

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1965, marié et originaire de Serbie, est arrivé en Suisse en 2001. L'assuré a accompli des études supérieures à Belgrade, qu'il a poursuivies en Suisse, où il a obtenu un Master en informatique. Dès le 1^{er} avril 2002, il a travaillé à l'Institut de hautes études internationales et du développement (ci-après : IHEID), en qualité de directeur technique informatique. L'essentiel de son activité impliquait l'utilisation d'un ordinateur.
2. Dès le 5 avril 2013, il s'est trouvé en arrêt de travail, en raison d'une déficience ophtalmologique en cours d'investigation, le début de la maladie remontant à 2010. Il a été pris en charge par l'assureur perte de gain maladie de son employeur, Swica organisation de santé (ci-après : Swica ou l'assureur perte de gain), qui a notamment servi des indemnités journalières perte de gain (sur la base d'un taux d'incapacité attesté de 40 % du 5 avril au 31 mai 2013, de 60 % du 1^{er} juin au 31 août 2013 et de 80 % dès le 1^{er} septembre 2013).
3. Le 3 octobre 2013, l'assuré a déposé, via l'assureur perte de gain maladie, une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé). Il a précisé qu'il était suivi depuis avril 2013 par son médecin traitant, le docteur B_____, spécialiste FMH en médecine interne, et depuis juin 2013 par le professeur C_____, spécialiste FMH en neuro-ophtalmologie et médecin adjoint en neuro-ophtalmologie auprès de l'Hôpital ophtalmique Jules-Gonin.
4. Il ressort notamment du dossier de Swica les documents médicaux suivants :
 - le Dr B_____, dans son rapport du 26 juin 2013, a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de troubles de l'adaptation visuelle depuis environ 2012 : l'affection s'était manifestée lors du port de ses lunettes correctrices à la lecture sur ordinateur, déclenchant de violentes nausées et des céphalées.
 - Un courrier du docteur D_____, ophtalmologue FMH. Il avait examiné l'assuré en date du 19 décembre 2012, lequel se plaignait depuis plus de deux ans de difficultés de vision lorsqu'il portait des lunettes et ce, tant pour la vision de près que de loin. Cette gêne était accompagnée de troubles gastriques et de nausées. L'examen ophtalmologique effectué ce jour-là était dans les limites de la norme.
 - Le Dr B_____ a décrit, dans un courrier du 16 septembre 2013, des troubles dysautonomiques lors du port de lunettes de travail. Après quelques minutes la vision se brouillait, suivie de violentes nausées, vertiges et céphalées, crispation abdominale vésicale, tachycardie et malaise. Ces symptômes apparaissaient après deux à trois minutes avec ses lunettes de travail, et après trente minutes avec ses lunettes de distance.

- Dans un rapport de consultation spécialisée du 8 avril 2013, le docteur E_____, spécialiste FMH en neurologie, a posé le diagnostic de possibles réactions adrénérgiques pathologiques à l'exposition à une stimulation visuelle physiologique. Un bilan orthoptique, neuro-ophtalmologique, n'avait pas révélé de pathologie particulière. Il n'y avait pas d'autres troubles visuels, de la sphère bulbair, appendiculaire ou de l'équilibre. Il existait un acouphène à l'oreille gauche depuis trois ans, intermittent et relativement stable à haute fréquence. Les examens pratiqués ne montraient pas de pathologie.
 - Selon le Prof. C_____, dans un rapport de consultation spécialisée du 10 juillet 2013, les problèmes décrits par l'assuré semblaient coïncider avec un traitement médical instauré pour des problèmes de prostate. Le status neuro-ophtalmologique était normal, hormis pour une très minime insuffisance de convergence. Il n'y avait aucune explication organique à la présence des symptômes relevés, hormis pour la légère insuffisance de convergence. Il ne pouvait formuler aucune proposition de traitements spécifiques.
5. Dans un rapport daté du 13 novembre 2013 et destiné à l'OAI, le Dr B_____ a notamment indiqué que les troubles dysautonomiques se péjoraient, apparaissaient de plus en plus rapidement et violemment lorsque l'assuré s'installait devant son ordinateur, ce qui l'empêcherait bientôt de travailler. L'incapacité de travail était évaluée à 80 % dès le 1^{er} septembre 2013 et les limitations dues à l'état de santé concernaient uniquement la vue de près.
 6. Dans un rapport du 15 janvier 2014, le Prof. C_____ a relevé que l'assuré avait essayé une occlusion monoculaire, n'ayant entraîné aucune amélioration des symptômes dysautonomiques à la lecture. Un essai de trois semaines avec correction de presbytie totale avait amélioré la tachycardie, mais les crampes abdominales avaient perduré. Le status neuro-ophtalmologique était normal, sous réserve d'une minime diminution de la convergence.
 7. L'assuré s'est entretenu avec un collaborateur de l'OAI le 22 janvier 2014. Swica avait cessé de verser des indemnités journalières en novembre 2013, arguant que l'incapacité de travail n'était pas motivée. Il était envisagé de soumettre le dossier au service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) et de mettre en place un accompagnement pour la reprise du travail. L'assuré était invité à transmettre un devis pour un logiciel de reconnaissance vocale.
 8. Le 29 janvier 2014, le SMR a indiqué qu'il ne pouvait se positionner définitivement sur les causes des troubles de l'assuré et a préconisé d'obtenir de nouveaux rapports des médecins de l'assuré.
 9. Mandaté par Swica en vue de réaliser une expertise, le docteur F_____, spécialiste FMH en chirurgie des yeux, a établi un rapport le 16 janvier 2014. Selon l'expert, les examens n'avaient pas montré de pathologie, ni d'atteinte de type neurologique. L'examen orthoptique avait mis en évidence une légère exophorie, mais aucun trouble de la convergence. Un examen neuro-radiologique par angio-IRM

(cérébrale et cervicale) était néanmoins préconisé en vue de s'assurer de sa normalité. L'expert n'avait pas de traitement à proposer et le pronostic lui semblait favorable, en raison de la diminution de la symptomatologie au cours des derniers mois. Porteur de lunettes depuis près de vingt ans en raison d'une hypermétropie marquée et d'un astigmatisme bilatéral, c'était seulement depuis le début de sa presbytie que l'assuré était gêné, probablement en raison de difficultés accommodatives. Les symptômes ne paraissaient donc liés qu'au port des lunettes de près et de ce fait, l'évolution devait être favorable. S'agissant de la capacité de travail, l'expert estimait que l'assuré devait reprendre sa profession d'informaticien / pédagogue à un taux plus important que 20 %. Il était essentiel qu'il puisse retrouver rapidement un temps de travail plus conséquent, en reprenant progressivement une activité à la fois devant l'écran et pour ses cours. En raison de sa fatigabilité, une reprise complète ne pouvait être proposée, de sorte qu'était préconisée une reprise dans un premier temps à 40 %, puis augmentée progressivement jusqu'à 60 %, puis à 80 % en fonction des possibilités évaluées à ce moment-là. En conclusion, l'expert relevait que l'assuré avait été examiné par d'éminents confrères, qui n'avaient pu mettre en évidence de cause organique. Les examens effectués par les médecins consultés étaient parfaitement rassurants. Si le patient présentait une exophorie, ses symptômes diminuaient avec le temps, ce qui devait lui permettre de retrouver progressivement sa capacité de travail.

10. Dans un rapport intermédiaire daté du 13 février 2014, le Dr B_____ a fait état d'une évolution lentement favorable, grâce notamment à un travail d'hypnose effectuée avec le docteur G_____, spécialiste FMH en anesthésiologie. L'état de santé s'était globalement amélioré depuis décembre 2013. Le patient ne pouvait travailler en vision de près que quelques minutes et ses symptômes ne paraissaient pas feints, malgré l'absence de maladie somatique identifiable. Il existait certainement une angoisse sous-jacente, ne nécessitant toutefois pas de prise en charge psychiatrique. Quant à une reprise de travail, le Dr B_____ ne pensait pas que le patient pourrait reprendre selon la cadence imposée par Swica.
11. Le 19 février 2014, le Dr G_____, qui traite l'assuré depuis novembre 2013, a confirmé l'apparition, dès 2010, de douleurs céphalées, abdominales, vésicales et d'acouphènes. Les symptômes s'amélioraient progressivement, grâce à un apprentissage de visualisation et de relaxation. Des troubles anxieux, liés à la symptomatologie oculaire, avaient été constatés. Les limitations étaient une tension et une fatigue oculaire, déclenchant la symptomatologie douloureuse (céphalées, acouphènes, douleurs et angoisses). L'activité exercée actuellement paraissait médicalement exigible, mais cela devait être réévalué après le port de nouvelles lunettes. En raison de la fatigue, des malaises, des nausées, des douleurs et des angoisses, le rendement était réduit à deux - trois heures par jour. Un changement de lunettes était préconisé, dont les effets devraient être évalués d'ici deux mois. On pouvait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle à 50 % dès mai 2014.

