait l'objet d'une expertise complète, longuement motivée, ayant permis au recourant d'exprimer ses plaintes et ne faisant pas apparaître de contradictions internes.

    La critique formulée par le mandataire du recourant sur le fait que ce dernier n'aurait pas pu exprimer correctement son incapacité à s'occuper du quotidien et sa phobie administrative lors de l'expertise, entre en contradiction avec les constatations de l'expert, notamment quant au caractère détendu de l'assuré dont l'expert note, qu'il est très sympathique et qu'il s'est même permis de faire quelques blagues. On peut douter du fait qu'une personne qui est détendue et qui fait l'objet de deux entretiens de trois heures chacun, « oublie » ou craigne d'exposer à l'expert ce qu'il peut considérer comme des défauts, somme toute mineurs, tels qu'une phobie administrative ou des difficultés à s'occuper des tâches quotidiennes ; les allégations du mandataire du recourant se heurtent également à l'appréciation de l'expert qui a relevé à plusieurs reprises, le caractère authentique du recourant, qui n'a pas hésité à présenter les bénéfices secondaires qu'il tirait de sa situation.

    S'agissant des remarques du mandataire concernant la mère de l'enfant - outre le fait qu'elles ressortissent d'une généralisation discutable sur le caractère des femmes africaines et leurs objectifs par rapport aux touristes européens - il n'en reste pas moins que le recourant a exposé objectivement la situation à l'expert, soit le fait qu'il était séparé, mais conservait des rapports cordiaux avec la mère de sa fille et que ses relations avec sa fille semblaient lui apporter du réconfort. Il convient plutôt d'admettre que la séparation et la procédure en demande de contribution d'entretien intentée par la mère ont très probablement eu, par le passé, des conséquences négatives sur le psychisme du recourant et ont occasionné de grandes souffrances ; néanmoins, on ne peut pas considérer comme établi que ces faits puissent encore avoir un lien de causalité avec la santé psychique du recourant, à l'heure actuelle.

    Le juge ne peut s'écarter, sans motifs impératifs, des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné.

    En dépit des critiques du mandataire du recourant, la chambre de céans considère que l'expert a rendu un rapport pertinent, soigneusement motivé et qui ne présente pas de contradictions qui justifieraient de s'en écarter. Il convient donc d'admettre que le recourant dispose d'une capacité de travail entière sur le plan psychique, ce qui amène à confirmer le taux d'invalidité retenu par l'OAI, dans la décision querellée.

15. Le mandataire du recourant sollicite des mesures de réinsertion professionnelle, étant ici rappelé que le taux d'invalidité du recourant a été estimé à 21%.

D’après la jurisprudence, on applique de manière générale dans le domaine de l’assurance-invalidité le principe selon lequel un invalide doit, avant de requérir des prestations de l’assurance-invalidité, entreprendre de son propre chef tout ce qu’on peut raisonnablement attendre de lui pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité ; c’est pourquoi un assuré n’a pas droit à une rente lorsqu’il serait en mesure, au besoin en changeant de profession, d’obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente (sur ce principe général du droit des assurances sociales, voir ATF 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 consid. 4b et les arrêts cités). La réadaptation par soi-même est un aspect de l’obligation de diminuer le dommage et prime aussi bien le droit à une rente qu’à celui des mesures de réadaptation (art. 21 al. 4 LPGA).

Selon l’art. 8 al. 1er LAI, les assurés invalides ou menacés d’une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d’accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d’octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). Le droit aux mesures de réadaptation n’est pas lié à l’exercice d’une activité lucrative préalable. Lors de la fixation de ces mesures, il est tenu compte de la durée probable de la vie professionnelle restante (art. 8 al. 1bis LAI en vigueur dès le 1er janvier 2008). L’art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent les mesures d’ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital).

