RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/487/2023 **ATAS/722/2023**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 28 septembre 2023

Chambre 5

En la cause

A_____ recourant
représenté par Me Jacques EMERY, avocat

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE intimé

Siégeant : Philippe KNUPFER, président ; Toni KERELEZOV et Monique STOLLER FÜLLEMANN, juges assesseurs

EN FAIT

A. **a.** Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en _____ 1995, assistant en pharmacie, a déposé une demande de prestations d'invalidité qui a été reçue par l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé) en date du 21 mars 2019. L'assuré déclarait être en incapacité de travail depuis le 1er septembre 2016 pour de multiples incapacités, notamment en raison d'une malformation congénitale au pied gauche, et être suivi par son médecin traitant, le docteur B_____, médecin praticien FMH, depuis le mois de mai 2013, ainsi que par le docteur C_____, spécialiste FMH en orthopédie, depuis 2016.

b. Répondant à un formulaire de l'OAI, le Dr C_____, en date du 2 avril 2019, a confirmé que la capacité de travail de l'assuré, dans son activité habituelle d'employé de pharmacie, était actuellement de 100 % mais avec d'énormes douleurs et un mauvais pronostic si le patient restait dans cette profession, en raison de ses troubles au pied gauche. Il considérait que l'assuré disposait d'une capacité de travail de 100 % dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles, ces dernières étant d'éviter les piétinements. Renvoyant à son courrier du 24 décembre 2018, le Dr C_____ avait diagnostiqué une malformation congénitale de l'arrière pied, consistant en une coalition fragilisée calcanéo-naviculaire, particulièrement rare et présentant une conformation difficile à gérer. Selon l'orthopédiste, l'activité professionnelle actuelle de l'assuré d'assistant en pharmacie qui piétine toute la journée ne serait pas possible, ni à moyen terme, ni à long terme car les contraintes dans l'arrière pied étaient trop importantes pour permettre à cette coalition (même si l'assuré devait être opéré) de devenir silencieuse et confortable. Le médecin conseillait une réorientation dans une activité sédentaire et notait que son patient souhaitait s'inscrire à l'OFAC, dans une position administrative assise. L'orthopédiste concluait en soutenant pleinement les démarches de l'assuré pour la réorientation professionnelle avec l'aide de l'OAI.

c. Le Dr B_____, a également complété un formulaire à destination de l'OAI, en date du 10 avril 2019, dans lequel il a indiqué qu'une réorientation professionnelle était nécessaire et que la capacité de travail de son patient était de 0 % dans l'activité habituelle mais de 100 % dans une activité adaptée, en précisant que les limitations fonctionnelles étaient la possibilité de s'asseoir et une position administrative assise en raison de douleurs chroniques au pied gauche. Il précisait l'évolution de l'incapacité de travail qui avait été de 100 % du 26 octobre au 28 novembre 2016, puis de 50 % du 29 novembre au 8 décembre 2017 puis à nouveau de 100 % du 3 octobre 2017 au 24 janvier 2018 puis de 50 % du 25 janvier 2018 au 23 février 2018. Une nouvelle incapacité de travail à 100 % était mentionnée, du 7 septembre au 31 décembre 2018 après quoi, le patient avait repris son activité à 100 %, avec restrictions, dès le 1er janvier 2019. Selon le

médecin, il y avait un potentiel de réadaptation et l'assuré pouvait travailler à 100 % dans un poste où il avait la possibilité de s'asseoir et aucun facteur ne faisait obstacle à une réadaptation.

d. Dans le cadre d'un mandat de réadaptation professionnelle, l'assuré a eu un entretien avec les gestionnaires de l'OAI en date du 24 juin 2019. Il les a informés avoir réussi son certificat fédéral de capacité d'assistant en pharmacie et être vivement intéressé pour suivre une formation de secrétaire médical, cursus qui se déroulait sur une année, plus une année de stage pratique.

e. Par décision du 1er octobre 2019, l'OAI a octroyé à l'assuré des mesures professionnelles sous la forme d'une formation professionnelle initiale auprès de l'école D_____, pour une formation de secrétaire médical. L'OAI prenait en charge les frais d'écolage et verserait une petite indemnité journalière.

f. Par e-mail du 29 juin 2020, l'école D_____ a informé l'OAI que l'assuré avait fourni un bel effort et avait validé la majorité des modules en cours ; une session d'examen de rattrapage serait organisée en septembre 2020, afin que l'assuré valide encore la pathologie.

