RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/661/2020 **ATAS/450/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 12 mai 2021

5ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié _____, à GENÈVE, représenté par l'APAS-Assoc. permanence défense des patients et assurés	recourant

contre

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

Siégeant : Philippe KNUPFER, Président; Toni KERELEZOV et Monique STOLLER FÜLLEMANN, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après l'assuré ou le recourant), né en 1962, est licencié en sciences économiques et a obtenu, en 1996, un certificat de capacité de l'hôtellerie et de la gastronomie, puis a exercé ensuite la profession de gérant de restaurant pour divers établissements.

2. Le 10 septembre 2002, il a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé) ; il indiquait souffrir de dépression depuis 1995. Dans un rapport du 11 octobre 2002, le docteur B_____ a confirmé les périodes d'incapacité de travail de son patient et indiqué qu'il disposait d'une capacité de travail de 50% depuis le 23 juillet 2002. Ce médecin a diagnostiqué un état dépressif avec troubles du comportement, ainsi qu'un syndrome de déracinement socio-culturel. Le patient était suivi depuis 1995 par plusieurs psychiatres, suite à une agression, pour un état dépressif réactif, considéré comme syndrome de stress post traumatique. Il avait également des problèmes à s'intégrer en raison de difficultés comportementales. Cependant, une invalidité de 100% ne pouvait lui être reconnue et la demande visait principalement à l'obtention d'une aide à la réintégration professionnelle.

3. À la demande de l'OAI, le docteur C_____, psychiatre, a procédé à une nouvelle évaluation de l'état de santé de l'assuré pour le compte du Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (ci-après: COMAI) de Genolier. Dans son rapport du 18 février 2004, ce médecin n'a posé aucun diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail de l'assuré ; il a mentionné un processus d'invalidation probable, sous forme de trouble somatoforme, sans comorbidité psychiatrique grave, lequel était sans répercussion sur la capacité de travail. L'assuré avait beaucoup de plaintes, se sentait vite agressé, ce qui l'empêchait de travailler. Il donnait des réponses confuses et semblait mal comprendre les questions. Il n'existait pas d'état dépressif manifeste, ni d'anxiété claire ; il donnait l'impression d'exagérer ses plaintes et d'être pris dans un processus d'invalidation.

4. Constatant qu'il existait des divergences entre l'avis du Dr C_____ et ceux du Dr B_____ et de la Clinique de Montana, la doctoresse D_____ du service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a décidé de soumettre l'assuré à une expertise psychiatrique.

5. À la demande de l'OAI, le 6 décembre 2004, le docteur E_____, psychiatre du SMR, a rendu un rapport d'examen psychiatrique de l'assuré, dans lequel il a retenu un diagnostic de trouble dépressif et anxieux mixte (F 41.2) chez une personnalité émotionnellement labile à traits interprétatifs et abandonniques. Ce psychiatre n'a pas mis en évidence de signes parlant pour un état de stress post traumatique. L'assuré recevait depuis 2001 un traitement de Seropram 20mg prescrit par le Dr B_____, mais malgré ce traitement, l'évolution était défavorable. Les limitations fonctionnelles étaient une tristesse, une perte de l'élan vital, des insomnies, des troubles de l'attention et de la concentration, une fatigabilité, une anhédonie, une

aboulie, ainsi qu'un retrait social. S'agissant de la capacité de travail exigible, le Dr E_____ déclarait s'écarter de l'avis du Dr C_____. En effet, l'assuré présentait une pathologie psychiatrique avérée, qui justifiait une incapacité de travail de 50% depuis fin septembre 2000. Son activité actuelle était adaptée.

6. En date du 20 janvier 2004, la Dresse D_____ a indiqué que le rapport du Dr E_____ ne permettait pas de comprendre pour quelle raison il s'écartait des conclusions du Dr C_____. Le Dr E_____ n'ayant pas voulu étayer son rapport, le dossier avait été transmis au Dr F_____, lequel avait constaté les mêmes discordances que la Dresse D_____. Pour cette raison, une nouvelle expertise psychiatrique a été demandée au docteur G_____, psychiatre et psychothérapeute.

7. Dans son rapport d'expertise du 25 février 2005, le Dr G_____ a mentionné, dans l'anamnèse, que l'assuré avait connu, après avoir quitté sa première épouse, une Palestinienne qu'il avait épousée en 2001. Trois enfants, nés en 1997, 1999 et 2001, étaient issus de leur union. L'expert n'a retenu aucun diagnostic ayant une influence sur la capacité de travail. Il a mentionné qu'il existait un trouble de l'adaptation avec à la fois anxiété et dépression (F 43.2). Ce trouble était à la limite inférieure du seuil diagnostique et était vraisemblablement présent de façon quasi continue depuis deux à trois ans, en raison de la réactivation continue des facteurs de stress. S'il y avait eu au départ des manifestations correspondant à un état de stress post traumatique, celles-ci s'étaient rapidement amendées, comme c'était d'ailleurs la règle. Les plaintes actuelles du patient parlaient contre un tel état et le psychiatre était formel sur ce point. L'ensemble de l'évaluation mettait en évidence des éléments dépressifs et anxieux qui étaient manifestement en rapport avec les difficultés existentielles actuelles. Il n'y avait pas de caractéristiques de trouble dépressif majeur ; si l'anxiété était présente, elle n'avait rien d'un trouble anxieux spécifique.

   On se trouvait donc face à un trouble psychique de peu de gravité qui n'avait pas de valeur invalidante. Cette appréciation était d'ailleurs argumentée par le mode de vie de l'assuré qui restait actif, faisait du sport, maintenait un réseau social adéquat et se débrouillait dans la vie de tous les jours. Il y avait certainement de l'impulsivité et une démonstrativité sortant un peu des normes, mais on ne pouvait l'assimiler à un trouble de la personnalité. Le sujet se trouvait dans une situation existentielle difficile depuis plusieurs années et manifestait une tendance à déléguer aux autres et à la société en général une partie de ses propres responsabilités, ce qui avait fait noter des traits de personnalité dépendante. Tout cela pouvait parler en faveur d'un trouble de l'adaptation avec sa symptomatologie anxieuse et dépressive, même si l'on était à la limite inférieure du seuil diagnostique. Il n'y avait donc pas d'incapacité de travail liée à une maladie psychiatrique. L'expertisé était certainement capable de reprendre son activité professionnelle antérieure, le contexte existentiel ne relevant pas de la maladie. Il n'y avait pas d'autres mesures médicales ou professionnelles à proposer, le suivi actuel paraissant optimal.

8. Par décision du 10 juin 2005, confirmée sur opposition par décision du 19 août 2005, l'OAI a rejeté la demande de rente de l'assuré, au motif qu'aucune atteinte à la santé ayant valeur de maladie pour l'assurance-invalidité n'avait été diagnostiquée, en se fondant sur les expertises des Dr C_____ et G_____ qui devaient se voir reconnaître pleine valeur probante.

9. Sur recours, le Tribunal cantonal des assurances sociales (ci-après : le TCAS), devenu depuis lors la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la CJCAS), a considéré que le Dr G_____ avait procédé à un examen psychiatrique complet de l'assuré et s'était appuyé sur l'entier de son dossier médical, notamment les rapports des psychiatres l'ayant examiné auparavant, de sorte qu'on ne pouvait que constater que son expertise se fondait sur un dossier bien étayé. En particulier, le Dr G_____ expliquait de manière convaincante pour quelle raison il ne retenait pas de trouble ayant valeur invalidante. Le TCAS s'est rallié au rapport d'expertise du Dr G_____ pour exclure une atteinte à la santé invalidante au sens de la loi, tout en admettant une fragilité psychique du recourant, et a rejeté le recours par décision du 18 janvier 2006 (ATAS/40/2006).

10. En date du 9 août 2017, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations d'invalidité ; sous la rubrique concernant l'atteinte à la santé, il indiquait « symptomatologie anxiodépressive, aujourd'hui chronique ». Selon l'assuré, l'atteinte existait depuis l'année 2012. S'agissant des médecins qu'il avait consultés, l'assuré mentionnait la doctoresse H_____, psychiatre auprès du CAPPI des Eaux-Vives et consultée pour des troubles psychiques depuis 2012, ainsi que le docteur I_____, spécialiste en médecine interne et angiologie, consulté pour des problèmes de diabète depuis 2012.