-
12. Le Dr F_____ a adressé à Swica, le 17 février 2014, copie d'un rapport d'IRM cérébrale établi le 29 janvier 2014 par la doctoresse H_____, radiologue, concluant à un examen normal.
 13. Le Dr G_____ a établi un nouveau rapport le 13 août 2014 : l'état de santé s'était amélioré dès février 2014, avant de rester stable. On pouvait s'attendre à une reprise du travail à 100 %, dès la fin de l'année 2014.
 14. Par communication du 24 septembre 2014, l'OAI a informé l'assuré qu'aucune mesure de réadaptation professionnelle n'était actuellement indiquée.
 15. Dans un avis daté du 11 février 2015, la doctoresse I_____ (ci-après : Dresse I_____), du SMR, a estimé qu'au vu des conclusions de l'expertise ophtalmologique et de l'avis du Dr G_____, l'assuré présentait une incapacité de travail prolongée, suite à une atteinte dysautonomique. Elle invitait l'OAI à obtenir divers documents et renseignements complémentaires
 16. À l'occasion d'un entretien téléphonique avec un gestionnaire de l'OAI, le 13 février 2015, l'assuré a fait part de son souhait de se réorienter dans un nouveau domaine d'activité.
 17. Le 16 février 2015, le Dr F_____ a adressé à Swica un complément d'expertise. Au cours de l'année 2014, les photophobies s'étaient amendées et l'assuré indiquait être capable de travailler aisément entre 12h00 et 16h00, étant moins bien le matin au réveil pendant une trentaine de minutes. Les difficultés étaient toujours liées à la lecture, aux efforts de visualisation sur un écran, et les douleurs oculaires demeuraient inchangées depuis trois ans. L'assuré était suivi en gastro-entérologie pour une œsophagite et une gastrite, ainsi qu'en neurologie. Différentes approches de sa symptomatologie avaient été proposées, dont l'hypnose. S'agissant des constatations objectives, l'acuité visuelle corrigée s'élevait à 120 % pour chaque œil et la faculté visuelle en vision de près était excellente. L'examen du champ visuel s'était révélé dans la norme, tout comme les autres examens pratiqués, et il n'y avait pas de traitement ophtalmique à proposer. La capacité de travail restait limitée en raison de l'utilisation importante devant l'écran de visualisation. L'assuré décrivait néanmoins la possibilité de travailler aisément chaque jour, devant un écran, quatre à six heures de façon plus ou moins continue. Le pire moment de la journée semblait être le matin, après le réveil. Une adaptation des horaires paraissait être une solution acceptable et un fractionnement du travail devait également être envisagé, de même qu'une adaptation du poste avec projection sur un écran par beamer. S'il existait une fatigabilité à prendre en compte, on pouvait exiger, selon l'expert, une capacité de travail d'au moins 80 %, étant précisé que la capacité de travail sur le marché de l'emploi dépendait de la distance de vision et de l'effort attentionnel.
 18. En mars 2015, l'employeur a produit les certificats d'incapacité de travail en sa possession, dont ressortaient les taux d'incapacité suivants : 40 % du 5 avril au 31 mai 2013, 60 % du 1^{er} juin au 31 août 2013, 80 % du 1^{er} septembre 2013 au

28 février 2014 ; 70 % du 1^{er} au 31 mars 2014 ; 60 % du 1^{er} au 30 avril 2014, 50 % du 1^{er} mai au 31 juillet 2014 ; 100 % du 1^{er} au 31 août 2014 ; 50 % dès le 1^{er} septembre 2014.

19. Dans un rapport adressé à l'OAI le 20 avril 2015, le Prof. C_____ a indiqué que le status neuro-ophtalmologique était absolument normal et l'acuité visuelle de 100 % des deux côtés, de loin comme de près (avec correction). Il n'y avait pas d'atteinte ophtalmologique au sens strict et le problème de l'assuré était une « difficulté à s'adapter aux lunettes ». Le Dr C_____ n'était pas en mesure de dire si une incapacité de travail dans son métier était justifiée. Dans une activité adaptée, ne nécessitant pas de lecture prolongée ou de travail continu avec un écran, la capacité de l'assuré serait de 100 %, mais il ne pouvait répondre à la question de savoir quel emploi serait adapté.
20. Dans un rapport du 6 mai 2015, la Dresse I_____ (SMR), s'est ralliée aux conclusions de l'expert F_____ et a retenu une capacité de travail exigible de 100 %, avec une baisse de rendement de 20 % (liée aux troubles dysautonomiques et à la fatigabilité de l'assuré), dans toute profession, y compris l'activité antérieure.
21. Le 18 mai 2015, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision de refus de prestations.
22. Le 11 juin 2015, l'assuré s'y est opposé, arguant en substance qu'en dépit des réels efforts qu'il avait entrepris pour reprendre son travail à plein temps, cela lui était impossible à plus de 50 %. Son employeur, ses collègues et ses médecins pouvaient attester tant de son incapacité de travail que de sa motivation à travailler normalement dans son métier qui le passionnait. Il était disposé si besoin à changer d'activité, mais se demandait laquelle n'impliquerait pas de lecture. Il se disait ouvert à d'autres activités qui lui permettraient de travailler normalement ; il sollicitait un entretien.

À l'appui de ses objections, l'assuré a notamment produit un courrier de son employeur, et un rapport complémentaire du Dr B_____ daté du 22 juin 2015, déplorant que l'expertise du Dr F_____ ne soit basée que sur des mesures objectives ophtalmologiques et neuro-ophtalmologiques, sans prendre en compte la description des symptômes ressentis, le handicap professionnel en résultant et tous les efforts (respectivement traitements) entrepris avec motivation par le patient pour améliorer sa situation. L'expertise et les mesures effectuées lors de cette dernière l'avaient été un matin, alors que le patient était asymptomatique, et le problème n'était pas une mauvaise qualité de vision, mais une incapacité à soutenir les efforts visuels dans le temps. L'assuré ne demandait pas tant une rente qu'une aide et des conseils pour se réinsérer professionnellement.

23. Dans un bref avis daté du 30 septembre 2015, le docteur J_____ (SMR) a relevé que le Dr B_____, dans son rapport de juin 2015, confirmait que l'assuré ne présentait pas d'atteinte ophtalmologique et insistait sur le fait qu'il n'était pas de type « simulateur ». Le SMR maintenait ses conclusions.

24. Par décision du 2 octobre 2015, l'OAI a confirmé son refus de toute prestation : étant donné que l'assuré exercerait une activité à raison de 100 %, son degré d'invalidité était associé à son incapacité de travail à l'issue du délai de carence. Au vu du dossier et notamment des deux expertises diligentées par l'assureur perte de gain, le SMR estimait que sa capacité de travail était de 100 % dans toute activité, avec une baisse de rendement de 20 %. À l'issue du délai d'attente (5 avril 2014), l'assuré présentait une incapacité de gain de 20 %, inférieure au seuil de 40 % ouvrant le droit à une rente. Des mesures professionnelles ne se justifiaient pas.
25. Dans un rapport du 14 décembre 2015 adressé à l'avocate de l'assuré, la doctoresse K_____, qui suit l'intéressé depuis le mois de septembre 2015, a retenu le diagnostic de troubles de somatisation (F45.0), présents depuis 2011. L'assuré présentait des symptômes physiques multiples, déclenchés par l'usage de la vision de près après environ une heure : une fatigabilité visuelle survenait rapidement, puis, avec un délai variable, des douleurs ophtalmiques, périorbitaires, faciales et céphaliques, s'étendant jusqu'à l'abdomen, au bassin, aux organes génitaux, aux articulations, jusqu'à devenir quasiment ubiquitaires. Ces douleurs s'accompagnaient de symptômes dysautonomiques de manière variable (palpitations, tachypnée et troubles de l'équilibre). Depuis 2011, ces symptômes persistaient et s'étaient progressivement péjorés de 2011 à 2014. Ces troubles avaient de multiples conséquences d'ordre professionnel, social et familial. Comme le recourant n'avait pu travailler qu'à temps partiel depuis plusieurs années à cause des symptômes et qu'il venait d'être licencié de ce fait pour fin décembre 2015, on pouvait dire que l'intensité du trouble était sévère et que ses conséquences professionnelles, sociales et familiales étaient très importantes. Au cours des cinq dernières années, le recourant avait bénéficié de nombreuses investigations et tentatives de traitement, sans qu'une cause organique pouvant expliquer ses troubles n'ait pu être décelée. Il s'agissait d'une caractéristique des troubles somatoformes (F45), dont la somatisation faisait partie. Il n'y avait aucune raison de mettre en doute ce que le patient disait de sa symptomatologie et il n'y avait pas d'incohérence dans l'histoire de son suivi. Les conséquences socio-professionnelles sévères de ses troubles ne lui apportaient aucun bénéfice direct, mais au contraire des pertes à tous les niveaux. L'assuré avait suivi des formations en hypnose et en méditation pleine conscience, nécessitant une implication totale et authentique. Du point de vue des comorbidités, la symptomatologie était compatible avec une dysthymie (F34.1). Suite au licenciement de l'assuré, les risques liés à une inactivité professionnelle prolongée, voire à une désinsertion, étaient majeurs. Le fait d'accompagner le recourant vers une réinsertion professionnelle paraissait donc fondamental.
26. Saisie d'un premier recours, à l'appui duquel l'assuré se prévalait notamment du rapport précité de la Dresse K_____, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la CJCAS), par arrêt du 9 mai 2016, a annulé la décision