g. Selon la note de travail d'un gestionnaire du service de réadaptation de l'OAI, datée du 5 octobre 2020, l'assuré avait téléphoné pour expliquer que son stage, qu'il avait commencé le 16 juillet 2020, se déroulait mal en raison des critiques de la hiérarchie et de reproches qui lui étaient faits. Son état psychologique s'était dégradé, son sommeil perturbé et il avait commencé à vomir ses repas, puis avait interrompu son stage en septembre 2020. En accord avec l'école D_____, il indiquait rechercher une nouvelle place de stage.

h. Selon une nouvelle note de travail d'un gestionnaire du service de réadaptation de l'OAI, datée du 3 mai 2021, l'assuré présentait des douleurs dorsales depuis février 2021 et son médecin traitant, le Dr B_____, envisageait une incapacité de travail car, suite à divers examens, il avait récemment décelé un problème de longueur de jambes et de décalage du bassin de 5 mm.

i. Par décision du 16 juillet 2021, l'OAI a complété la formation professionnelle initiale de l'assuré en prenant en charge les coûts supplémentaires de formation auprès de l'école D_____, pour la période allant du 1er juillet au 30 septembre 2021.

j. Le dossier médical de l'assuré a été complété par un formulaire adressé par la docteure E_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, à l'OAI en date du 15 février 2022. La psychiatre exposait que l'assuré était en incapacité de travail à 100 % et qu'il était suivi au sein du cabinet depuis février 2020, par elle-même et par la psychologue, Madame F_____, avec, au début, une fréquence hebdomadaire puis, depuis le mois de janvier 2022, une fréquence de deux séances par mois. Selon la médecin, le suivi avait permis à l'assuré de diminuer la gravité de ses angoisses et de mieux affronter les obstacles durant ses stages. Elle indiquait que le patient souffrait de douleurs chroniques qui le fatiguaient

beaucoup, d'une anxiété diffuse et d'attaques de panique qui l'empêchaient aussi de bien organiser ses journées de travail. Il avait des difficultés à établir des liens avec la hiérarchie lorsqu'il ne se sentait pas cadré et lorsque le lieu de travail était trop négligeant ; sa faible estime de soi l'amenait à prendre très vite à cœur les remarques de ses subordonnés. Il était dans l'évitement des conflits et n'arrivait pas à exprimer certaines demandes ; il éprouvait également des difficultés à supporter la pression et les responsabilités. Selon la psychiatre, si le patient bénéficiait d'une limitation des contacts sociaux et des responsabilités, il était possible qu'il reprenne une activité professionnelle à 50 %, dès à présent.

k. Dans son avis médical du 8 mars 2022, le service médical régional de l'OAI (ci-après : le SMR) a résumé la situation médicale de l'assuré et a préavisé une expertise bi-disciplinaire, avec des volets d'orthopédie et de psychiatrie.

l. Par courrier de l'OAI du 9 mars 2022, l'assuré a été informé de la mise en place d'une expertise médicale bi-disciplinaire ainsi que de la possibilité de se prononcer sur les experts et sur les questions faisant l'objet de l'expertise.

m. Le 25 mars 2022, la division de réadaptation professionnelle de l'OAI a rendu un rapport final indiquant que l'assuré était maintenant qualifié pour l'activité de secrétaire médical et qu'une expertise bi-disciplinaire était en cours, pour déterminer la capacité de travail de ce dernier.

n. En date du 29 mars 2022, le Dr B_____ a transmis à l'OAI un rapport médical selon lequel l'assuré était inapte à travailler à 100 % dans un poste adapté, à partir du 31 août 2021, en raison, notamment, de la malformation congénitale délicate de son arrière pied gauche, d'un syndrome dépressif d'épisode modéré et d'une différence de longueur des membres inférieurs de 5 mm en défaveur du côté droit. Il indiquait, sur un formulaire joint, que le patient était inapte pour « travailler ou rester assise » et que son potentiel de réadaptation était très faible, en raison de l'échec de son stage à 50 %, en 2021.

o. En date du 27 mai 2022, les experts G_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et H_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, du I_____ ont rendu leur rapport d'expertise.

Selon leur évaluation consensuelle, il était admis au plan somatique qu'en raison de la synostose fibreuse calcanéo-naviculaire de son pied gauche, le fait pour l'assuré de piétiner debout toute la journée, dans son activité d'employé en pharmacie, pouvait induire des douleurs, ce qui inclinait à suivre l'avis du Dr C_____ qui avait proposé un reclassement professionnel au vu du jeune âge du patient. L'expert orthopédiste retenait comme diagnostic incapacitant, une synostose fibreuse calcanéo-naviculaire gauche inflammatoire chronique (Q 472).