11. L'assuré a communiqué diverses pièces médicales à l'OAI, notamment :

    - un certificat médical signé par le Dr I_____, datant du 16 novembre 2017, par lequel le médecin certifiait que l'état de santé de l'assuré s'était aggravé ces derniers mois, que son scanner cardiaque effectué le 21 décembre 2016 montrait une sténose estimée à 70% de l'IVA et que son état clinique s'était dégradé ces dernières semaines et nécessitait une dilatation coronarienne avec pose de stents qui était prévue le 29 novembre 2017 ;

    - un rapport d'imagerie médicale du 21 décembre 2016, concernant une tomodensitométrie axiale computérisée cardiaque, signé par le Docteur J_____, radiologue, faisant apparaître une importante coronarosclérose des trois vaisseaux avec sténose estimée entre 65 et 70% de l'IVA ;

    - une attestation médicale du 13 novembre 2017 du CAPPI des Eaux-Vives, signée par la doctoresse K_____, psychiatre, confirmant que l'assuré était suivi depuis le 22 novembre 2016.

12. À la demande de l'OAI, le Dr I_____ a confirmé, par courrier du 12 décembre 2017, que l'assuré avait subi une angioplastie de l'artère interventriculaire

antérieure moyenne le 29 novembre 2017, joignant audit courrier un rapport de coronographie et angioplastie de ladite artère.

13. Par courrier du 27 mars 2018, l'OAI a informé l'assuré qu'aucune mesure de réadaptation n'était possible actuellement et que l'autorité allait examiner l'éventuel droit de l'assuré à une rente ; il était encore précisé que l'assuré avait la possibilité de demander la notification d'une décision formelle. L'assuré n'a pas demandé qu'on lui notifie une décision.

14. À la demande de l'OAI, le Dr I_____ a communiqué un rapport médical intermédiaire du 9 août 2018, mentionnant que l'état de santé de l'assuré était resté stationnaire, que le dernier examen médical était daté du 15 juin 2018, qu'un traitement médical était en cours, mais que le pronostic était réservé et que l'état cardiaque et le diabète de l'assuré, diagnostiqué depuis novembre 2017, pouvaient avoir une influence sur la capacité de travail. S'agissant des limitations fonctionnelles, il était mentionné qu'il fallait éviter les efforts physiques. Le médecin traitant ajoutait que l'assuré était suivi par un psychiatre depuis trois ans et que, s'agissant d'une reprise du travail, il considérait qu'il n'y avait pas de reprise possible à l'heure actuelle.

15. À la demande de l'OAI, la Dresse K_____ a complété un questionnaire en date du 27 septembre 2018, dont il ressortait que les plaintes de l'assuré s'étaient cristallisées autour de sa situation sociale qui s'était largement précarisée au cours des dernières années et qui représentait une faille narcissique certaine, ce d'autant plus qu'il ne parvenait pas à retrouver du travail. Son humeur était diminuée avec des affects congruents et des ruminations anxieuses importantes au quotidien. Le sommeil était perturbé, l'élan vital et l'espoir étaient fragilisés, l'assuré avait régulièrement des idées noires sans velléités suicidaires, car ses quatre enfants représentaient un facteur protecteur certain et il ne présentait pas de symptômes psychotiques. Le médecin considérait que l'assuré était freiné pour les activités du quotidien et ne bénéficiait que d'un réseau social pauvre, en raison du fait qu'il était divorcé et que sa famille vivait en Palestine. D'un point de vue strictement psychiatrique, la doctoresse diagnostiquait un trouble anxieux et dépressif mixte, et un trouble de la personnalité ; selon elle, la capacité de travail était nulle ; elle mentionnait encore que sa prise en charge psychiatrique datait du mois de novembre 2017 et que, dans un premier temps, l'assuré était resté stable psychiquement. Toutefois, au printemps 2018, son état s'était péjoré progressivement, suite à l'accumulation de mauvaises nouvelles reçues concernant des membres de sa famille en Palestine ; il était notamment mentionné que la mauvaise santé de la mère de l'assuré, qui était âgée et qui souffrait de différentes maladies somatiques chroniques et dont l'assuré pensait qu'elle était en fin de vie, contribuait lourdement à la péjoration de son état psychique. Il était indiqué que l'assuré était « compliant » dans le suivi des consultations et dans l'observance de sa prise médicamenteuse.

16. Dans un avis SMR du 8 novembre 2018, le docteur L_____ a résumé la situation de l'assuré, en considérant pour l'évolution de l'état de santé, qu'il y avait eu stabilité, puis aggravation, puis amélioration ; s'agissant des diagnostics, il constatait la présence d'une maladie coronarienne, ainsi que d'un trouble anxieux et dépressif mixte (F 41.2). Le médecin-conseil du SMR concluait que l'état actuel de l'assuré n'était pas stabilisé et qu'il convenait de réinterroger les intervenants au début de l'année 2019, afin de connaître l'évolution.

17. Interpellé par l'OAI, le Dr I_____ a confirmé, en date du 28 avril 2019, que l'état de santé de l'assuré était resté stationnaire et qu'il n'y avait pas de changement dans les diagnostics, ni d'influence sur la capacité de travail. Il observait qu'il n'y avait pas eu d'aggravation depuis la pose des stents, que l'état de l'assuré était stable et il indiquait qu'il n'y avait aucune limitation fonctionnelle observable. Toutefois, il mentionnait qu'il n'y avait pas une bonne concordance entre les plaintes et l'examen clinique ; les deux dernières consultations avaient lieu, respectivement, en août 2018 et en avril 2019.

18. Interpellée par l'OAI, la doctoresse M_____, psychiatre, a complété un questionnaire en date du 17 juin 2019, mentionnant un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptômes dépressifs et une dépendance aux benzodiazépines, secondaire aux troubles primaires. Selon le médecin, l'assuré vivait seul, se sentait assez marginalisé, avait une faible estime de lui-même et une thymie triste. Il vivait au jour le jour, souffrait d'anxiété et de troubles du sommeil et avait un déficit important de l'attention et de la concentration. Il se plaignait de fatigue importante et de manque de motivation et d'énergie ; il n'avait pas d'idées suicidaires, mais des idées de mort passive et ne présentait pas d'éléments de la lignée psychotique. Le médecin traitant considérait que l'assuré avait une vie pauvre et qu'il s'occupait de manière minimaliste de son ménage et de ses repas et comptait sur le soutien de sa fille aînée, dont il était proche, qui le rassurait et l'encourageait. La doctoresse concluait en diagnostiquant une dépression sévère et chronique, une capacité de travail nulle depuis 2017, avec l'aggravation de sa dépression dans un contexte de divorce difficile.

19. Par avis médical du 25 juillet 2019, la doctoresse N_____, du SMR, a résumé la situation, depuis la date de la demande de prestations d'invalidité le 26 octobre 2017. Selon le médecin-conseil, les différentes atteintes somatiques (cardiaques, diabète) n'entraînaient que des limitations fonctionnelles, à savoir éviter les efforts physiques importants et pas de travail en stress continu pour l'aspect cardiaque, pas de travail de nuit ou d'horaires irréguliers pour le diabète. Sur le plan somatique, il considérait qu'il n'y avait aucune raison objective pour ne pas retenir une capacité de travail entière, dans une activité adaptée, car le trouble anxieux et dépressif mixte n'était pas une atteinte incapacitante, dans la mesure où ni les symptômes dépressifs, ni les symptômes anxieux n'étaient suffisamment sévères pour justifier un diagnostic de dépression ou de trouble anxieux séparé. Le médecin-conseil relevait que, dans son rapport du 7 juin 2019, la Dresse M_____ avait retenu un

trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère ; or, le traitement médicamenteux n'avait pas été modifié et l'assuré était vu tous les 15 jours. Dès lors, le SMR considérait que la sévérité et la durabilité de l'atteinte évoquée par la Dresse M_____ pouvaient être remises en question, dans la mesure où l'assuré s'était remarié avec une infirmière jordanienne, à la fin de l'année 2017 et qu'un nouvel enfant était né de cette union, en septembre 2018. De plus, l'état psychique était essentiellement influencé par des facteurs extra-médicaux, soit la situation familiale et sociale. Enfin, il était noté que la Dresse M_____ n'avait fourni aucun status psychiatrique et son constat se basait essentiellement sur les plaintes de l'assuré. Le SMR concluait qu'il était nécessaire de démontrer s'il y avait eu une aggravation notable et durable sur le plan psychiatrique depuis l'expertise du Dr G_____ du 25 février 2005 et proposait donc de demander une nouvelle expertise psychiatrique.