du 2 octobre 2015 et renvoyé la cause à l'OAI pour instruction complémentaire. La CJCAS a retenu en substance que le rapport établi par la Dresse K_____, psychiatre traitante, était motivé, quoiqu'incomplet puisqu'il ne se prononçait pas, entre autres, sur le taux de l'incapacité de travail et sur une éventuelle diminution de rendement. Le trouble psychique (somatisation - F45.0) diagnostiqué par la psychiatre était présent depuis 2011, selon cette praticienne, et ses constatations ayant trait notamment à la réalité des symptômes dont il souffrait n'étaient pas contredites par d'autres avis médicaux. Invité à se déterminer sur ce rapport, le SMR avait conclu au renvoi du dossier, relevant qu'en l'absence d'expertise psychiatrique et au regard des nouveaux éléments invoqués, il était nécessaire de revoir l'entier du dossier pour évaluer la situation à la lumière des nouveaux indicateurs jurisprudentiels. Conformément à la proposition de l'intimé, à laquelle souscrivait le recourant, il se justifiait de renvoyer la cause à l'administration pour qu'elle complète l'instruction.

27. En août 2016, l'OAI a obtenu copie de divers documents émanant de l'assurance-chômage, dont il ressort que l'assuré s'était inscrit au chômage à 100 %. Parmi les documents de l'assurance-chômage, figuraient notamment :
- un certificat du Dr B_____ du 12 janvier 2016, attestant que l'assuré pourrait assumer un poste de travail à 100 %, ne mettant pas à contribution sa vision de près plus d'une heure par jour environ.
 - Divers certificats de la Dresse K_____, attestant d'une incapacité de travail de 60 % du 1^{er} avril au 31 mai 2016, puis de 20 % dès le 1^{er} juin 2016.
 - Un rapport établi le 27 avril 2016 par la doctoresse L_____, médecin-conseil de l'office cantonal de l'emploi : l'assuré ne pouvait plus exercer une activité nécessitant la vision de près. Sa formation de pédagogue lui permettait d'envisager un travail de coaching professionnel en face à face ou de la formation pour adultes. Actuellement, l'assuré était en arrêt de travail à 60 %, mais il pensait pouvoir prétendre à une capacité de travail de 50 % dans un premier temps (besoin d'évaluer sa résistance dans la place de travail). Une réflexion autour du travail de coaching auquel se destinait l'assuré paraissait utile.
28. Le 6 février 2017, la représentante de l'assuré a invité l'OAI à la renseigner sur les démarches entreprises suite à l'arrêt du 9 mai 2016.
29. Par courrier du 14 mars 2017, la représentante de l'assuré a rappelé que l'assurance-invalidité avait été sollicitée d'abord en vue d'une réintégration professionnelle, dans la mesure où son client n'était plus en mesure d'exercer son activité habituelle. Elle a requis le soutien de l'OAI afin de mettre en place un suivi par le Service Romand d'informatique pour handicapés de la vue (SRIHV), lequel devait permettre d'accompagner l'assuré à reprendre une activité malgré ses problèmes de vue.

30. L'OAI a mandaté le docteur M_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, en vue de réaliser une expertise. Dans un rapport du 8 juillet 2017, contresigné par le docteur N_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, les experts ont conclu à une absence de diagnostic psychiatrique. S'agissant du status, les experts ont notamment relevé que l'assuré, collaborant, avait répondu sans problèmes aux questions. Sa bonne mémoire avait permis de reconstruire l'anamnèse sans difficulté et il n'existait pas de trouble de l'attention, de la concentration, ni d'autres éléments susceptibles d'évoquer un trouble cognitif. Du point de vue formel, le discours était de très bonne qualité et l'idéation satisfaisante. Au niveau de la personnalité, l'assuré était capable d'humour, parfois noir, et sa réflexion sur son parcours témoignait de très bonnes aptitudes de mentalisation. L'assuré se montrait timide, avec une priorité à l'action. Ses capacités d'introspection étaient satisfaisantes. Sur le plan des relations interpersonnelles, il aimait faire plaisir aux autres et se sentait en sécurité avec les personnes qu'il connaissait bien. Il avait tendance à éviter les confrontations avec les autres, mais parvenait à exprimer son avis. Son système défensif était à prédominance névrotique, avec des défenses évoluées telles que l'intellectualisation et la sublimation. S'agissant du traitement, l'assuré était suivi par un psychiatre, la Dresse K_____. Aucun trouble psychiatrique ne permettait d'expliquer les symptômes de l'assuré, mais un suivi psychiatrique paraissait opportun afin de suivre son évolution et d'éviter de potentielles rechutes dépressives. Il était par ailleurs envisageable d'introduire, pendant les crises de l'assuré, un traitement de benzodiazépines à petites doses, mais un tel traitement n'aurait pas de visée curative. S'agissant de la coopération de l'assuré, les experts relevaient que l'intéressé avait travaillé pendant plusieurs années, qu'il avait témoigné d'une attitude proactive en montant ses propres entreprises au Kenya et qu'après avoir été licencié en 2015, il avait poursuivi ses efforts pour travailler, notamment depuis son domicile, en donnant occasionnellement des cours. L'assuré présentait, selon les experts, une motivation intacte pour trouver et maintenir une activité professionnelle. S'agissant de la cohérence, l'assuré se plaignait essentiellement de problèmes somatiques (troubles visuels, douleurs) et son comportement durant l'entretien suggérait une souffrance réelle, sans élément en faveur d'une simulation. S'agissant du diagnostic de somatisation évoqué par la Dresse K_____, les éléments permettant de le retenir n'étaient pas réunis : en particulier, l'assuré ne présentait pas une tendance exagérée à chercher différents thérapeutes et son attitude face aux explications médicales paraissait raisonnable. L'assuré ne présentait pas davantage de pensée opératoire ou de fonctionnement de type alexithymique, de sorte qu'un trouble somatoforme ne pouvait pas non plus être diagnostiqué. S'agissant des ressources personnelles, l'assuré présentait de très bonnes capacités intellectuelles, était fiable, régulier, adhéraait aux traitements et avait la capacité à construire de bons liens thérapeutiques. En outre, il était persévérant dans la recherche de solutions pour sa problématique. Au plan psychiatrique, l'assuré paraissait apte à reprendre une activité professionnelle à

100%. Les experts relevaient que dans ce contexte, il leur paraissait opportun de l'aider à retrouver une activité adaptée à ses difficultés (troubles visuels, douleurs et fatigue).