Au plan psychique, l'expert psychiatre notait des périodes très courtes d'angoisse, avec des réactions anxieuses importantes, sans toutefois que cela puisse caractériser un trouble panique, tout en indiquant que la consommation de

cannabis pourrait favoriser une accentuation des éléments anxieux. Le psychiatre retenait comme diagnostics incapacitants, des troubles anxieux sans précision (F 41.9) et des troubles mentaux du comportement, liés à l'utilisation de cannabis, utilisation nocive pour la santé (F 12.1).

Les deux experts retenaient, au plan somatique, une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée et au plan psychique, une capacité de travail de 100 % dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée, depuis toujours, à l'exception d'une période d'hospitalisation. Au terme de l'expertise, il était encore précisé que l'assuré disposait d'une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée, en particulier comme secrétaire médical.

p. En se fondant sur les résultats de l'expertise, le SMR a rendu un rapport médical confirmant les diagnostics retenus et admettant le début de l'incapacité de travail durable de 100 %, dès le 25 octobre 2016, puis de 50 % dès le 18 décembre 2017, dans l'activité habituelle d'aide en pharmacie. Dans une activité adaptée, telle que secrétaire médical, par exemple, la capacité de travail était de 100 % depuis toujours, à l'exception de la période d'hospitalisation en 2013 ou 2014. Les limitations fonctionnelles étaient de privilégier les activités essentiellement en position assise, sans déplacements trop fréquents, surtout sur des sols irréguliers, sans devoir monter ou descendre des escaliers de manière fréquente et sans port de charges supérieures à 15 kg, de manière répétitive. S'ajoutaient des difficultés avec la gestion du stress et - en rapport avec des craintes de la critique - une peur de ne pas être à la hauteur, des difficultés d'adaptation aux situations nouvelles ; il fallait privilégier les activités sans prise de décision immédiate ou de traitement d'informations simultanées. Le début de l'aptitude à la réadaptation était arrêté au 25 octobre 2016.

B. **a.** Se fondant sur le rapport du SMR, l'OAI a rendu un projet de décision en date du 14 juin 2022, rejetant la demande de prestations d'invalidité. Il était constaté que le statut d'assuré était celui d'une personne se consacrant à temps complet à son activité professionnelle. À l'issue de l'instruction médicale, l'OAI reconnaissait une incapacité de travail dans l'activité habituelle, dès le 25 octobre 2016 (début du délai d'attente d'un an) et considérait que dans une activité adaptée à son état de santé, la capacité de travail de l'assuré était de 100 % dès cette date. S'agissant du calcul de la perte de gain et du degré d'invalidité, l'OAI avait retenu un salaire sans invalidité de CHF 67'101.- et un salaire avec invalidité de CHF 60'392.- dont il résultait une perte de gain de CHF 6'710.- équivalente à 10 % et correspondant au degré d'invalidité. Par ailleurs, d'autres mesures professionnelles n'étaient pas nécessaires dans la situation de l'assuré.

b. Par courrier de son avocat, daté du 10 août 2022, l'assuré a contesté le projet de décision. Par courrier du 19 septembre 2022, il a complété sa contestation, se déclarant « absolument incapable de travailler » en raison de son « état de santé général et concret », rappelant ses problèmes au pied gauche ainsi qu'une scoliose à convexité droite, diagnostiquée dans le courant de l'année 2021. Il mentionnait

que selon le certificat médical du 23 mars 2022 établi par le Dr B_____, il était en incapacité de travail à 100 %. Dès lors qu'il y avait une contradiction entre l'appréciation de son médecin traitant et les conclusions des experts, il fallait ordonner une expertise pluridisciplinaire, confiée à des médecins indépendants de l'OAI et spécialisés en rhumatologie, orthopédie et psychiatrie, étant entendu qu'une telle expertise ne pouvait mener qu'au constat d'une incapacité totale de travail de l'assuré, de sorte que la seule issue serait l'octroi d'une rente d'invalidité en sa faveur.

c. Le SMR de l'OAI a proposé d'adresser des questions complémentaires au I_____, en rapport avec l'avis divergent du Dr B_____. Le bureau d'expertise médicale a répondu en date du 13 décembre 2022, sous la plume du Dr H_____. Ce dernier s'est prononcé sur la base des rapports médicaux du Dr B_____ du 29 mars et du 19 août 2022. Sur le plan psychique, la capacité de travail dans l'activité habituelle et adaptée était de 100 % depuis toujours, ce d'autant plus qu'à la lecture des dernières analyses sanguines de l'assuré - qui dataient du mois d'octobre 2022 - il n'y avait plus de traces de cannabis dans les urines. Contrairement à ce qu'indiquait le médecin traitant, l'expert psychiatre ne retenait pas d'épisode dépressif et considérait que les éléments anxieux étaient au premier plan, remarquant également qu'il n'y avait pas de traitement antidépresseur qui avait été prescrit à cette période, ce qui conduisait l'expert à ne pas suivre les conclusions du Dr B_____ en ce qui concernait l'incapacité de travail. L'expert se prononçait également sur le rapport du 20 septembre 2022 de la Dre E_____ et estimait que les éléments mentionnés par cette dernière concernant le repli social de l'assuré ne permettaient pas de modifier les conclusions antérieures de l'expert, dès lors que l'assuré avait un bon groupe d'amis, même s'il était souvent seul sur sa console vidéo. Les conclusions du rapport d'expertise concernant une activité adaptée étaient maintenues et l'expert confirmait que la capacité de travail dans l'activité de secrétaire médical de l'assuré était de 100 %.