20. L'assuré a été informé des intentions de l'OAI et du mandat qui allait être confié à un expert par courrier du 3 septembre 2019 avec indication de la possibilité de demander une récusation ou de proposer des questions complémentaires qui pouvaient être posées à l'expert désigné. Par courrier du 17 septembre 2019, l'OAI a informé l'assuré que l'expert désigné était la doctoresse O_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, sous la supervision du docteur P_____. Dans le délai de douze jours qui lui était imparti, l'assuré n'a pas soumis de questions complémentaires, ni fait valoir de motifs de récusation à l'encontre de l'experte.

21. En date du 6 novembre 2019, la Dresse O_____ a rendu un rapport d'expertise :

    - sous chiffre 1.2.2 « Faits médicaux », l'experte a rappelé les principaux rapports médicaux, depuis le rapport du Dr C_____ du 18 février 2004, jusqu'au rapport médical de la Dresse M_____ du 17 juin 2019 ;

    - sous chiffre 2, l'experte a établi une synthèse du dossier en mentionnant l'intégralité des rapports médicaux, rapports d'hospitalisation, expertises psychiatriques, avis médicaux SMR, depuis le 25 octobre 2000 jusqu'à celui du 17 juin 2019. Elle a notamment résumé le rapport médical du 27 septembre 2018 de la Dresse K_____, faisant état de trouble anxieux et dépressif mixte, et de trouble de la personnalité et concluant à une incapacité de travail dans l'activité habituelle sans se prononcer sur la capacité de travail dans une activité adaptée ;

    - sous chiffre 3 « Entretien », l'experte a mentionné l'entretien avec l'assuré qui se plaignait spontanément essentiellement d'une tristesse persistante, depuis début 2017, sans changement, et d'un sentiment d'injustice par rapport à l'OAI qui ne lui avait pas octroyé de rente dans le passé ; il se plaignait de difficultés financières et de difficultés à trouver un emploi dans son domaine d'étude, concluant qu'il devait recevoir une rente d'invalidité à 100%. Se fondant sur les déclarations de l'assuré, l'experte constatait que celui-ci était soutenu par son entourage, à savoir sa nouvelle copine, qu'il essayait de tout faire pour ses

enfants, ce qui représentait une ressource pour lui, mais qu'il était pessimiste par rapport à sa carrière professionnelle, après une longue pause professionnelle à son âge ;

- sous la rubrique « Substances », il était mentionné, en se fondant sur les déclarations de l'assuré, que celui-ci consommait 20 cigarettes par jour, qu'il n'avait pas de dépendance à l'alcool, consommé occasionnellement, qu'il consommait également occasionnellement des benzodiazépines, sans dépendance et qu'il ne consommait pas de drogue ; il consultait mensuellement son médecin traitant généraliste, ainsi que sa psychiatre, depuis février 2019, mais sans suivi psychologique ;
- s'agissant de l'anamnèse sociale, il était mentionné que l'assuré vivait seul dans un studio, avait une situation financière difficile, bénéficiait d'un réseau relationnel partiel, avec des amis qu'il voyait régulièrement, qu'il entretenait actuellement une relation sentimentale heureuse depuis neuf mois, était père de six enfants issus de deux unions précédentes. Il était soutenu par son entourage et gérait seul son quotidien ;
- l'assuré décrivait une journée-type de la manière suivante : il se réveillait vers 11h00, prenait le petit-déjeuner, s'occupait des tâches ménagères, des courses et de la préparation des repas, parfois avec l'aide de sa copine. Il passait le reste de son temps à lire l'actualité sur son téléphone, à regarder la télévision et jouer à des jeux de logique sur son téléphone. Il aidait parfois ses enfants à faire leurs devoirs, il faisait quelques promenades, seul ou avec des amis, il passait des moments « de bonheur avec sa nouvelle compagne » ;
- sur le plan social, il voyait régulièrement sa famille et ses amis pour partager un repas, mais il décrivait un isolement social partiel, mais pas total, depuis 2017 jusqu'à présent. Il n'avait pas besoin d'aide pour les tâches ménagères, les courses et la préparation du repas, il conduisait sa voiture sans difficulté, il était parti une semaine en vacances à Jérusalem en juin 2019, ce qui lui avait fait du bien. Il préparait les repas et faisait les courses, il entretenait le logement et gardait les animaux domestiques sans difficulté, sa copine l'aidait de temps en temps. Il s'occupait des courses, des tâches administratives, de sa lessive et de l'entretien des vêtements, tâches dans lesquelles il était aidé par sa copine, avec qui il entretenait actuellement une relation sentimentale, étant rappelé qu'il était père de six enfants issus de deux unions antécédentes et qu'il s'occupait parfois des devoirs de deux de ses enfants ;
- selon l'experte, l'assuré était disponible pour une activité adaptée à 100%, simultanément à ses travaux habituels dans le ménage. Sur le plan des incohérences éventuelles apparues aux yeux de l'experte, il était mentionné que l'assuré était authentique, n'exagérait pas les activités encore possibles de la journée-type, mais que la seule incohérence était la demande de rente

d'invalidité à 100% en raison de ce que l'experte présentait comme des autolimitations et des limitations subjectives ;

- contrairement aux affirmations de sa psychiatre traitante, l'assuré ne confirmait pas la dépendance aux benzodiazépines, expliquant qu'il prenait ponctuellement du Xanax à raison d'un milligramme par jour. L'assuré exprimait spontanément des avantages secondaires, en expliquant ne pas pouvoir trouver un emploi correspondant à son niveau d'études, devoir s'adapter à son status somatique après une longue pause professionnelle à son âge, dans un contexte de dettes et de situation difficile financièrement. L'experte ne retenait pas d'incohérence entre les activités possibles durant la journée et le diagnostic de trouble anxio-dépressif mixte établi par la Dresse K_____ en 2018 ;
- l'experte considérait, toutefois, qu'il y avait des incohérences importantes entre le diagnostic de trouble dépressif sévère, avec une capacité de travail nulle posé par la psychiatre M_____ début 2017 et le fait que l'assuré semblait gérer son quotidien sans difficulté et avait été en mesure de se marier, à la fin de l'année 2017, avait eu un sixième enfant, avait rapidement, après une séparation, retrouvé une nouvelle compagne de dix ans plus jeune, avec qui il partageait des bons moments au quotidien ; il faisait des devoirs avec deux de ses enfants, conduisait sa voiture, lisait, faisait des jeux, faisait des promenades avec des amis, etc. Il expliquait également avoir arrêté une activité professionnelle exercée de manière indépendante à 35%, auprès du night-club le VIP, en 2017, à la demande de l'hospice général. Selon l'experte, l'ensemble des activités mentionnées contredisait clairement un éventuel trouble dépressif sévère avec des limitations fonctionnelles significatives ; l'experte ajoutait que ses observations étaient concordantes avec les deux expertises psychiatriques antérieures, qui ne retenaient pas de troubles psychiques incapacitants avec un risque de sinistrose ;
- sous le chapitre de la compréhension linguistique, l'experte mentionnait que l'entretien avait eu lieu en français, l'assuré s'exprimant parfaitement dans cette langue ;
- soumis à des tests psychométriques, le score obtenu au test des matrices de Raven montrait un score de 20/60, soit une intelligence moyenne, ce qui était compatible avec une capacité de concentration et intellectuelle en-dessous de la moyenne et ce qui était en contradiction relative avec les plaintes subjectives de troubles de la concentration. Il n'était pas retenu de toxicodépendance à l'alcool, aux drogues ou aux médicaments ;
- pour les symptômes psychotiques soumis à l'échelle de PANSS, la cotation observée était de 35 et le modèle pyramidal des symptômes psychotiques ne permettait pas de retenir de symptômes psychotiques tant dans le passé que dans le présent ;