31. Dans un rapport transmis à l'OAI le 19 septembre 2017, le Dr B_____ a relevé que depuis 2013, l'assuré avait notamment consulté trois ophtalmologues différents, de même que les services neuro-ophtalmologiques des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) et du Centre hospitalier universitaire vaudois (ci-après : CHUV), un neurologue, un gastro-entérologue, un urologue et un médecin ORL aux HUG. L'assuré avait également eu recours à différentes thérapies (acupuncture, hypnose, ostéopathie, fasciathérapie, musicothérapie, thérapie MBSR, biorésonance, etc.) et à de multiples traitements, en vain (Xanax, Surmontil, Cymbalta, Sirdalud, bêtabloquants, etc.). L'assuré restait peu convaincu par les explications des thérapeutes et continuait à s'interroger sur les causes neurobiologiques de ses symptômes. Sa situation était très frustrante, tant pour lui que pour ses thérapeutes, lesquels se sentaient impuissants pour lui apporter une solution ou une aide, qu'il recherchait sincèrement. Le Dr B_____ estimait que l'expertise n'intégrait pas ces éléments importants ni l'évolution des trois dernières années, son dernier rapport adressé à l'AI datant de 2013. À l'époque, il avait été espéré une amélioration permettant une réintégration progressive sur le marché du travail, mais malheureusement, l'assuré n'avait pas pu retrouver une capacité de travail supérieure à 50 %. Le Dr B_____ indiquait qu'il lui était apparu de plus en plus clairement que la cause des symptômes était d'origine psychiatrique, en lien avec un trouble somatoforme, mais que l'intelligence du patient et l'absence d'autres symptômes psychiatriques rendaient ce diagnostic difficilement reconnaissable par un médecin - même psychiatre - non spécialisé dans ce domaine particulier. Le Dr B_____ s'étonnait du peu de place laissé à l'avis de la Dresse K_____ et se disait persuadé que les symptômes de l'assuré étaient bien réels et engendraient un handicap qui devait être reconnu.
32. Dans un rapport adressé à l'OAI le 11 octobre 2017, la Dresse K_____ a reproché à l'office de ne jamais lui avoir demandé de rapport au sujet de l'assuré, précisant que celui de décembre 2015 n'était qu'un bref courrier adressé à son avocate, mais pas un rapport complet adressé à l'OAI. En outre, l'expertise psychiatrique semblait avoir été faite sans rapport écrit de sa part, puisque son bref courrier ne figurait pas dans la liste des documents énoncés par les experts. Son entretien téléphonique avec l'expert n'avait duré que 10 minutes et avait porté sur des questions ciblées en lien avec la compliance, la régularité du patient, ainsi que l'historique du traitement psychotrope et des mouvements dépressifs. Aucune question ne lui avait été posée au sujet des plaintes somatiques de l'assuré, des autres thérapeutes consultés, de la cohérence et de la présence / absence d'un trouble somatoforme douloureux ou d'un trouble fonctionnel dissociatif. Par ailleurs, les experts avaient exclu le diagnostic de somatisation en affirmant à tort que « l'expertisé ne présente pas une tendance exagérée à chercher différents diagnosticiens / thérapeutes [...] », alors

que l'assuré avait au contraire consulté de nombreux spécialistes en plus de ses médecins traitants (NDR : la Dresse K_____ a dressé dans son rapport une liste comprenant une vingtaine de thérapeutes). Cela reflétait la difficulté de l'intéressé à accepter les propos rassurants des médecins confirmant l'absence de cause organique, ce qui constituait justement l'un des trois critères nécessaires pour poser un diagnostic de somatisation. Pour écarter une somatisation, les experts avaient également affirmé que « l'expertisé [...] ne présente pas de pensée opératoire ou de fonctionnement de type alexithymique », alors qu'il ne s'agissait pas d'un critère reconnu permettant d'infirmier un diagnostic de somatisation, selon la classification internationale. Enfin, la Dresse K_____ estimait que les documents sur lesquels s'étaient appuyés les experts ne reflétaient pas du tout l'état actuel du dossier médical, puisque depuis 2013, d'autres intervenants avaient été consultés, dont notamment une neurologue spécialisée dans les troubles fonctionnels, la docteure O_____. La Dresse K_____ en concluait que l'expertise psychiatrique était incomplète, que son anamnèse était superficielle et qu'elle n'analysait pas rigoureusement la question d'un trouble somatoforme et / ou d'un trouble fonctionnel.

33. Le 31 octobre 2017, la Dresse K_____ a adressé à l'OAI un rapport très détaillé (NDR : 26 pages), confirmant les diagnostics incapacitants de somatisation (F45.0) et d'atteinte sensorielle dissociative (F.44.6), rapport dont le contenu sera discuté ci-après en tant que de besoin. Après avoir retracé l'anamnèse et discuté des diagnostics retenus, la Dresse K_____ a exposé que le caractère fluctuant des taux d'incapacité de travail qu'elle avait attestés reflétait la difficulté qu'elle avait eu à évaluer cette incapacité et la fluctuation des symptômes. Rétrospectivement, elle pensait qu'à certaines périodes, notamment en 2016, elle avait cédé à la tendance du patient de surestimer sa capacité de travail, mais que l'incapacité réelle avait toujours été plus proche de 50-60 % (que de 20-30 %). Sous l'angle de la jurisprudence relative aux atteintes sans étiologie claire, elle relevait que l'atteinte lui paraissait sévère, générait une détresse importante et affectait le quotidien de l'assuré dans tous les domaines de la vie, avec des limitations directement liées à ses symptômes. Il existait par ailleurs des liens étroits entre les événements stressants, générateurs de conflits internes, et l'apparition des symptômes. Selon elle, les deux diagnostics retenus étaient deux expressions différentes d'un même trouble et non des comorbidités. De nombreux médecins ayant vu l'assuré s'accordaient sur le fait que ses plaintes étaient authentiques et qu'il n'était pas un simulateur. L'assuré s'était énormément investi personnellement, en suivant un cours universitaire de MBSR, en faisant de l'hypnose et en suivant une psychothérapie pendant deux ans. Il était désireux de continuer à subvenir aux besoins du couple, avait demandé des mesures de réadaptation à l'AI et refusait d'envisager l'aide sociale. En conclusion, la psychiatre jugeait important d'évaluer les possibilités de réadaptation de l'assuré dans une activité professionnelle nécessitant moins l'usage de la vision de près et d'évaluer de quelles aides il pourrait bénéficier, tout en relevant cependant qu'elle peinait à imaginer dans quel

type d'activité il pourrait se reconverter sans que cela ne comprenne au moins une formation nécessitant l'usage de la vision de près. Elle suggérait un « essai » par des spécialistes en réadaptation et, en cas de trop grande difficulté, une rente.

34. Le 8 juin 2018, l'OAI a transmis à l'assuré un projet de décision de refus de rente.
35. Le 12 juillet 2018, l'assuré s'y est opposé, arguant en substance que l'instruction médicale entreprise par l'OAI était incomplète et que l'expertise psychiatrique - établie sur la base d'un dossier incomplet et dans l'ignorance des nombreux thérapeutes consultés - n'était pas probante, de sorte qu'il convenait de se fonder sur le rapport convaincant établi par la Dresse K_____ en octobre 2017. En tout état de cause, il était établi qu'il souffrait d'une atteinte invalidante et que des mesures professionnelles étaient indispensables afin qu'il puisse mettre à profit son éventuelle capacité de travail sur le marché de l'emploi.
36. Par avis des 22 février et 5 juin 2018, confirmant un avis antérieur daté du 21 septembre 2017, le docteur P_____, du SMR, s'est rallié aux conclusions de l'expertise psychiatrique et a réfuté le diagnostic d'atteinte sensorielle dissociative posé par la Dresse K_____.
37. Par décision du 25 juillet 2018, l'OAI a dénié à l'assuré le droit à toute prestation. Suite à l'arrêt de la CJCAS, une expertise avait été mise en œuvre en juillet 2017. Sur la base de cette expertise et du dossier, le SMR avait conclu que l'assuré était pleinement capable d'exercer toute activité. Faute d'invalidité au sens de la loi, l'assuré ne pouvait prétendre à des prestations. Pour le reste, le rapport auquel il se référerait dans le cadre de ses objections au préavis avait déjà été examiné par le SMR et donc été pris en compte.
38. Par acte du 12 septembre 2018, l'assuré a saisi la CJCAS d'un nouveau recours, concluant, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision du 25 juillet 2018, à l'octroi de prestations d'invalidité et au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