d. Dans son rapport du 9 janvier 2023, le SMR a considéré qu'à la lecture du complément d'expertise du 13 décembre 2022, les conclusions des rapports d'expertise restaient valables, ainsi que celles du SMR telles qu'elles étaient exposées dans son rapport du 13 juin 2022.

e. Par décision du 10 janvier 2023, l'OAI a entièrement repris et confirmé le contenu du projet de décision du 14 juin 2022.

C. **a.** Par acte de son mandataire posté en date du 10 février 2023, l'assuré a recouru auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice contre la décision du 10 janvier 2023 de l'OAI. Il a conclu, principalement, à ce qu'une expertise judiciaire bi-disciplinaire orthopédique et psychiatrique soit ordonnée, que la décision querellée soit annulée et qu'il soit procédé au calcul de l'invalidité dont était frappé l'assuré depuis le 21 mars 2019, sous suite de frais et dépens. L'assuré a rappelé les problèmes et les douleurs ressenties dans son activité d'assistant en pharmacie puis a mentionné qu'en raison d'une altercation avec une

patiente, sur son lieu de travail, en date du 5 septembre 2021, son état psychique s'était détérioré, ce qui l'avait amené à un suivi psychiatrique, à raison d'une fois par mois. De surcroît, il estimait que sa nouvelle formation de secrétaire médical n'était plus adaptée, en raison de la scoliose qui ressortait de l'examen radiographique du 22 mars 2021 effectué par le docteur J_____, spécialiste FMH en radiologie. Selon l'assuré, il existait des contradictions notables entre le rapport d'expertise et les certificats médicaux des médecins traitants ; par ailleurs, les conclusions des experts selon lesquelles il disposait d'une capacité de travail de 100 % dans l'activité adaptée ne résistaient pas à l'examen, dans la mesure où son état psychique ne lui avait pas permis de continuer à travailler dans son activité adaptée. Il semblait également interpréter les conclusions de l'expertise comme contradictoires dans la mesure où, selon lui, lesdites conclusions montraient qu'il ne pouvait ni exercer seul son activité, ni l'exercer au contact d'autres employés.

b. Dans sa réponse du 13 mars 2023, l'OAI a conclu au rejet du recours, estimant que l'expertise et son complément devaient se voir accorder une pleine valeur probante. Le recourant n'amenait aucun élément objectivement vérifiable, de nature clinique ou diagnostique, qui aurait été ignoré dans le cadre de l'expertise et qui serait suffisamment pertinent pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions des experts ou établir le caractère incomplet des rapports. Le fait que les médecins traitants aient une appréciation différente des experts, n'était en soi pas déterminant, selon la jurisprudence.

c. Par réplique de son avocat du 5 mai 2023, le recourant a, une nouvelle fois, critiqué le rapport d'expertise, considérant que sa scoliose ne lui permettait pas de travailler en position assise, contrairement à l'appréciation de l'expert orthopédiste et que sur le plan psychique, les conclusions de l'expert ne pouvaient pas être suivies, puisque son état psychique s'était détérioré et avait nécessité la prise d'un traitement à visée anxiolytique, alors même que les dernières analyses toxicologiques ne faisaient état d'aucune prise de cannabis, ce qui démontrait que ses crises d'angoisse n'étaient pas causées par le cannabis. Enfin, les experts ne pouvaient pas expliquer les raisons pour lesquelles ils retenaient une capacité de travail entière dans une activité adaptée, alors que le recourant n'avait pas été en mesure de reprendre un travail, malgré ses recherches d'emploi. Il persistait donc dans ses conclusions.

d. Sur ce, la cause a été gardée à juger, ce dont les parties ont été informées.

e. Les autres faits seront mentionnés, en tant que de besoin, dans la partie « en droit » du présent arrêt.

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. Dans la mesure où le recours a été interjeté postérieurement au 1er janvier 2021, il est soumis au nouveau droit (cf. art. 82*a* LPGA a contrario).