- s'agissant de l'humeur, la tristesse n'était pas présente la plupart de la journée et n'avait pas de répercussions objectivables sur les activités quotidiennes chez un assuré qui gérait son quotidien sans difficulté, avait pu se marier, se promener, faisait des devoirs avec ses enfants, partait en vacances, etc. S'agissant de l'intérêt et du plaisir, l'assuré faisait état de plaisir conservé avec sa copine, ses enfants, les membres de la famille, les amis, partir en vacances, se promener, etc. S'agissant de l'énergie, le critère de la réduction de l'énergie ou d'augmentation de la fatigabilité était partiellement présent, uniquement subjectivement, sans ralentissement psychomoteur et sans impact dans le quotidien ;
- l'intéressé décrivait une estime de soi diminuée depuis toujours, mais davantage depuis janvier 2017, sans sentiment de culpabilité. Sa concentration était cliniquement conservée, il décrivait la présence d'idées noires passives, mais sans désir de passage à l'acte, ni de tentative de suicide, et l'experte ne voyait pas de ralentissement psychomoteur, ni d'agitation au moment de l'expertise, ni dans le passé selon l'anamnèse ;
- s'agissant de l'échelle de dépression de Hamilton (HAMD-17), le score observé était de 17, soit le score supérieur de la dépression légère ; sur l'échelle d'estimation de la sévérité de la manie (YOUNG), le score observé était de 7, ce qui excluait une manie ;
- à l'examen des critères du trouble anxio-dépressif mixte selon la CIM–10, l'experte concluait que dans le cas de l'assuré, la symptomatologie dépressive ou la symptomatologie anxieuse n'avait pas eu d'intensité suffisante pour justifier des diagnostics séparés d'épisode dépressif ou anxieux caractérisés depuis janvier 2017, en l'absence de limitations fonctionnelles chez un assuré qui gérait seul son quotidien, qui avait rencontré une nouvelle compagne depuis janvier 2017, qui se promenait, sortait, etc. L'expert excluait la présence de troubles bipolaires ou d'un trouble hyperactif avec déficit d'attention, selon l'anamnèse ;
- sur l'échelle d'anxiété de Hamilton (HAMA), il était mentionné un score de 14, soit le seuil supérieur d'une anxiété mineure ; l'experte concluait qu'elle n'avait pas constaté de présence de trouble anxieux spécifique, mais d'un trouble anxieux et dépressif mixte, depuis janvier 2017 jusqu'à présent. En conclusion, l'experte retenait des traits de la personnalité anxieuse émotionnellement labile actuellement non décompensée (Z73.1), ce qui n'avait pas empêché l'assuré de se former, de travailler dans le passé sans limitation, de gérer son quotidien sans limitation et d'avoir des relations amicales stables ;
- s'agissant des impressions cliniques globales (GUY), la cotation observée pour la gravité était de 3, soit « légèrement malade » et pour l'amélioration globale, elle était située à 4, soit « pas de changement ». L'experte posait un diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail de trouble anxieux et dépressif mixte

depuis janvier 2017 jusqu'à présent, sans indice jurisprudentiel de gravité rempli (F 41.2), à quoi s'ajoutait un diagnostic de traits de la personnalité anxieuse, émotionnellement labile, actuellement non décompensée, ce qui n'empêchait pas l'assuré de travailler dans le passé et de gérer son quotidien sans limitation (Z73.1) ;

- après avoir examiné les degrés de gravité fonctionnelle, l'atteinte à la santé, le caractère prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, le succès du traitement de la réadaptation ou la résistance à cet égard, les comorbidités, la personnalité, le contexte social, la cohérence, la limitation uniforme du niveau d'activité dans tous les domaines comparables de la vie et le poids des souffrances révélées par l'anamnèse établie pour le traitement et la réadaptation, l'experte concluait que les indices jurisprudentiels de gravité pour des troubles anxieux et dépressifs mixtes - dans un contexte de traits de la personnalité anxieuse et émotionnellement labile - n'étaient pas remplis, depuis janvier 2017 jusqu'à présent ;

- répondant aux questions du mandant, l'experte considérait que depuis janvier 2017, la capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici était de 100% sans baisse de rendement. Sa performance n'était pas réduite, car les limitations fonctionnelles n'étaient pas significatives. Selon l'experte, la capacité de travail pouvait devenir nulle en cas d'évolution négative possible, en cas d'absence de soutien pour une formation professionnelle. Le pronostic psychiatrique était, par contre, positif en cas de réinsertion professionnelle. La capacité de travail dans une activité adaptée était de 100%, sans baisse de rendement, depuis janvier 2017 jusqu'à présent. Il était nécessaire d'envisager une hiérarchie simple et bienveillante, avec un coaching positif dans l'ancienne activité, qui soit adaptée d'un point de vue psychique. Dans un tel cas, le temps de présence maximale était de 100% sans baisse de rendement. Il n'y avait pas de réduction de la performance de l'assuré pour des raisons psychiatriques. Il était encore mentionné qu'un traitement psychothérapeutique et la prise d'antidépresseurs pouvaient améliorer le pronostic.

22. Par rapport final subséquent du 19 novembre 2019, le docteur Q_____, du SMR, s'est prononcé sur le rapport d'expertise du 6 novembre 2019 et a considéré qu'après une anamnèse minutieuse et un status psychiatrique, l'expert ne retenait pas de diagnostic incapacitant, retenant comme diagnostic un trouble anxieux et dépressif mixte F 41.2, depuis janvier 2017 sans indice jurisprudentiel de gravité rempli et des traits de la personnalité anxieuse et émotionnellement labile Z73.1, actuellement non décompensée. L'experte mentionnait également l'absence de limitation fonctionnelle significative et attestait une capacité de travail pleine depuis janvier 2017 jusqu'à ce jour. En conclusion, le médecin-conseil du SMR considérait qu'il y avait une cohérence entre l'anamnèse, le status psychiatrique et le diagnostic retenu et que les discussions étaient claires et étayées. L'experte avait examiné les indicateurs de sévérité et le SMR suivait ses conclusions. Sur le plan

somatique, le SMR retenait une capacité de travail pleine dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. En conclusion, les atteintes à la santé incapacitante étaient une atteinte principale, sous forme de maladie coronarienne I25.1 et un diabète E14. La capacité de travail à 100% était estimée avoir pris naissance en novembre 2017 et la capacité de travail exigible dans l'activité habituelle de gérant de restaurant était de 0%, mais de 100% dans une activité adaptée, depuis novembre 2017. Le début de l'aptitude à la réadaptation était également fixé à novembre 2017. Les limitations fonctionnelles notées étaient : pas d'effort physique important et pas de travail en stress continu pour l'aspect cardiaque, pas de travail nocturne ou d'horaires irréguliers pour le diabète.

23. Se fondant sur l'avis médical du SMR, l'OAI a rendu, en date du 3 décembre 2019, un projet de décision de refus de rente d'invalidité et de mesures professionnelles. L'OAI considérait que le statut de l'assuré était celui d'une personne se consacrant à temps complet à son activité professionnelle ; à l'issue de l'instruction médicale une incapacité de travail de 100% dans l'activité habituelle, dès le 1er novembre 2017 (début du délai d'attente d'un an) était admis, mais dans une activité adaptée à son état de santé, la capacité de travail à 100% était admise, depuis le 1er novembre 2017. Le revenu de l'assuré, dans une situation sans invalidité, était estimé sur la base des tableaux ESS 2016, tableau TA1 Tirage skill level après indexation, selon l'indie ISS à CHF 67'102.- et dans une activité avec invalidité, il était estimé au même montant, soit CHF 67'102.- ; aucune réduction supplémentaire n'était retenue pour des limitations fonctionnelles. La perte de gain en résultant était de 0% ce qui était inférieur au taux plancher de 40% et n'ouvrait pas de droit des prestations de l'OAI sous forme de rente.

24. L'assuré a réagi en demandant à l'OAI d'envoyer l'intégralité de son dossier médical à sa psychiatre, la Dresse M_____ ce qui a été fait ; cette dernière a fait parvenir à l'OAI un certificat médical du 20 décembre 2019, attestant d'un arrêt de travail de l'assuré, en raison de maladie à 100% du 1er au 31 décembre 2019.

25. En date du 28 janvier 2020, l'OAI a rendu une décision de refus de rente d'invalidité et de mesures professionnelles en reprenant la motivation du projet de décision du 3 décembre 2019.

26. Par courrier du 20 février 2020, posté le 22 février 2020, l'assuré a recouru contre la décision du 28 janvier 2020, contestant la motivation en se fondant sur les troubles de la santé confirmés par les rapports de son généraliste le Dr I_____ et de sa psychiatre la Dresse M_____.