Il a reproché à l'OAI de n'avoir jamais demandé un rapport à la Dresse K_____ et à l'expert de ne pas avoir obtenu des informations complètes de la part de cette psychiatre, qui le suivait depuis septembre 2015. Au moment de l'expertise, ne figurait au dossier qu'une lettre que la Dresse K_____ avait adressée à son avocate en décembre 2015, contenant un court résumé de la situation. Le bref entretien téléphonique que l'expert avait eu avec sa psychiatre s'était résumé à des questions au sujet de son comportement (compliance, régularité, ponctualité, historique) et n'avait pas permis d'inclure l'appréciation de cette praticienne au sujet du diagnostic et de son état de santé. L'expert n'avait que très brièvement pris position au sujet de l'un des diagnostics posés par sa psychiatre, sans approfondir son raisonnement. L'expertise reposait sur un dossier lacunaire et aucune question complémentaire n'avait été posée à l'expert, suite au rapport de la Dresse K_____ du 30 octobre 2017. Ce rapport, très détaillé, démontrait que ses problèmes de santé, ayant débuté en 2010 avec de simples problèmes de vue, s'étaient

progressivement aggravés. Il souffrait aujourd'hui d'une atteinte sévère, se répercutant fortement sur sa vie quotidienne et qui était à l'origine d'une incapacité de travail importante. En outre, l'OAI n'avait entrepris aucune mesure d'instruction entre le préavis et la décision, se contentant d'affirmer que le rapport de la Dresse K_____ avait été examiné par le SMR. Toutefois, au vu du caractère détaillé dudit rapport et des objections, l'OAI aurait dû prendre position à ce propos. À défaut, il avait enfreint son obligation de rendre une décision motivée. L'intimé avait jugé sa capacité de travail entière, en l'absence de diagnostic. Toutefois, ce n'était pas le diagnostic qui était déterminant, mais ses atteintes et ses limitations fonctionnelles importantes, dont il se justifiait de tenir compte pour évaluer sa capacité de gain. En tout état de cause, on ne pouvait admettre une absence de diagnostic, puisque la Dresse K_____ avait retenu, dans son rapport détaillé, ceux de somatisation et d'atteinte sensorielle dissociative. Une appréciation complète des rapports n'avait pas été effectuée et dans la mesure où les critiques de la Dresse K_____ étaient précises et motivées, il eût à tout le moins été nécessaire de soumettre une nouvelle fois le dossier à l'expert pour qu'il puisse se déterminer. Cela n'avait pas été fait et en l'état du dossier, l'avis de la Dresse K_____, confirmé par les autres médecins consultés, devait l'emporter sur les conclusions de l'expertise. Il ressortait des rapports établis par les Drs K_____ et B_____ qu'il avait consulté, en plus de ses médecins traitants, de nombreux spécialistes et entrepris diverses thérapies alternatives. Dès lors que les rapports de la Dresse K_____ n'avaient pas été soumis à l'expert, l'expertise ne permettait pas de trancher la cause. En présence de doutes suffisants sur la nature et l'origine des plaintes, une instruction complémentaire était nécessaire.

39. Dans sa réponse du 27 septembre 2018, l'intimé a conclu au rejet du recours. L'expertise psychiatrique était probante et l'expert avait justifié les raisons pour lesquelles il ne pouvait retenir le diagnostic de somatisation évoqué par la psychiatre traitante. Il ressortait de la classification internationale des maladies que les critères permettant de poser un diagnostic de somatisation (F45.0) n'étaient pas réunis. En outre, le rapport de la Dresse K_____ du 30 octobre 2017 était certes détaillé mais contradictoire, de sorte que sa valeur probante était insuffisante pour remettre en cause les conclusions de l'expert. À ce propos, l'intimé se disait étonné que la Dresse K_____ retienne une incapacité de travail et une limitation uniforme du niveau d'activité dans tous les domaines de la vie, pour un patient qui exerçait encore quelques mandats professionnels, se rendait trois à quatre fois par année à Belgrade, donnait des cours hebdomadaires de voile, allait à des concerts, jouait de la guitare, rencontrait des amis, participait aux tâches ménagères et faisait du ski en montagne. Faute de diagnostic incapacitant, l'intimé s'estimait fondé à nier toute invalidité. Pour le reste, au vu du nombre important de décisions à rendre en matière d'assurances sociales, les exigences de motivation ne pouvaient être trop élevées. La décision litigieuse reposait sur l'expertise de juillet 2017 et les déterminations du SMR ; même si sa motivation ne détaillait pas les avis médicaux

en présence, les explications de l'office étaient suffisantes pour permettre au recourant d'en saisir la portée.

40. Le recourant a répliqué le 14 novembre 2018. Contrairement à ce que prétendait l'intimé, les critères diagnostics de la somatisation au sens de la CIM-10 étaient réunis. Ses premiers symptômes (fatigue visuelle) étaient apparus en 2010 et s'étaient aggravés (douleurs oculaires, céphalées, distorsions visuelles, vertiges, acouphènes, douleurs généralisées partout dans le corps, etc.), sans qu'une origine somatique ait pu être identifiée. Il s'était adressé à un nombre impressionnant de médecins et thérapeutes, comme le démontrait la liste établie par le Dr B_____ dans son rapport de septembre 2017. Actuellement, des examens neurologiques et neuro-ophtalmologiques étaient en cours et il avait consulté un homéopathe, ainsi que différents thérapeutes. L'expert avait pourtant relevé dans son rapport qu'il ne « présent[ait] pas une tendance exagérée à chercher différents diagnosticiens / thérapeutes [...] ». Or, il ne s'était pas accommodé d'une absence de cause organique et continuait à consulter des médecins pour espérer trouver une solution. En outre, alors qu'il avait auparavant une vie professionnelle, familiale et sociale bien remplie, il n'assumait désormais qu'avec peine quelques petits mandats professionnels ; il avait dû abandonner une grande partie de ses loisirs et présentait un retrait social complet. En définitive, il jugeait l'anamnèse de l'expertise incomplète et estimait que l'expert n'avait pas posé toutes les questions nécessaires pour déterminer si un diagnostic de somatisation était présent. Le dossier soumis à l'expert était lui aussi incomplet, car ce dernier n'avait pas eu accès aux rapports des Drs K_____ et B_____. L'expertise ne pouvait donc se voir reconnaître une pleine valeur probante. S'agissant de l'argument selon lequel une incapacité de travail serait contradictoire avec ses activités, le recourant rétorquait que la Dresse K_____ avait attesté d'une limitation uniforme du niveau d'activité dans tous les domaines de la vie ; cela ne signifiait pas qu'il ne pouvait plus rien faire, mais qu'il ne pouvait plus effectuer ce qu'il faisait antérieurement à ses problèmes de santé. En l'occurrence, il avait réduit ses activités au minimum, alors qu'il menait auparavant une vie très active, combinant un travail à plein temps et différents loisirs. Enfin, l'expert avait préconisé de l'aider à trouver une activité adaptée à ses limitations et, de son côté, il avait toujours réclamé des mesures de réadaptation.
41. L'intimé a dupliqué le 26 novembre 2018, persistant dans ses conclusions. Contrairement à ce que semblait considérer le recourant, l'anamnèse d'une expertise ne constituait qu'une démarche subjective visant à retracer les antécédents médicaux et l'historique des plaintes. Rien ne permettait de considérer que celle dressée par l'expert ne comportait pas l'ensemble des circonstances jugées importantes par le recourant pour expliquer l'évolution de son propre état de santé. De surcroît, l'expert jouissait d'une large autonomie dans la manière de conduire son expertise et il incombait au juge de faire preuve de retenue à cet égard. Pour le reste, il n'avait été mis en évidence aucun élément objectif susceptible de remettre

en cause les conclusions de l'expert. L'absence d'atteinte à la santé invalidante entraînait de facto un refus de prestations, de sorte que la décision attaquée devait être confirmée.

42. Par pli du 30 janvier 2019, la CJCAS a transmis à l'expert les rapports des Drs B_____ et K_____ des 19 septembre, 11 octobre et 30 octobre 2017. Elle a invité l'expert à indiquer si ces documents étaient de nature à modifier ses réponses et ses conclusions, respectivement s'il lui paraissait nécessaire de procéder à un complément d'expertise.
43. Le Dr N_____ s'est déterminé dans un rapport du 23 mars 2019, contresigné par le Pr M_____. Les experts admettaient que l'ensemble des médecins avaient souligné la bonne foi du patient et l'absence de simulation. Les experts jugeaient également indéniable que l'avis de la psychiatre traitante aurait dû être sollicité par écrit dans le cadre de la procédure, mais que son avis était de facto biaisé par l'attachement attendu à l'égard de ses patients. Si la CJCAS le jugeait nécessaire, il était possible d'effectuer un complément d'expertise couvrant la période de 2017 à 2019. Sur le fond, les experts relevaient que le rapport du Dr B_____ ne contenait aucun élément susceptible de modifier leur appréciation. Ce médecin insistait sur l'honnêteté de l'assuré et sur l'absence d'explication médicale aux troubles somatiques dont il se plaignait ; il s'agissait effectivement de symptômes médicalement inexpliqués, dont seule une partie correspondait à la définition d'un trouble somatoforme, et a fortiori de somatisation. La recherche à tout prix d'une causalité psychique était le réel enjeu des positions prises par les Drs B_____ et K_____. S'agissant de la lettre et du rapport de la Dresse K_____, ils étaient très détaillés et témoignaient d'un grand investissement dans sa relation avec le patient. Les experts s'associaient à la proposition, faite par la Dresse K_____, de mesures de réadaptation. Sur le plan nosographique, les symptômes pouvaient certes évoquer un trouble somatoforme et in subordine des somatisations. Cependant, de nombreux arguments plaidaient contre cette hypothèse. En particulier, le recourant ne s'opposait pas à l'idée que des facteurs psychologiques aient pu jouer un rôle dans la survenue des symptômes. En outre, on ne retrouvait pas de quête médicale insistante, avec la conviction implicite d'une erreur ou d'une omission du corps médical, contrairement à ce qui était classiquement décrit pour le trouble somatoforme. On ne retrouvait pas non plus d'agressivité ou d'insatisfaction croissante, lesquelles représentaient des caractéristiques classiques du trouble somatoforme. L'on était en présence d'un patient « obéissant » et « remerciant » qui demandait à travailler à nouveau et entreprenait les démarches correspondantes, à l'inverse de ce qui était usuellement rencontré en matière de trouble somatoforme. Pour le reste, les facteurs stressants, dont la Dresse K_____ indiquait qu'ils étaient potentiellement liés aux symptômes décrits, plaidaient également contre un trouble somatoforme. S'agissant de la somatisation, les symptômes physiques étaient multiples mais invariables dans le temps ; l'assuré décrivait une cascade précise, reprise par tous les médecins l'ayant vu, ce qui se distinguait des plaintes vagues et