4. Le 1er janvier 2022, sont entrées en vigueur les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705).

En cas de changement de règles de droit, la législation applicable reste, en principe, celle en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge se fonde, en règle générale, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; ATF 132 V 215 consid. 3.1.1 et les références).

En l'occurrence, la décision querellée a été rendue postérieurement au 1er janvier 2022, mais concerne un état de fait juridiquement déterminant, antérieur au 31 décembre 2021, de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur ancienne teneur.

5. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable.

6. Le litige porte sur le bien-fondé de la décision de l'OAI de refus d'octroi d'une rente invalidité.

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. **8.1** Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c; ATF 102 V 165 consid. 3.1; VSI 2001 p. 223 consid. 2b; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanent d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 ; ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1; ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

8.2 Dans l'ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a revu et modifié en profondeur le schéma d'évaluation de la capacité de travail, respectivement de l'incapacité de travail, en cas de syndrome douloureux somatoforme et d'affections psychosomatiques comparables. Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'un catalogue d'indicateurs (ATF 141 V 281 consid. 4). Le Tribunal fédéral a ensuite étendu ce nouveau schéma d'évaluation aux autres affections psychiques (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références). Aussi, le caractère invalidant d'atteintes à la santé psychique doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance du trouble psychique à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 143 V 409 consid. 4.4; arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2019 du 17 mars 2020 consid. 3 et les références).

Le Tribunal fédéral a en revanche maintenu, voire renforcé la portée des motifs d'exclusion définis dans l'ATF 131 V 49, aux termes desquels il y a lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble au sens de la classification sont réalisées. Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les

caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psycho-social intact (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1 et 2.2.2; ATF 132 V 65 consid. 4.2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_16/2016 du 14 juin 2016 consid. 3.2).

8.3 L'organe chargé de l'application du droit doit, avant de procéder à l'examen des indicateurs, analyser si les troubles psychiques dûment diagnostiqués conduisent à la constatation d'une atteinte à la santé importante et pertinente en droit de l'assurance-invalidité, c'est-à-dire qui résiste aux motifs dits d'exclusion tels qu'une exagération ou d'autres manifestations d'un profit secondaire tiré de la maladie (cf. ATF 141 V 281 consid. 2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_756/2018 du 17 avril 2019 5.2.2 et la référence).

8.4 Pour des motifs de proportionnalité, on peut renoncer à une appréciation selon la grille d'évaluation normative et structurée si elle n'est pas nécessaire ou si elle est inappropriée. Il en va ainsi notamment lorsqu'il n'existe aucun indice en faveur d'une incapacité de travail durable ou lorsque l'incapacité de travail est niée sous l'angle psychique sur la base d'un rapport probant établi par un médecin spécialisé et que d'éventuelles appréciations contraires n'ont pas de valeur probante du fait qu'elles proviennent de médecins n'ayant pas une qualification spécialisée ou pour d'autres raisons (arrêt du Tribunal fédéral 9C_101/2019 du 12 juillet 2019 consid. 4.3 et la référence ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_724/2018 du 11 juillet 2019 consid. 7). En l'absence d'un diagnostic psychiatrique, une telle appréciation n'a pas non plus à être effectuée (arrêt du Tribunal fédéral 9C_176/2018 du 16 août 2018 consid. 3.2.2).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

10. Selon la jurisprudence rendue jusque-là à propos des dépressions légères à moyennes, les maladies en question n'étaient considérées comme invalidantes que lorsqu'on pouvait apporter la preuve qu'elles étaient « résistantes à la thérapie » (ATF 140 V 193 consid 3.3; arrêts du Tribunal fédéral 9C_841/2016 du 8 février 2017 consid. 3.1 et 9C_13/2016 du 14 avril 2016 consid. 4.2).

Dans l'ATF 143 V 409 consid. 4.2, le Tribunal fédéral a rappelé que le fait qu'une atteinte à la santé psychique puisse être influencée par un traitement ne suffit pas, à lui seul, pour nier le caractère invalidant de celle-ci; la question déterminante est en effet celle de savoir si la limitation établie médicalement empêche, d'un point de vue objectif, la personne assurée d'effectuer une prestation de travail. A cet égard, toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références). Ainsi, le caractère invalidant des atteintes à la santé psychique doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance du trouble psychique à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 143 V 409 consid. 4.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_142/2018 du 24 avril 2018 consid. 5.2).

Dans les cas où, au vu du dossier, il est vraisemblable qu'il n'y a qu'un léger trouble dépressif, qui ne peut déjà être considéré comme chronifié et qui n'est pas non plus associé à des comorbidités, aucune procédure de preuve structurée n'est généralement requise (arrêt du Tribunal fédéral 9C_14/2018 du 12 mars 2018 consid 2.1).