27. Par courrier daté du 10 février 2020, mais portant le tampon de la réception par l'OAI en date du 24 février 2020, la Dresse M_____ exposait qu'après avoir consulté le dossier médical de l'assuré, elle constatait des contradictions dans les différents avis médicaux, notamment pour tout ce qui concernait la procédure ayant abouti à la décision du TAS de 2016. Elle ajoutait qu'elle retenait un diagnostic de dépendance aux benzodiazépines car l'assuré consommait beaucoup de Xanax

depuis des années ; la psychiatre alléguait que ces diagnostics avaient été posés par elle, bien avant la consultation du dossier médical de l'OAI. Elle critiquait, d'autre part, l'expertise de la Dresse O_____ qui n'avait, prétendument, pas tenu compte du rapport du CAPPI quant au trouble dépressif récurrent et alléguait que le diagnostic posé par l'expertw voulait « tout et rien dire ». Elle ajoutait que le critère de la prise en compte du fait que l'assuré avait épousé une infirmière en Jordanie était considéré par elle-même comme un « projet complètement fou et irréfléchi de la part du patient » et enfin, elle concluait à une capacité de travail nulle, dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée.

28. Par réponse du 30 mars 2020, l'OAI a rappelé que lorsqu'une demande de révision était déposée, celle-ci devait établir de façon plausible que l'invalidité de l'assuré s'était modifiée de manière à influencer ses droits. Or ce n'était le cas, ni sur le plan somatique, ni sur le plan psychiatrique, notamment en s'appuyant sur le rapport d'expertise de la Dresse O_____. Toutes les atteintes à la santé du recourant avaient été prises en compte, les facteurs psychosociaux ou socioculturels ne figuraient pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain. S'agissant du rapport de la Dresse M_____, il avait été soumis au SMR qui s'était déterminé dans un avis du 23 mars 2020 qui était joint à la réponse ; ledit avis médical, rédigé par la Dresse R_____, répondait au rapport médical du 10 février 2020, de la Dresse M_____ et considérait que ledit rapport n'amenait aucun élément médical objectif, n'ayant pas encore été pris en compte. Le médecin consultant du SMR considérait que l'experte mandatée par l'OAI avait effectué une expertise convaincante en reprenant l'entièreté du dossier médical, en prenant en compte les plaintes de l'assuré, en effectuant un examen clinique psychiatrique complet et en apportant des conclusions précises et bien motivées notamment par rapport aux indicateurs jurisprudentiels de gravité.

29. Par divers courriers successifs au recours, le mandataire du recourant a demandé la prolongation des délais pour compléter le recours, ce qui a finalement été effectué par écritures du 28 septembre 2020.

30. Dans ses écritures, le mandataire du recourant a critiqué l'expertise de la Dresse O_____ au motif que cette dernière semblait avoir fait abstraction du rapport médical du médecin responsable de la consultation des HUG (CAPPI) qui attestait de diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, d'évolution chronique alors que ces derniers avaient un effet sur la capacité de travail. Il était également reproché à l'experte d'avoir prétendument accordé davantage d'importance à des rapports médicaux qui remontaient à près de vingt ans, sans motiver les motifs pour lesquels elle se distançait de diagnostics posés depuis plus de treize ans par les HUG. Il était encore fait grief à l'experte d'avoir accordé « étrangement » plus d'importance aux déclarations du recourant, qui semblait minimiser sa consommation de benzodiazépines, plutôt qu'aux constatations objectives de la Dresse M_____. Il était encore allégué que la Dresse M_____ se distançait du diagnostic de l'experte, notamment sur le

diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte, ainsi qu'en ce qui concernait la gestion du quotidien du recourant et qu'enfin en considérant la vie « pauvre et marginalisée » de ce dernier le mandataire du recourant concluait que contrairement, à ce qu'avait retenu l'experte, le recourant était très isolé socialement et le fait qu'il puisse tenir, de manière très spartiate, son ménage ne permettait pas de fonder une capacité de travail pleine et entière. Le mandataire remettait également en question la décision de l'OAI du mois d'août 2005 qui, bien qu'elle soit entrée en force, montrait selon elle un traitement étonnant du résultat de la première demande de prestations invalidité de l'assuré. S'agissant des conclusions de l'OAI, le mandataire de l'assuré les contestait, alléguant que l'état de santé du recourant s'était aggravé, qu'il présentait aujourd'hui, en plus de ses affections psychiques, des problèmes somatiques qui n'avaient pas été, prétendument, instruits par l'OAI ; de ce fait, l'instruction du dossier était considérée comme incomplète et une expertise pluridisciplinaire était demandée. Le mandataire concluait à l'octroi d'une pleine et entière rente invalidité, alléguant que le calcul du degré d'invalidité était faux dès lors qu'aucun abattement n'avait été retenu, malgré l'étendue des limitations fonctionnelles, la nationalité étrangère, les faibles connaissances écrites du français, le fait qu'il avait été longtemps éloigné du marché du travail et enfin qu'il était âgé aujourd'hui de 58 ans ; le mandataire du recourant concluait ainsi à l'application d'un abattement de 25% sur le salaire avec invalidité. Enfin, la négation du droit du recourant à des mesures de réadaptation était contestée dès lors que celles-ci étaient propres à améliorer la capacité de gain du recourant. En conclusion, il était préalablement demandé, d'ordonner une expertise judiciaire pluridisciplinaire en cardiologie, médecine interne et psychiatrie et de procéder à l'audition du recourant et de ses médecins traitants, la Dresse M_____ et le Dr I_____. À titre principal, il était conclu à l'annulation de la décision querellée, à l'octroi au recourant d'une pleine rente invalidité à partir du 1er avril 2018 et à la condamnation de l'OAI en tous les frais et dépens. Subsidiairement, à l'octroi au recourant de mesures de réadaptation en lieu et place de la pleine rente invalidité. En annexe au recours, les pièces suivantes étaient jointes :

- un certificat médical du 2 juillet 2020 signé par le Dr I_____ certifiant que l'état de santé de l'assuré s'était nettement aggravé sur le plan médical (cardiovasculaire) ainsi que son état psychologique depuis le COVID-19 ;
- un certificat médical du 6 juillet 2020 par lequel la Dresse M_____ certifiait suivre l'assuré dans sa consultation depuis le 18 novembre 2018 pour des troubles psychiatriques sévères ; elle constatait que son état psychique s'était aggravé pendant la période du confinement, son patient souffrant de troubles du sommeil, tristesse, perte de motivation, ruminations négatives idées noires ;

31. Par réponse complémentaire du 20 octobre 2020, l'OAI a considéré que les nouvelles écritures du mandataire du recourant ne lui permettaient pas de modifier son appréciation des faits ; il considérait que la motivation du conseil du recourant