souvent diffuses caractérisant les somatisations. En outre, le critère de la persistance du patient à nier une origine psychologique en recherchant une solution au travers de consultations médicales était absent, puisque l'intéressé comprenait l'absence de cause organique et tentait de soulager ses symptômes, en gardant une vision très rationnelle des limites de ses espoirs. L'assuré ne refusait pas les propos rassurants du corps médical, mais se trouvait dans une impasse, suite à quatre ans de psychothérapie. Le critère de la détresse était également absent, puisque la présentation clinique de l'assuré ne témoignait d'aucune altération du comportement social, interpersonnel et familial ; le rapport conjugal était bon, les activités sociales demeuraient présentes, les contacts interpersonnels n'étaient pas marqués par une irritabilité ou une attitude d'opposition, et aucune souffrance dépressive n'était détectable après presque six ans de parcours clinique. En dernier lieu, le diagnostic d'atteinte sensorielle dissociative pouvait être exclu, puisque la Dresse K_____ avait écarté toute forme d'histrionisme dans son rapport. En conclusion, les experts relevaient que l'avis de la psychiatre traitante ne remettait pas en question leurs conclusions et qu'il s'apparentait davantage à une tentative d'arranger les symptômes en fonction d'une hypothèse préétablie. Bien que, selon les experts, aucun diagnostic ne pouvait être retenu, ils estimaient que l'assuré avait besoin d'une aide à la réadaptation (et en cas d'échec d'une rente), par rapport à ses symptômes, lesquels se situaient aux confins de leurs connaissances médicales.

44. Par écriture du 23 avril 2019, le recourant a fait valoir que les experts, dans leur réponse, se limitaient à défendre leur position, sans répondre à son argumentation sur le fond, qu'ils se bornaient à dénigrer le travail de la Dresse K_____, mélangeaient les critères de la CIM-10 avec « une vague notion de profil de caractère » sans valeur diagnostique, et ignoraient totalement son vécu. Les renseignements qu'il avait produits, à l'instar de ceux fournis par ses médecins, démontraient que sa vie avait changé du tout au tout et qu'il se trouvait dans une forte détresse, vis-à-vis de sa souffrance et de l'absence d'explication médicale. Le recourant relevait que les experts et les autres médecins s'accordaient néanmoins sur un point, à savoir l'absence de simulation et la nécessité d'une aide à la réadaptation, respectivement d'une rente en cas d'échec. Au vu de la complexité du dossier, la mise en œuvre d'une nouvelle expertise auprès d'un spécialiste expérimenté en matière de troubles somatoformes lui paraissait indiquée.
45. Par écriture du 23 avril 2019, l'intimé a produit un nouveau rapport du SMR et relevé que les experts, dans leur courrier du 23 mars 2019, avaient confirmé une absence de diagnostic psychiatrique. L'intimé maintenait ses conclusions.
46. La CJCAS a entendu les parties en audience le 3 février 2020.

Le recourant a déclaré que son atteinte à la santé s'est manifestée déjà il y a plusieurs années, en 2010, et qu'il avait imaginé pouvoir la résoudre par une correction de la vision. Les symptômes se manifestaient plutôt en cas de vision de près, notamment en travaillant un certain temps sur l'ordinateur ou en lisant, mais également lorsqu'il accomplissait un travail avec les mains. Au fur et à mesure, cela

s'était également manifesté par rapport à des objets en mouvement, puis, plus récemment, les symptômes étaient aussi apparus avec la vision de loin. Au début, il pouvait encore regarder la télévision pendant environ une heure, puis seulement pendant 45 minutes, puis 30 minutes, etc. En raison de la progression des symptômes, il n'était plus retourné au cinéma depuis environ trois ans. La dernière fois qu'il y était allé avec son épouse, il avait dû fermer les yeux et se contenter d'écouter après 30 minutes. En réalité, ce n'était pas la vision en tant que telle qui était atteinte : pour prendre une image, ce n'était pas l'appareil photo qui n'était pas fidèle, mais le logiciel qui le faisait fonctionner.

Lorsqu'il commençait à lire ou à écrire, sa vision était d'abord parfaite, mais c'était sur la durée qu'elle devenait progressivement trouble, les premiers symptômes apparaissant après 45 minutes environ. S'il se forçait ou s'il se sentait bien, il pouvait travailler pendant 1h-1h30, et s'il devait absolument finir un travail, cela pouvait aller jusqu'à 2 heures, jusqu'à ce que les petits vaisseaux des yeux éclatent. Il avait alors des picotements notamment, des maux de tête et les douleurs se propageaient progressivement dans tout le corps. Il ne lui était pas possible de tricher, car s'il forçait à un moment donné, la nuit suivante était difficile, avec des douleurs, et des difficultés d'endormissement, et le lendemain, il n'arrivait parfois pas à travailler du tout, et parfois une demi-heure.

S'agissant du déroulement de l'expertise psychiatrique, le recourant précisait avoir été reçu la première fois par le Dr N_____, qui l'avait examiné, puis de nouveau par le même médecin, mais avec la participation du Dr M_____, lequel lui avait posé quelques questions sur la base d'un rapport initial préparé à l'interne par le Dr N_____.

Malgré ses symptômes et ses douleurs, il s'était toujours efforcé de continuer à être le plus actif possible, tant sur le plan professionnel que pour ses tierces activités, et de pratiquer du sport, notamment du ski de montagne et de la voile. Par ailleurs, en relation avec l'appréciation ressortant du rapport d'expertise et notamment l'aspect de vie sociale, il précisait qu'avec les années, tout cela s'était également répercuté dans sa vie sociale, mais qu'il ne souhaitait pas entrer dans les détails.

Actuellement, il suivait toujours une psychothérapie une à deux fois par mois auprès de la Dresse K_____, sans thérapie médicamenteuse. Il n'y avait malheureusement pas d'amélioration du point de vue fonctionnel. Il ressentait néanmoins une certaine amélioration par rapport à sa faculté d'accepter les choses. Toutefois, il gardait toujours l'espoir que quelqu'un trouve l'origine de ses maux. Sur le plan médical, il avait consulté en dernier lieu la consultation neurologique du Professeur Q_____, aux HUG, lequel l'avait réadressé ensuite pour un avis auprès d'un de ses collègues neuro-ophtalmologue. Sinon, il avait essayé de se tourner vers les méthodes alternatives : récemment, il avait tenté des séances de méditation intense et en 2017, il avait suivi un cours MBSR (méditation pleine conscience). Il avait abandonné l'initiative la plus récente, parce que c'était très stressant et que

cela ne lui apportait rien en définitive ; il appréhendait en effet que cela puisse compliquer la situation de ses yeux.