Pour déterminer si une mesure est de nature à maintenir ou à améliorer la capacité de gain d'un assuré, il convient d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2 et les références). Celles-ci ne seront pas allouées si elles sont vouées à l'échec, selon toute vraisemblance (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 388/06 du 25 avril 2007 consid. 7.2). Le droit à une mesure de réadaptation suppose en outre qu'elle soit appropriée au but de la réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité, tant objectivement en ce qui concerne la mesure que sur le plan subjectif en ce qui concerne la personne de l'assuré (VSI 2002 p. 111 consid. 2 et les références). Selon la jurisprudence constante, le droit à des mesures de reclassement (et à d'autres mesures de réadaptation professionnelle) à cause d'invalidité ne peut être refusé en raison du manque de faculté subjective de reclassement que dans la mesure où la procédure de mise en demeure prescrite à l'art. 21 al. 4 LPGA a été observée (arrêt du Tribunal fédéral 9C_100/2008 du 4 février 2009 consid 3.2 et les références).

Sont réputées nécessaires et appropriées toutes les mesures de réadaptation professionnelle qui contribuent directement à favoriser la réadaptation dans la vie active. L’étendue de ces mesures ne saurait être déterminée de manière abstraite, puisque cela suppose un minimum de connaissances et de savoir-faire et que seules seraient reconnues comme mesures de réadaptation professionnelle celles se fondant sur le niveau minimal admis. Au contraire, il faut s’en tenir aux

circonstances du cas concret. Celui qui peut prétendre au reclassement en raison de son invalidité a droit à la formation complète qui est nécessaire dans son cas, si sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée de manière notable (ATF 124 V 108 consid. 2a; VSI 1997 p. 85 consid. 1).

Par reclassement, la jurisprudence entend l'ensemble des mesures de réadaptation de nature professionnelle qui sont nécessaires et suffisantes pour procurer à l'assuré une possibilité de gain à peu près équivalente à celle que lui offrait son ancienne activité. La notion d'équivalence approximative entre l'activité antérieure et l'activité envisagée ne se réfère pas en premier lieu au niveau de formation en tant que tel, mais aux perspectives de gain après la réadaptation (arrêt du Tribunal fédéral 9C_644/2008 du 12 décembre 2008 consid. 3). En règle générale, l'assuré n'a droit qu'aux mesures nécessaires, propres à atteindre le but de réadaptation visé, mais non pas à celles qui seraient les meilleures dans son cas (ATF 124 V 110 consid. 2a et les références ; VSI 2002 p. 109 consid. 2a). En particulier, l'assuré ne peut prétendre à une formation d'un niveau supérieur à celui de son ancienne activité, sauf si la nature et la gravité de l'invalidité sont telles que seule une formation d'un niveau supérieur permet de mettre à profit d'une manière optimale la capacité de travail à un niveau professionnel plus élevé.

En l'occurrence et comme relevé plusieurs fois par l'expert, le recourant est ambivalent quant à sa réinsertion professionnelle. Il semble exclure d'emblée toute chance de succès en raison de son âge et de ses limitations fonctionnelles, tout en admettant des bénéfices secondaires.

S'il est vrai que l'expert recommande une telle réinsertion, il faut admettre, comme le rappelle l'intimé, qu'il s'agit d'une question qui sort du domaine de compétence médicale.

Les mesures de réadaptation peuvent être envisagées pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer la capacité de gain du recourant ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels.

Au vu du large éventail d'activités existantes, sans qu'il soit nécessaire de disposer d'une formation préalable et qui sont compatibles avec les limitations fonctionnelles observées, de telles mesures ne sont pas nécessaires.

Le recourant a évoqué devant l'expert son intérêt pour une activité d'animateur pour personnes âgées ; toutefois, il ne fait pas mention d'éventuelles tentatives de sa part pour trouver une telle activité, même à titre bénévole.

Compte tenu de l'ambivalence constatée par l'expert et du manque de motivation, tel qu'il ressort du dossier et qui peut être, éventuellement, la conséquence d'une auto-limitation du recourant, qui semble persuadé que son âge et sa formation ne lui permettraient pas de retrouver une activité professionnelle, la chambre de céans considère qu'il est établi, au degré de la vraisemblance prépondérante que des mesures de réadaptation et plus particulièrement des mesures de réinsertion

professionnelle telles qu'elles sont demandées par le mandataire du recourant dans son ultime courrier, ne présenteraient pas suffisamment de chances de succès pour être ordonnées.

Dès lors, la chambre de céans ne peut que confirmer la décision querellée.

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

La greffière	Le président
Diana ZIERI	Philippe KNUPFER

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