Le Tribunal fédéral a récemment rappelé qu'en principe, seul un trouble psychique grave peut avoir un caractère invalidant. Un trouble dépressif de degré léger à moyen, sans interférence notable avec des comorbidités psychiatriques, ne peut

généralement pas être défini comme une maladie mentale grave. S'il existe en outre un potentiel thérapeutique significatif, le caractère durable de l'atteinte à la santé est notamment remis en question. Dans ce cas, il doit exister des motifs importants pour que l'on puisse néanmoins conclure à une maladie invalidante. Si, dans une telle constellation, les spécialistes en psychiatrie attestent sans explication concluante (éventuellement ensuite d'une demande) une diminution considérable de la capacité de travail malgré l'absence de trouble psychique grave, l'assurance ou le tribunal sont fondés à nier la portée juridique de l'évaluation médico-psychiatrique de l'impact (ATF 148 V 49 consid. 6.2.2 et les références).

11. **11.1** Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1). La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. Dans le cas des maladies psychiques, les indicateurs sont importants pour évaluer la capacité de travail, qui - en tenant compte des facteurs incapacitants externes d'une part et du potentiel de compensation (ressources) d'autre part -, permettent d'estimer la capacité de travail réellement réalisable (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_286/2020 du 6 août 2020 consid. 4 et la référence).

11.2 Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). Il faut en outre que le médecin dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêt du Tribunal fédéral 9C_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les références).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux.

11.3 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 135 V 465 consid. 4.4 et les références ; ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

Le fait qu'une expertise psychiatrique n'a pas été établie selon les nouveaux standards - ou n'en suit pas exactement la structure - ne suffit cependant pas pour lui dénier d'emblée toute valeur probante. En pareille hypothèse, il convient bien plutôt de se demander si, dans le cadre d'un examen global, et en tenant compte des spécificités du cas d'espèce et des griefs soulevés, le fait de se fonder définitivement sur les éléments de preuve existants est conforme au droit fédéral. Il y a lieu d'examiner dans chaque cas si les expertises administratives et/ou les expertises judiciaires recueillies - le cas échéant en les mettant en relation avec d'autres rapports médicaux - permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants. Selon l'étendue de l'instruction déjà mise en oeuvre, il peut s'avérer suffisant de requérir un complément d'instruction sur certains points précis (ATF 141 V 281 consid. 8; ATF 137 V 210 consid. 6 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_808/2019 du 18 août 2020 consid. 5.2. et 9C_109/2018 du 15 juin 2018 consid. 5.1).

11.4 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).

11.5 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).

11.6 On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

12. En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé, 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).

13. 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 126 V 353 consid. 5b et les références; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 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 135 V 39 consid. 6.1 et la référence).

14. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; ATF 145 I 167 consid. 4.1 et les références ; ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 et les références). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d).

15. En l'espèce, le recourant se considère comme incapable de travailler, même dans une activité adaptée, en raison de ses troubles somatiques et psychiques. Il conteste les conclusions de l'expertise bi-disciplinaire en les opposant à celles de ses médecins traitants.

L'OAI, en revanche, considère que les conclusions du rapport d'expertise bi-disciplinaire et de son complément peuvent être suivies, quand bien même les appréciations du Dr B_____ sur la capacité de travail du recourant sont différentes.

15.1 Les rapports établis par les experts énumèrent les pièces qui ont été consultées et qui sont exhaustives. Ne manquent que les deux rapports médicaux du Dr B_____, dans la mesure où ces derniers ont été rédigés après le mandat d'expertise, raison pour laquelle un complément d'expertise a été requis par le SMR et a fait l'objet d'un rapport d'expertise complémentaire du 13 décembre 2022 qui s'est prononcé, non seulement sur les deux rapports du Dr B_____ du 29 mars et du 19 août 2022, mais également sur le bilan biologique transmis le 15 novembre 2022 et sur le rapport de la Dre E_____ du 20 septembre 2022.

En cela, les experts ont tenu compte de l'ensemble des pièces médicales, notamment toutes celles rédigées par les médecins traitants du recourant.

Les médicaments pris par le recourant ont été énumérés ; il en ressort que la plupart ont été remis en réserve, pour lutter contre d'éventuelles douleurs ou des difficultés à s'endormir.

L'évaluation consensuelle a été effectuée avec soin, en séparant clairement le plan somatique du plan psychique et en indiquant également la cohérence, qui a été reconnue intégralement au plan somatique et avec une réserve au plan psychique quant à la prise de cannabis, niée par l'expertisé, mais dont la présence a été révélée dans les urines. La motivation de l'incapacité de travail, que ce soit sur le plan orthopédique ou psychiatrique, est claire et complète.