S'agissant de ses attentes par rapport à l'AI, le recourant a expliqué qu'il avait été enjoint à déposer sa demande par son assureur perte de gains. Au début, il pensait que l'AI pourrait l'aider en vue d'une réadaptation professionnelle. Il avait toujours été indépendant et s'était efforcé de se débrouiller seul, mais à défaut d'aide pour retrouver une activité professionnelle dans un autre secteur, une aide financière, même transitoire, serait toujours la bienvenue, car il n'avait plus les moyens, avec ses gains actuels (représentant environ 30 à 40 % de ses gains antérieurs), d'assumer ses charges fixes. Il complétait encore avec ses maigres économies, ce dont il n'aurait bientôt plus la possibilité. D'un autre côté, il avait tenté de prendre contact avec des associations pour malvoyants, dans l'idée de pouvoir bénéficier des prestations offertes et notamment de leurs logiciels afin de prolonger ses capacités de travail, mais à chaque fois, il avait été éconduit, faute de reconnaissance par l'AI. Il tentait de maintenir son niveau de connaissances dans le monde de l'informatique et plus généralement dans le monde numérique, mais la difficulté pour retrouver un emploi et réaliser un salaire correct tenait à la masse de travail que cela impliquait, suivant les projets, et qu'il ne pouvait pas pratiquer en raison de la limitation de ses possibilités physiques liées à la vue.

À l'issue de l'audience, les parties ont indiqué ne pas avoir de questions complémentaires à poser ni d'actes d'instruction supplémentaires à solliciter.

47. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. La LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, est applicable.
3. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais du 15 juillet au 15 août inclusivement, le recours est recevable (art. 38 al. 4 let. b et 56 ss LPGA ; art. 62 ss et 89C let. b de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).
4. Le litige porte sur le droit de l'assuré à des prestations de l'assurance-invalidité.
5. L'assuré a droit à une rente lorsqu'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins

(cf. art. 28 al. 1 let. b et c LAI, en sa teneur en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008 - 5^{ème} révision AI). 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.

6. 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 ou mentale 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 1^{er} janvier 2008).

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 102 V 165 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

7. Selon la jurisprudence ayant cours jusqu'à récemment, les syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique n'entraînaient pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3).

Toutefois, dans un arrêt rendu le 3 juin 2015 (ATF 141 V 281), le Tribunal fédéral a abandonné la présomption qui prévalait jusqu'à ce jour, selon laquelle les syndromes du type troubles somatoformes douloureux et affections psychosomatiques assimilées pouvaient en règle générale être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (consid. 3.4 et 3.5 de l'arrêt cité). Il a introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (consid. 4 de l'arrêt cité). Dans un arrêt subséquent (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7), le Tribunal fédéral a considéré que 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. En effet, celles-ci ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée. 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.

La preuve d'un trouble somatoforme douloureux suppose, en premier lieu, que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art, en tenant compte en particulier du critère de gravité inhérent à ce diagnostic et en faisant référence aux limitations fonctionnelles constatées. En effet, la définition de cette atteinte mentionne comme « plainte essentielle », une « douleur persistante, intense, s'accompagnant d'un sentiment de détresse ». En outre, ce trouble assure habituellement au patient une aide et une sollicitude accrues de la part de l'entourage et des médecins (ch. F 45.40 de la CIM [Classification internationale des maladies]-10 2014). Le diagnostic doit également résister à des motifs d'exclusion ; il y a ainsi lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble somatoforme douloureux au sens de la classification sont réalisées (ATF 141 V 281 consid. 2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_562/2014 du 29 septembre 2015 consid. 8.2).

8. 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).

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).

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).

9. En l'espèce, dans sa décision datée du 25 juillet 2018, l'OAI a conclu, sur la base notamment de l'expertise psychiatrique réalisée par les Drs M_____ et N_____ en juillet 2017, que l'assuré ne présentait aucune invalidité et était pleinement capable d'exercer toute profession, de sorte qu'il ne pouvait prétendre à des prestations d'invalidité.

Dans leur rapport d'expertise, les Drs M_____ et N_____ ont exposé en substance qu'aucun trouble psychiatrique ne permettait d'expliquer les symptômes de l'assuré. Selon eux, l'assuré se plaignait essentiellement de problèmes somatiques, dont des troubles visuels et des douleurs. Son comportement suggérait une souffrance réelle, sans élément en faveur d'une simulation. Les experts se sont néanmoins écartés du diagnostic de somatisation retenu par la Dresse K_____, dont les critères ne leur paraissaient pas réunis : à leur sens, l'assuré ne présentait pas une tendance exagérée à chercher différents thérapeutes et son attitude face aux explications médicales était raisonnable. Les experts ont également réfuté le diagnostic de trouble somatoforme douloureux, relevant que l'assuré ne présentait pas de pensée opératoire ou de fonctionnement de type alexithymique. Les experts ont conclu que, sous l'angle psychiatrique, l'assuré était apte à reprendre une activité professionnelle à 100 %, tout en préconisant de l'aider à retrouver une activité adaptée à ses difficultés (troubles visuels, douleurs et fatigue).

De son côté, le recourant reproche à l'administration, respectivement aux experts, de ne pas avoir recueilli des renseignements complets auprès de la Dresse K_____ et de ne s'être déterminés que de manière superficielle sur le diagnostic de somatisation posé par cette psychiatre. Il fait également grief à l'office de ne pas avoir pris position de manière motivée sur le rapport détaillé de la Dresse K_____ et requiert la mise en œuvre d'une nouvelle expertise.

Dans ses rapports des 11 et 30 octobre 2017, la Dresse K_____ a retenu les diagnostics avec répercussions sur la capacité de travail de somatisation (F45.0) et d'atteinte sensorielle dissociative (vision floue et distorsion visuelle - F44.6). Elle a critiqué l'appréciation des experts quant à une absence de diagnostic psychiatrique, notamment l'affirmation - visant à écarter le diagnostic de somatisation - selon

laquelle « l'expertisé ne présent[ait] pas une tendance exagérée à chercher différents diagnosticiens / thérapeutes [...] ». Elle a souligné que son patient avait consulté de nombreux spécialistes, notamment depuis 2013 : outre son médecin traitant, il s'était adressé à trois ophtalmologues différents, aux services de neuro-ophtalmologie des HUG et du CHUV, à la consultation d'oto-rhino-laryngologie des HUG, à un radiologue, à un neurologue, à un gastroentérologue et à un urologue. L'assuré avait également eu recours à différents thérapeutes pratiquant des médecines « alternatives » (acupuncture, hypnose, musicothérapie, biorésonance, ostéopathie, homéopathie, optométrie, etc). Selon la psychiatre, cela démontrait la difficulté de l'assuré à accepter les conclusions de ses médecins quant à l'absence de cause organique permettant d'expliquer ses troubles. En outre, la psychiatre a contesté l'argument des experts selon lequel l'assuré « [...] ne présent[ait] pas de pensée opératoire ou [de] fonctionnement de type alexithymique », relevant qu'il ne s'agissait pas, selon la CIM-10, d'un critère permettant de confirmer ou d'infirmer un diagnostic de somatisation.

Invités par la CJCAS à se déterminer sur les rapports de la Dresse K_____, les experts ont estimé en substance que l'avis de cette psychiatre ne remettait pas en question leurs conclusions et qu'il s'apparentait davantage à une tentative d'arranger les symptômes observés en fonction d'une hypothèse préétablie. Bien qu'ils n'aient pas retenu de diagnostic, ils ont préconisé d'abord une aide à la réadaptation, et en cas d'échec, une rente, tout en relevant que les symptômes de l'assuré se situaient aux confins de leurs connaissances médicales.

10. a. La chambre de céans rappelle tout d'abord que, pour avoir droit à une prestation de l'AI, l'assuré doit être invalide au sens de l'art. 8 al. 1 LPGA. L'invalidité suppose, entre autres conditions, une atteinte à la santé causée par une infirmité congénitale, une maladie ou un accident (art. 4 al. 1 LAI). Selon la jurisprudence, la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé au sens de la LAI et de la LPGA suppose en principe que dans l'expertise psychiatrique, un diagnostic puisse être posé. Le diagnostic doit en outre s'appuyer légitimement sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6). Cela n'exclut pas que pratiquement tout événement pathologique peut être diagnostiqué dans le cadre des systèmes de classification reconnus. En effet, en plus des déficiences de santé spécifiquement définies (comme le paragraphe F45.4 de la CIM-10), ceux-ci contiennent également des « diagnostics fourre-tout » formulés ouvertement (cf. par exemple le paragraphe F45.0 [trouble de somatisation] de la CIM-10 ; ATF 130 V 396 consid. 6.3).

b. En l'occurrence, il existe, sur la question du diagnostic, une divergence importante entre les experts - qui considèrent que le cas de l'assuré ne peut pas être mis en relation avec un trouble, respectivement un diagnostic psychiatrique particulier - et la psychiatre de l'assuré ainsi que son médecin généraliste, lesquels considèrent que l'intéressé souffre d'un trouble de somatisation (F45.0) associé à une atteinte sensorielle dissociative (F44.6), voire d'un syndrome douloureux

somatoforme persistant (F.45.4), étant précisé que le diagnostic de somatisation tiendrait mieux compte de la symptomatologie, selon la Dresse K_____ (cf. son rapport du 31 octobre 2017, p. 17).