consistait essentiellement à souligner la divergence d'opinion entre l'experte psychiatre et la psychiatre de l'assuré quant à la capacité de travail du recourant ; aucun élément objectif vérifiable n'avait été ignoré dans le cadre de l'évaluation, qui se serait révélé suffisamment pertinent pour remettre en cause le bien-fondé du point de vue contesté ou d'établir le caractère incomplet de l'expertise ; il était relevé également que, contrairement à ce que soutenait le recourant, le rapport des HUG du 27 septembre 2018 avait été repris dans le rapport d'expertise, à la page 12 de ce dernier et qu'il n'en était pas fait abstraction. Les raisons pour lesquelles l'experte psychiatre s'éloignait des conclusions de la Dresse M_____ étaient également mentionnées dans le rapport, soit les incohérences importantes entre le diagnostic de trouble dépressif sévère et les déclarations de l'assuré qui gérait son quotidien sans difficulté, qui avait pu se marier fin 2017, avoir un sixième enfant, et ensuite - rapidement après sa séparation - retrouver une nouvelle compagne de plus de dix ans sa cadette, avec qui il partageait de bons moments au quotidien, à faire des devoirs avec deux de ses enfants, à conduire sa voiture sans difficulté, à partir en vacances, à faire des promenades, regarder la télévision etc. S'ajoutait à cela une activité professionnelle à 35% exercée auprès du night-club le VIP et stoppée en 2017 à la demande de l'hospice général. L'ensemble des activités susmentionnées contredisait clairement l'éventuel trouble dépressif sévère avec des limitations fonctionnelles significatives. Enfin, sur la question des atteintes somatiques, l'OAI relevait qu'elles avaient été prises en compte par le SMR, ce dernier admettant qu'elles entraînaient des limitations fonctionnelles, mais ne justifiant pas une incapacité de travail total dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles susmentionnées. S'agissant de l'abattement de 25% allégué par le recourant, il était rappelé que le juge des assurances sociales ne pouvait, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration ; ainsi, l'âge faisait partie des critères déductibles mais il ne suffisait pas de constater qu'un assuré avait dépassé la cinquantaine pour procéder à un abattement ; s'agissant de l'éloignement du marché du travail, ce critère ne constituait pas en soi un critère d'abattement, ce d'autant moins que la capacité de travail de 100% dans une activité adaptée était connue du recourant depuis la première décision de l'office rendue en 2005 ; la nationalité étrangère ne constituait pas systématiquement un motif de réduction, il en était seulement ainsi lorsque l'assuré était réellement prétérité en raison de ces éléments ; dès lors que le recourant était arrivé en Suisse en 1984 et avait commencé à travailler, aucune réduction ne devait être admise à ce titre. S'agissant des nouveaux éléments médicaux allégués par le recourant, ils étaient traités dans l'avis médical du SMR, du 19 octobre 2020, qui était joint en annexe. L'avis médical, signé par la Dresse R_____, concluait que les certificats médicaux respectivement du 2 juillet 2020 du Dr I_____ et du 6 juillet 2020 de la Dresse M_____ n'apportaient aucun fait nouveau, dès lors qu'il n'y avait aucun élément médical nouveau. Sur le plan somatique, il n'y avait aucun nouveau diagnostic d'examen complémentaire, de rapport d'hospitalisation, de consultation spécialisée et d'examen clinique objectif. La maladie cardiovasculaire de l'assuré était connue

du SMR qui l'avait prise en compte dans son appréciation. Sur le plan psychique, il n'y avait ni status psychiatrique, ni de diagnostic selon la CIM–10 et la Dresse M_____ se fondait sur des éléments essentiellement subjectifs, soit les plaintes de l'assuré. Dès lors, ces nouvelles pièces médicales n'apportaient aucun élément objectif pouvant justifier un changement d'appréciation du cas.

32. Par réplique du 15 décembre 2020, le mandataire du recourant a persisté à considérer qu'il existait des contradictions entre l'expertise et les avis du psychiatre traitant, à contester l'absence de critères pouvant justifier un abattement et enfin le mandataire a persisté dans sa demande de mettre en place une expertise pluridisciplinaire.

33. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

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

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

2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

3. Le 1er janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Toutefois, dans la mesure où le recours était pendant, au 1er janvier 2021, devant la chambre de céans, il reste soumis à l'ancien droit (cf. art. 83 LPGA).

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

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

   En l'espèce, au vu des faits pertinents jusqu'à la décision du 28 janvier 2020, le droit éventuel aux prestations doit être examiné en fonction des modifications de la LAI, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329).

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

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

6. Le litige porte sur le bien-fondé du refus de l'OAI de toute prestation d'invalidité en faveur de l'assuré.

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

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

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

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

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

   b. Dans l'ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a revu et modifié en profondeur le schéma d'évaluation de la capacité de travail, respectivement de l'incapacité de travail, en cas de syndrome douloureux somatoforme et d'affections psychosomatiques comparables. Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281

consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'un catalogue d'indicateurs (ATF 141 V 281 consid. 4). Le Tribunal fédéral a ensuite étendu ce nouveau schéma d'évaluation aux autres affections psychiques (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références). Aussi, le caractère invalidant d'atteintes à la santé psychique doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance du trouble psychique à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 143 V 409 consid. 4.4; arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2019 du 17 mars 2020 consid. 3 et les références).

Le Tribunal fédéral a en revanche maintenu, voire renforcé la portée des motifs d'exclusion définis dans l'ATF 131 V 49, aux termes desquels il y a lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble au sens de la classification sont réalisées. Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psycho-social intact (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1 et 2.2.2; ATF 132 V 65 consid. 4.2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_16/2016 du 14 juin 2016 consid. 3.2).

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

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

pas non plus à être effectuée (arrêt du Tribunal fédéral 9C_176/2018 du 16 août 2018 consid. 3.2.2).

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

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

   Ces indicateurs sont classés comme suit :

   I. Catégorie « degré de gravité fonctionnelle »

   Les indicateurs relevant de cette catégorie représentent l'instrument de base de l'analyse. Les déductions qui en sont tirées devront, dans un second temps, résister à un examen de la cohérence (ATF 141 V 281 consid. 4.3).

   A. Axe « atteinte à la santé »

   1. Caractère prononcé des éléments et des symptômes pertinents pour le diagnostic

   Les constatations relatives aux manifestations concrètes de l'atteinte à la santé diagnostiquée permettent de distinguer les limitations fonctionnelles causées par cette atteinte de celles dues à des facteurs non assurés. Le point de départ est le degré de gravité minimal inhérent au diagnostic. Il doit être rendu vraisemblable compte tenu de l'étiologie et de la pathogenèse de la pathologie déterminante pour le diagnostic (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.1).

   L'influence d'une atteinte à la santé sur la capacité de travail est davantage déterminante que sa qualification en matière d'assurance-invalidité (ATF 142 V 106 consid. 4.4). Diagnostiquer une atteinte à la santé, soit identifier une maladie d'après ses symptômes, équivaut à l'appréciation d'une situation médicale déterminée qui, selon les médecins consultés, peut aboutir à des résultats différents en raison précisément de la marge d'appréciation inhérente à la science médicale (ATF 145 V 361 consid. 4.1.2 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_212/2020 du 4 septembre 2020 consid. 4.2 et 9C_762/2019 du 16 juin 2020 consid. 5.2).

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

   Le déroulement et l'issue d'un traitement médical sont en règle générale aussi d'importants indicateurs concernant le degré de gravité du trouble psychique évalué.

Il en va de même du déroulement et de l'issue d'une mesure de réadaptation professionnelle. Ainsi, l'échec définitif d'une thérapie médicalement indiquée et réalisée selon les règles de l'art de même que l'échec d'une mesure de réadaptation - malgré une coopération optimale de l'assuré - sont en principe considérés comme des indices sérieux d'une atteinte invalidante à la santé. A l'inverse, le défaut de coopération optimale conduit plutôt à nier le caractère invalidant du trouble en question. Le résultat de l'appréciation dépend toutefois de l'ensemble des circonstances individuelles du cas d'espèce (arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.2.1.3 et la référence).

3. Comorbidités

La présence de comorbidités ou troubles concomitants est un indicateur à prendre en considération en relation avec le degré de gravité fonctionnel (arrêt du Tribunal fédéral 9C_650/2019 du 11 mai 2020 consid. 3.3 et la référence). On ne saurait toutefois inférer la réalisation concrète de l'indicateur "comorbidité" et, partant, un indice suggérant la gravité et le caractère invalidant de l'atteinte à la santé, de la seule existence de maladies psychiatriques et somatiques concomitantes. Encore faut-il examiner si l'interaction de ces troubles ayant valeur de maladie prive l'assuré de certaines ressources (arrêt du Tribunal fédéral 9C_756/2018 du 17 avril 2019 consid. 5.2.3 et le référence). Il est nécessaire de procéder à une approche globale de l'influence du trouble avec l'ensemble des pathologies concomitantes. Une atteinte qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidante en tant que telle (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.2; arrêt du Tribunal fédéral 9C_98/2010 du 28 avril 2010 consid. 2.2.2, in : RSAS 2011 IV n° 17, p. 44) n'est pas une comorbidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1040/2010 du 6 juin 2011 consid. 3.4.2.1, in : RSAS 2012 IV n° 1, p. 1) mais doit à la rigueur être prise en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité (ATF 141 V 281 consid. 4.3.2). Ainsi, un trouble dépressif réactionnel au trouble somatoforme ne perd pas toute signification en tant que facteur d'affaiblissement potentiel des ressources, mais doit être pris en considération dans l'approche globale (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.3).