L'anamnèse familiale, socioprofessionnelle et médicale est détaillée, avec en complément la description d'une journée type qui décrit un assuré se levant vers 07h00 puis déjeunant, faisant un peu le ménage, puis allant promener son chien. Dans l'après-midi, l'assuré va parfois voir des amis, puis après le souper entretient des conversations téléphoniques avec plusieurs de ses amis, pendant une à deux heures, avant de regarder des films et de se coucher relativement tard. Le week-end, l'expertisé mentionne qu'il s'arrange pour sortir, au moins une ou deux fois, pour rencontrer ses amis.

La consultation orthopédique est complète et il est pris note des radiographies de la colonne lombaire indiquant une attitude scoliotique modérée <10°, sans rotation vertébrale donc purement posturale ; la très légère bascule du bassin de 5 mm en défaveur du côté droit est également mentionnée et la radiographie du 22 mars 2021 du Dr J_____ relevant l'existence d'une scoliose fait partie des pièces qui ont été citées et consultées par les experts (rapport d'expertise, p. 7 et 20).

L'expert orthopédiste confirme que dans l'activité habituelle, la capacité de travail a été nulle du 25 octobre au 17 décembre 2016, puis de 50 % du 18 au 31 décembre 2017. Dans l'activité adaptée, qui devrait se passer essentiellement en position assise, sans déplacements trop fréquents surtout sur des sols irréguliers, sans devoir monter ou descendre des escaliers de manière fréquente et sans port de charges de plus de 15 kg de manière répétitive, l'expert considère qu'il y a une pleine et entière capacité de travail depuis toujours et que cette dernière ne peut pas être améliorée de façon sensible par des mesures médicales.

L'expert psychiatre relate un entretien approfondi avec l'expertisé qui a retracé une enfance complexe, des difficultés avec son ex beau-père et avec sa mère ainsi qu'un manque de communication avec son père. Il mentionne qu'il a des amis qu'il essaie de voir le plus souvent possible, surtout le week-end, et avec lesquels il fait des promenades et passe des soirées. Deux fois par semaine il se rend au fitness. Il est en couple depuis deux ans et n'a pas d'enfant.

L'expertisé évoque une humeur triste, plutôt le soir, et parfois un manque d'envie. Il n'a toutefois pas d'idées suicidaires et évoque faire parfois des crises d'angoisse. Il ne rapporte pas d'addiction à l'alcool, aux drogues (sous réserve de la mention du test d'urine positif au cannabis, mais nié par l'assuré) et au jeu. Il craint la critique

et évoque avoir été hospitalisé à la clinique de Belle-Idée en 2013 (ou en 2014), après avoir été adressé par une psychologue qui le jugeait suicidaire, dans le cadre de l'école. Après une semaine, il est sorti de son propre chef car il n'acceptait pas l'hospitalisation et se sentait angoissé. Pendant une année, il a été suivi par une psychologue, sans bénéficier de traitement psychiatrique, après quoi il a stoppé le suivi brutalement, car il n'en voyait pas l'utilité. Il est à présent suivi depuis deux ans par la psychologue F_____, qu'il voit toutes les deux semaines et par la psychiatre E_____. Il ne prenait pas d'antidépresseurs au moment où le rapport d'expertise a été réalisé.

En se projetant, il envisage un avenir en couple et est plutôt optimiste dans l'ensemble.

L'expert psychiatre recommande de continuer la prise en charge psychothérapeutique en évoquant, éventuellement, la prise d'un traitement antidépresseur, pour lequel il considère qu'il n'y a toutefois pas d'exigibilité.

Il considère que l'assuré peut travailler en tant que secrétaire médical à 100 % et ceci depuis toujours et recommande une activité adaptée qui devrait être valorisante et limitante d'un point de vue du stress, ce qui est compatible avec l'activité de secrétaire médical. Il mentionne encore que l'arrêt de la prise de cannabis pourrait limiter les aspects anxieux dont souffre l'assuré.

15.2 Il résulte de ces éléments que le rapport des experts correspond en tous points aux exigences en la matière. Il a été établi en parfaite connaissance du dossier médical, dont la lecture a été complétée par un examen physique mené par l'expert orthopédiste et un entretien approfondi avec l'expert psychiatre.

Il contient en outre une anamnèse personnelle, familiale et professionnelle très fouillée et les experts ont rapporté leurs observations cliniques de manière détaillée et ont mentionné les plaintes de l'assuré sur le plan somatique et sur le plan psychique.

Les diagnostics retenus sont soigneusement motivés et la capacité de gain a été analysée en se référant aux limitations fonctionnelles découlant de leurs observations.