Or, l'avis des experts quant à l'absence (supposée) de diagnostic psychiatrique est sujet à caution : il convient de rappeler que dans leur expertise (p. 12), les Drs N_____ et M_____ n'ont abordé la question - pourtant déterminante - du diagnostic que de manière très succincte, sur quelques lignes, et qu'ils n'ont cherché à étayer leur motivation que dans un second temps, lorsqu'ils ont été invités à se déterminer sur les rapports de la Dresse K_____ (cf. p. 3 à 5 du rapport des Drs N_____ et M_____ du 23 mars 2019). Comme l'a relevé la Dresse K_____, la justification donnée par les experts pour écarter le diagnostic de somatisation paraît discutable, notamment l'affirmation selon laquelle « l'expertisé ne présente pas une tendance exagérée à chercher différents diagnosticiens / thérapeutes [...] », dans la mesure où l'intéressé s'est adressé en tout cas à une vingtaine de spécialistes et thérapeutes différents, ce qui suggère qu'il multiplie les consultations dans l'espoir qu'une origine organique à ses symptômes puisse être identifiée. De son côté, la psychiatre traitante a motivé de manière détaillée, sur plusieurs pages, son point de vue quant à l'existence d'un trouble de somatisation, associé à une atteinte sensorielle dissociative (cf. p. 17 à 21 du rapport de la Dresse K_____ du 30 octobre 2017). Au regard de cet avis motivé et du caractère succinct de l'expertise sur la question du diagnostic, la CJCAS ne saurait en l'état faire sienne l'appréciation des experts quant à une absence de diagnostic psychiatrique. À ce stade et en l'absence d'avis émanant d'autres spécialistes qui permettraient d'infirmier son point de vue, l'appréciation diagnostique de la Dresse K_____ apparaît plus crédible.

c. À cela s'ajoute que les experts ne semblent pas s'être prononcés en pleine connaissance du dossier, puisqu'au moment de leur expertise, ils ne disposaient pas, entre autres, du rapport établi par la Dresse K_____ en décembre 2015. En effet, ce rapport ne figure pas dans leur résumé des documents médicaux versés au dossier (p. 6-7 de l'expertise), alors qu'il avait pourtant justifié le renvoi par la CJCAS de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et revêtait donc une certaine importance (cf. ATAS/361/2016 du 9 mai 2016). Dans leur détermination du 23 mars 2019, les experts reconnaissent qu'il s'agit là d'une carence (« il est indéniable que la position de la psychiatre traitante aurait dû être sollicitée par écrit dans le cadre de la procédure [...] »). Les experts se sont certes entretenus par téléphone avec la Dresse K_____, mais l'entretien ne semble avoir duré que quelques minutes et avoir porté, d'après cette praticienne, essentiellement sur des questions ciblées liées à la compliance vis-à-vis du traitement et à l'historique des épisodes dépressifs. Dans ces conditions, il paraît douteux que les experts se soient prononcés en parfaite connaissance de la situation médicale.

d. Enfin, dans la mesure où ils ont préconisé une aide à la réadaptation, et en cas d'échec, une rente, tout en soulignant la bonne foi de l'assuré et le fait que ses

symptômes se situaient « aux confins de [leurs] connaissances médicales », les experts ne semblent pas avoir écarté l'hypothèse que l'assuré puisse présenter, en fin de compte, une incapacité de travail, à tout le moins partielle. Cette circonstance est également propre à éveiller certains doutes quant au bien-fondé de leurs conclusions, selon lesquelles l'intéressé serait capable, malgré ses troubles, de travailler à 100 % dans toute profession (y compris celle d'informaticien). Compte tenu de son caractère succinct et des doutes affectant ses conclusions, l'expertise psychiatrique des Drs N_____ et M_____ ne saurait se voir reconnaître une pleine valeur probante, et la mise en œuvre d'une nouvelle expertise se révèle justifiée dans son principe.

11. a. Cela étant, dans la mesure où le recourant requiert en premier lieu des mesures de réadaptation - ainsi qu'il l'a exposé à de multiples reprises - et que les documents versés au dossier suffisent déjà à établir son droit à de telles mesures, comme on va le voir, la chambre de céans estime que l'octroi desdites mesures de réadaptation se justifie préalablement à la mise en œuvre d'une nouvelle expertise psychiatrique, ceci tant pour des raisons de célérité qu'au regard du principe général selon lequel la réadaptation prime la rente (art. 28 al. 1 let. a LAI ; Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité, publiée par l'Office fédéral des assurances sociales, ch. 1045 et les références).
- b. À propos des mesures de réadaptation, l'art. 8 al. 1^{er} LAI prescrit que les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) y ont droit, 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). L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent notamment 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 et les références).

c. Selon l'art. 17 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée (al. 1). La rééducation dans la même profession est assimilée au reclassement (al. 2). 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. 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. On notera aussi que si les préférences de l'intéressé quant au choix du genre de reclassement doivent être prises en considération, elles ne sauraient toutefois jouer un rôle déterminant (RCC 1988 p. 266 consid. 1).

Si une perte de gain de 20 % environ ouvre en principe droit à une mesure de reclassement dans une nouvelle profession (ATF 124 V 108 consid. 2b et les arrêts cités), la question reste ouverte s'agissant des autres mesures d'ordre professionnel prévues par la loi (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_464/2009 du 31 mai 2010).

d. En l'occurrence, dans son rapport du 6 mai 2015, le SMR a conclu, sur la base de l'expertise réalisée par le Dr F_____ en 2013, puis complétée en 2015, que l'assuré présentait, sous l'angle ophtalmologique, une capacité de travail de 100 % avec une baisse de rendement de 20 % dans toute profession, ceci en raison de troubles dysautonomiques et de sa fatigabilité lorsqu'il avait recours à la vision de près, notamment en travaillant sur un ordinateur. Dans sa décision du 2 octobre 2015, l'OAI s'est rallié à ce point de vue et a conclu qu'à l'issue du délai de carence d'un an (en avril 2014), l'assuré présentait un degré d'invalidité de 20 %. Dans la décision attaquée de 2018, l'OAI a cette fois-ci considéré que l'assuré ne présentait aucune invalidité, mais sans justifier son revirement quant au taux d'invalidité et sans tenir compte de l'expertise du Dr F_____, ni de l'avis qu'avait précédemment rendu son service médical en 2015. Or, le taux d'invalidité de 20 % que présente à tout le moins le recourant (selon l'avis du SMR et la décision de 2015) est suffisant pour justifier l'octroi d'une mesure de reclassement, conformément à la jurisprudence citée. De surcroît, il y a lieu de rappeler que les experts psychiatres et la psychiatre traitante s'accordent sur la nécessité de prodiguer au recourant une aide afin qu'il puisse se réinsérer professionnellement. Enfin, l'aptitude subjective du recourant à suivre une mesure de reclassement et ses chances de succès ne sont pas contestables, au vu de la motivation de l'intéressé, dont témoignent son recours et les rapports médicaux. Dès lors, le droit à un reclassement lui est ouvert (art. 17 LAI).

- e. En fonction de l'issue du reclassement, et notamment en cas d'échec de celui-ci, il appartiendra à l'intimé de compléter l'instruction en mettant en œuvre une nouvelle expertise conforme aux réquisits jurisprudentiels topiques (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7), puis de rendre une nouvelle décision statuant en particulier sur le droit du recourant à une rente.
12. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis, la décision du 25 juillet 2018 annulée et la cause renvoyée à l'OAI afin qu'il mette en œuvre une mesure de reclassement puis, en fonction de son résultat, qu'il complète l'instruction au moyen d'une nouvelle expertise et rende une nouvelle décision.
13. Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 2'000.- lui est accordée à titre de participation à ses frais et dépens, à charge de l'intimé (art. 61 let. g LPGA ; art. 89H al. 3 LPA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).
14. La procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice, un émolument de CHF 500.- est mis à charge de l'intimé (art. 69 al. 1 bis LAI).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement et annule la décision du 25 juillet 2018.
3. Dit que le recourant a droit à une mesure de reclassement.
4. Renvoie la cause à l'intimé, dans le sens des considérants.
5. Condamne l'intimé à verser au recourant une indemnité de CHF 2'000.- à titre de dépens.
6. Met un émolument de CHF 500.- à la charge de l'intimé.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

Le président

Véronique SERAIN

Mario-Dominique TORELLO

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