Même si un trouble psychique, pris séparément, n'est pas invalidant en application de la nouvelle jurisprudence, il doit être pris en considération dans l'appréciation globale de la capacité de travail, qui tient compte des effets réciproques des différentes atteintes. Ainsi, une dysthymie, prise séparément, n'est pas invalidante, mais peut l'être lorsqu'elle est accompagnée d'un trouble de la personnalité notable. Par conséquent, indépendamment de leurs diagnostics, les troubles psychiques entrent déjà en considération en tant que comorbidité importante du point de vue juridique si, dans le cas concret, on doit leur attribuer un effet limitatif sur les ressources (ATF 143 V 418 consid. 8.1).

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

Le « complexe personnalité » englobe, à côté des formes classiques du diagnostic de la personnalité qui vise à saisir la structure et les troubles de la personnalité, le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du moi » qui désignent des capacités inhérentes à la personnalité, permettant des déductions sur la gravité de l'atteinte à la santé et de la capacité de travail (par exemple : auto-perception et perception d'autrui, contrôle de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation; cf. ATF 141 V 281 consid. 4.3.2). Étant donné que l'évaluation de la personnalité est davantage dépendante de la perception du médecin examinateur que l'analyse d'autres indicateurs, les exigences de motivation sont plus élevées (ATF 141 V 281 consid. 4.3.2).

Le Tribunal fédéral a estimé qu'un assuré présentait des ressources personnelles et adaptatives suffisantes, au vu notamment de la description positive qu'il avait donnée de sa personnalité, sans diminution de l'estime ou de la confiance en soi et sans peur de l'avenir (arrêt du Tribunal fédéral 8C_584/2016 du 30 juin 2017 consid. 5.2).

C. Axe « contexte social »

Si des difficultés sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles continuent à ne pas être prises en considération. En revanche, le contexte de vie de l'assuré peut lui procurer des ressources mobilisables, par exemple par le biais de son réseau social. Il faut toujours s'assurer qu'une incapacité de travail pour des raisons de santé ne se confond pas avec le chômage non assuré ou avec d'autres difficultés de vie (ATF 141 V 281 consid. 4.3.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_756/2018 du 17 avril 2019 consid. 5.2.3).

Lors de l'examen des ressources que peut procurer le contexte social et familial pour surmonter l'atteinte à la santé ou ses effets, il y a lieu de tenir compte notamment de l'existence d'une structure quotidienne et d'un cercle de proches […]. Le contexte familial est susceptible de fournir des ressources à la personne assurée pour surmonter son atteinte à la santé ou les effets de cette dernière sur sa capacité de travail, nonobstant le fait que son attitude peut rendre plus difficile les relations interfamiliales (arrêt du Tribunal fédéral 9C_717/2019 du 30 septembre 2020 consid. 6.2.5.3). Toutefois, des ressources préservées ne sauraient être inférées de relations maintenues avec certains membres de la famille dont la personne assurée est dépendante (arrêt du Tribunal fédéral 9C_55/2020 du 22 octobre 2020 consid. 5.2).

II. Catégorie « cohérence »

Il convient ensuite d'examiner si les conséquences qui sont tirées de l'analyse des indicateurs de la catégorie « degré de gravité fonctionnel » résistent à l'examen sous l'angle de la catégorie « cohérence ». Cette seconde catégorie comprend les indicateurs liés au comportement de l'assuré (ATF 141 V 281 consid. 4.4). À ce titre, il convient notamment d'examiner si les limitations fonctionnelles se

manifestent de la même manière dans la vie professionnelle et dans la vie privée, de comparer les niveaux d'activité sociale avant et après l'atteinte à la santé ou d'analyser la mesure dans laquelle les traitements et les mesures de réadaptation sont mis à profit ou négligés. Dans ce contexte, un comportement incohérent est un indice que les limitations évoquées seraient dues à d'autres raisons qu'une atteinte à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.3).

A. Limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie

Il s'agit ici de se demander si l'atteinte à la santé limite l'assuré de manière semblable dans son activité professionnelle ou dans l'exécution de ses travaux habituels et dans les autres activités (par exemple, les loisirs). Le critère du retrait social utilisé jusqu'ici doit désormais être interprété de telle sorte qu'il se réfère non seulement aux limitations mais également aux ressources de l'assuré et à sa capacité à les mobiliser. Dans la mesure du possible, il convient de comparer le niveau d'activité sociale de l'assuré avant et après la survenance de l'atteinte à la santé (ATF 141 V 281 consid. 4.4.1).

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

L'interruption de toute thérapie médicalement indiquée sur le plan psychique et le refus de participer à des mesures de réadaptation d'ordre professionnel sont des indices importants que l'assuré ne présente pas une évolution consolidée de la douleur et que les limitations invoquées sont dues à d'autres motifs qu'à son atteinte à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 9C_569/2017 du 18 juillet 2018 consid. 5.5.2).

La prise en compte d'options thérapeutiques, autrement dit la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, permet d'évaluer le poids effectif des souffrances. Tel n'est toutefois pas le cas lorsque le comportement est influencé par la procédure assécurologique en cours. Il ne faut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsque le refus ou la mauvaise acceptation du traitement recommandé est la conséquence d'une incapacité (inévitable) de l'assuré à reconnaître sa maladie (anosognosie). Les mêmes principes s'appliquent pour les mesures de réadaptation. Un comportement incohérent de l'assuré est là aussi un indice que la limitation fonctionnelle est due à d'autres raisons qu'à l'atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4.2).

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

Dans l'ATF 143 V 409 consid. 4.2, le Tribunal fédéral a rappelé que le fait qu'une atteinte à la santé psychique puisse être influencée par un traitement ne suffit pas, à lui seul, pour nier le caractère invalidant de celle-ci; la question déterminante est en

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

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

11. Selon la jurisprudence, une dysthymie (F34.1) est susceptible d'entraîner une diminution de la capacité de travail lorsqu'elle se présente avec d'autres affections, à l'instar d'un grave trouble de la personnalité. Pour en évaluer les éventuels effets limitatifs, ces atteintes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée selon l'ATF 141 V 281 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_599/2019 du 24 août 2020 consid. 5.1 et la référence).

12. Des traits de personnalité signifient que les symptômes constatés ne sont pas suffisants pour retenir l'existence d'un trouble spécifique de la personnalité. Ils n'ont, en principe, pas valeur de maladie psychiatrique et ne peuvent, en principe, fonder une incapacité de travail en droit des assurances au sens des art. 4 al. 1 LAI et 8 LPGA (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2019 du 17 mars 2020 consid. 5.3 et les références).

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

b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. 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). Il faut en outre que le médecin dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêt du Tribunal fédéral 9C_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les références).

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

c. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

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

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

e. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3).

f. Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n’est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). L’importance de l’examen personnel de l’assuré par l’expert n’est reléguée au second plan que lorsqu’il s’agit, pour l’essentiel, de porter un jugement sur des éléments d’ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s’avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement

sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références).

g. 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).

h. 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).

i. 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).

j. Les constatations médicales peuvent être complétées par des renseignements d'ordre professionnel, par exemple au terme d'un stage dans un centre d'observation professionnel de l'assurance-invalidité, en vue d'établir concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Il appartient alors au médecin de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé (influence de ces atteintes sur sa capacité à travailler en position debout et à se déplacer ; nécessité d'aménager des pauses ou de réduire le temps de travail en raison d'une moindre résistance à la fatigue, par exemple), en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. En revanche, il revient au conseiller en réadaptation, non au médecin, d'indiquer quelles sont les activités professionnelles concrètes entrant en considération sur la base des renseignements médicaux et compte tenu des aptitudes résiduelles de l'assuré. Dans ce contexte, l'expert médical et le conseiller en matière professionnelle sont tenus d'exercer leurs tâches de manière complémentaire, en collaboration étroite et réciproque (ATF 107 V 17 consid. 2b; SVR 2006 IV n° 10 p. 39).