En outre, les experts ont exposé de manière convaincante pour quelles raisons ils se ralliaient aux avis des autres intervenants ou au contraire s'en écartaient, notamment au niveau de l'expertise complémentaire où l'expert psychiatre a dû se prononcer sur le contenu des rapports médicaux des médecins traitants. Les conclusions des experts sont elles aussi claires et motivées.

15.3 Les reproches du recourant sur la scoliose, qui empêcherait désormais l'exercice de l'activité adaptée de secrétaire médical, tombent à faux. L'expert orthopédiste a tenu compte du rapport de radiologie du Dr J_____ et de la scoliose, qu'il a lui-même constatée lors de son examen, notant la différence de 5 mm en défaveur du côté droit et du fait que selon le Dr B_____ cela empêchait

l'exercice de l'activité de secrétaire médical (rapport d'expertise, p. 17), mais il n'a pas suivi le médecin traitant dans cette conclusion.

De même, contrairement à ce qu'allègue l'assuré, l'expert psychiatre ne conclut pas que la cessation de prise de cannabis aurait pour effet de faire disparaître l'anxiété de l'assuré mais considère que la prise de cannabis est de nature à exacerber l'anxiété ; partant, on comprend que l'arrêt de la consommation de cannabis – pour autant que cette consommation ait été régulière, ce que l'assuré dément - ne peut être que profitable à l'assuré.

Enfin, les remarques de l'assuré sur une éventuelle contradiction quant aux conditions dans lesquelles devrait se dérouler une activité adaptée, résultent de son interprétation, car l'expert psychiatre note clairement (rapport d'expertise, p. 30) que ladite activité « doit être valorisante pour éviter un risque d'accentuation des traits de personnalité un risque de fuite. Elle doit être également limitante d'un point de vue stress. Il ne peut pas y avoir de prise de décision immédiate ou de traitement d'informations simultanées. Le travail de secrétaire médical respecte les limitations fonctionnelles ». On ne discerne pas de contradiction dans cette recommandation.

L'expert psychiatre, quant à lui s'est clairement prononcé, dans son complément du 13 décembre 2022, sur les appréciations médicales du Dr B_____ en matière psychiatrique ainsi que sur celles de la Dre E_____. Il s'est écarté de leurs conclusions de manière motivée.

À cet égard il faut rappeler que le Dr B_____ n'est ni psychiatre, ni orthopédiste, et que l'on doit donner plus de poids à l'appréciation d'un médecin s'exprimant dans le cadre de sa spécialité par rapport à l'appréciation d'un généraliste.

S'agissant de la Dre E_____, psychiatre traitante, son certificat médical du 20 septembre 2022 fait apparaître une thymie abaissée chez l'assuré, une perte du plaisir et d'intérêt, un manque de motivation et une anxiété très présente. Cela étant, la psychiatre ne mentionne pas que l'assuré souffre d'un épisode de dépression, ni a fortiori, d'un épisode moyen grave, pas plus qu'elle ne signale une éventuelle limitation de sa capacité de travail.

L'appréciation de la psychiatre E_____, concernant le repli social de l'assuré, ne saurait être suivie ; en effet, l'entretien approfondi mentionné dans le rapport d'expertise fait, au contraire, apparaître, selon les déclarations de l'assuré, l'existence de liens étroits et de contacts fréquents avec un cercle d'amis, l'existence d'une vie de couple et des ressources conservées chez un assuré qui sort une à deux fois par week-end, qui se promène l'après-midi et qui pratique le fitness deux fois par semaine.

15.4 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 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 sied encore de préciser que selon le Tribunal fédéral, en examinant les rapports médicaux établis par les médecins traitants, le juge 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).

Compte tenu de l'ensemble de ces éléments, la chambre de céans considère que les rapports d'expertise orthopédique et psychiatrique du 27 mai 2022 ainsi que le complément d'expertise du 13 décembre 2022 présentent une pleine valeur probante et que les conclusions des experts peuvent être suivies.

15.5 Au vu de ce qui précède, la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée est pleine et entière.

15.6 Dès lors et par appréciation anticipée des preuves, la chambre de céans estime que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation ; il est superflu d'administrer d'autres preuves, notamment d'ordonner une nouvelle expertise judiciaire bi-disciplinaire comme demandé par le recourant (appréciation anticipée des preuves ; ATF 145 I 167 consid. 4.1 et les références ; ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 et les références).

15.7 S'agissant d'éventuelles mesures professionnelles, elles ont déjà été octroyées par l'OAI dans le cadre du mandat de réadaptation et ne sont donc pas nécessaires.

16. Compte tenu de ce qui précède, la chambre de céans n'a d'autre choix que de rejeter le recours.

17. Étant donné que, depuis le 1er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner le recourant au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

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
Véronique SERAIN	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