En cas d'appréciation divergente entre les organes d'observation professionnelle et les données médicales, l'avis dûment motivé d'un médecin prime pour déterminer la capacité de travail raisonnablement exigible de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 531/04 du 11 juillet 2005, consid. 4.2). En effet, les données médicales permettent généralement une appréciation plus objective du cas et l'emportent, en principe, sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral 9C_462/2009 du 2 décembre 2009 consid. 2.4). Au regard de la collaboration, étroite, réciproque et complémentaire selon la jurisprudence, entre les médecins et les organes d'observation professionnelle (cf. ATF 107 V 17 consid. 2b), on ne saurait toutefois dénier toute valeur aux renseignements d'ordre professionnel recueillis à l'occasion d'un stage pratique pour apprécier la capacité résiduelle de travail de l'assuré en cause. Au contraire, dans les cas où l'appréciation d'observation professionnelle diverge sensiblement de l'appréciation médicale, il incombe à l'administration, respectivement au juge - conformément au principe de la libre appréciation des preuves - de confronter les deux évaluations et, au besoin de requérir un complément d'instruction (ATF 9C_1035/2009 du 22 juin 2010 consid. 4.1, in SVR 2011 IV n° 6 p. 17; ATF 9C_833/2007 du 4 juillet 2008, in Plädoyer 2009/1 p. 70; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 35/03 du 24 octobre 2003 consid. 4.3 et les références, in Plädoyer 2004/3 p. 64; arrêt du Tribunal fédéral 9C_512/2013 du 16 janvier 2014 consid. 5.2.1).

14. 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).

15. a. Le point de départ de l'évaluation prévue pour les troubles somatoformes douloureux (ATF 141 V 281), les troubles dépressifs (ATF 143 V 409), les autres troubles psychiques (ATF 143 V 418) et les troubles mentaux du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives (ATF 145 V 215) est l'ensemble des éléments médicaux et constatations y relatives. Les experts doivent motiver le diagnostic psychique de telle manière que l'organe d'application du droit puisse comprendre non seulement si les critères de classification sont remplis (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1), mais également si la pathologie diagnostiquée présente un degré de gravité susceptible d'occasionner des limitations dans les fonctions de la vie courante (arrêt du Tribunal fédéral 9C_551/2019 du 24 avril 2020 consid. 4.1 et la référence).

    b. Dans un arrêt de principe du 2 décembre 2019 (ATF 145 V 361), le Tribunal fédéral, à la lumière de l'ATF 141 V 281, a notamment posé une délimitation, entre l'examen (libre), par les autorités chargées de l'application du droit, de l'admission d'une incapacité de travail par l'expert psychiatre, d'une part, et une appréciation juridique parallèle inadmissible, d'autre part.

    Selon le Tribunal fédéral, dans tous les cas, l'administration et, en cas de recours, le juge, doivent examiner si et dans quelle mesure les experts ont suffisamment et de manière compréhensible étayé leur évaluation de l'incapacité de travail, en tenant compte des indicateurs pertinents (questions de preuve). À cette fin, les experts doivent établir un lien avec la partie précédente de l'expertise médico-psychiatrique (avec extraits du dossier, anamnèse, constatations, diagnostics, etc.), c'est-à-dire qu'ils doivent se référer en détails aux résultats médico-psychiatriques des examens

et explorations cliniques menés dans les règles de l'art qui relèvent de leur compétence. Le médecin doit donc exposer de manière détaillée les raisons médico-psychiatriques pour lesquelles les éléments constatés sont susceptibles de restreindre la capacité fonctionnelle et les ressources psychiques en termes qualitatifs, quantitatifs et temporels (ATF 143 V 418 consid. 6). A titre d'exemple, dans le cadre de troubles dépressifs récurrents de degrés légers à modérés qui sont souvent au premier plan dans l'examen de l'invalidité au sens de l'AI, cela signifie qu'il ne suffit pas que l'expert psychiatre déduise directement de l'épisode dépressif diagnostiqué une incapacité de travail, quel qu'en soit le degré ; il doit bien plutôt démontrer si et dans quelle mesure les constatations qu'il a faites (tristesse, désespoir, manque de dynamisme, fatigue, troubles de la concentration et de l'attention, diminution de la capacité d'adaptation, etc.), limitent la capacité de travail, en tenant compte - à des fins de comparaison, de contrôle et de plausibilité - des autres activités personnelles, familiales et sociales de la personne requérant une rente. Si les experts s'acquittent de cette tâche de manière convaincante, en tenant compte des éléments de preuve établis par l'ATF 141 V 281, l'évaluation des répercussions de l'atteinte psychique sera également valable du point de vue des organes chargés de l'application du droit, que ce soit l'administration ou le juge. A défaut, il se justifie, juridiquement, de s'en écarter (ATF 145 V 361 consid. 4.3 et la référence).

c. En ce qui concerne l'évaluation du caractère invalidant des affections psychosomatiques et psychiques, l'appréciation de la capacité de travail par un médecin psychiatre est soumise à un contrôle (libre) des organes chargés de l'application du droit à la lumière de l'ATF 141 V 281 (ATF 145 V 361 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_585/2019 du 3 juin 2020 consid. 2 et les références). Il peut ainsi arriver que les organes d'application du droit se distancient de l'évaluation médicale de la capacité de travail établie par l'expertise sans que celle-ci ne perde sa valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 9C_128/2018 du 17 juillet 2018 consid. 2.2 et les références). Du point de vue juridique, il est même nécessaire de s'écarter de l'appréciation médicale de la capacité de travail si l'évaluation n'est pas suffisamment motivée et compréhensible au vu des indicateurs pertinents, ou n'est pas convaincante du point de vue des éléments de preuve instaurés par l'ATF 141 V 281. S'écarter de l'évaluation médicale est alors admissible, du point de vue juridique, sans que d'autres investigations médicales ne soient nécessaires (arrêt du Tribunal fédéral 9C_832/2019 du 6 mai 2020 consid. 2.2). Toutefois, lorsque l'administration ou le juge, au terme de son appréciation des preuves, parvient à la conclusion que le rapport d'expertise évalue la capacité de travail en fonction des critères de médecine des assurances établis dans l'ATF 141 V 281 et qu'il satisfait en outre aux exigences générales en matière de preuves (ATF 134 V 231 consid. 5.1), il a force probante et ses conclusions sur la capacité de travail doivent être suivies par les organes d'application de la loi. Une appréciation juridique parallèle libre en fonction de la grille d'évaluation normative

et structurée ne doit pas être entreprise (cf. ATF 145 V 361 consid. 4.3 ; arrêts du Tribunal fédéral 8C_213/2020 du 19 mai 2020 consid. 4.3 et les références).

En fin de compte, la question décisive est toujours celle des répercussions fonctionnelles d'un trouble. La preuve d'une incapacité de travail de longue durée et significative liée à l'état de santé ne peut être considérée comme rapportée que si, dans le cadre d'un examen global, les éléments de preuve pertinents donnent une image cohérente de l'existence de limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation invalidante de la capacité de travail n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_423/2019 du 7 février 2020 consid. 3.2.2 et les références).

16. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

17. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; ATF 122 II 464 consid. 4a; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d).

18. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il

considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

19. En l'espèce, la chambre de céans constate que l'expertise effectuée par la Dresse O_____ a tenu compte des critères jurisprudentiels et est complète, claire et motivée. L'ensemble des éléments permettant d'appréhender la capacité de travail du recourant a été pris en compte et les conclusions sont bien motivées sur la base de critères objectifs, tout en mentionnant les déclarations et les plaintes de l'assuré.

    En comparaison, les pièces médicales de la Dresse M_____, dont le mandataire de l'assuré fait grand cas, reposent essentiellement sur des éléments subjectifs issus des plaintes et déclarations de l'assuré ou – comme c'est le cas dans le « certificat médical du 10 février 2020 » d'une posture défensive de la Dresse M_____ au regard des constatations, des critiques et des conclusions de la Dresse O_____. L'absence d'éléments objectivables est patente. Ce manque de précision est confirmé par la teneur du court certificat médical du 6 juillet 2020 rédigé par le Dresse M_____ – postérieur à la décision querellée – mentionnant que « l'état psychique (de l'assuré) s'est aggravé pendant la période de confinement » sans fournir aucun élément permettant de comprendre ou d'objectiver ladite aggravation.

    En ce qui concerne les pièces médicales du Dr I_____, ce dernier a pu démontrer les troubles cardiaques de son patient mais n'a apporté aucun élément objectif qui justifierait d'une incapacité de travail due à des causes somatiques dans une activité adaptée. Les limitations fonctionnelles précises et plausibles qu'il a mises en lumière ont par ailleurs été intégralement admises par l'OAI. Bien qu'il indique dans son court certificat médical du 2 juillet 2020 – postérieur à la décision querellée – que l'état de santé de l'assuré s'est aggravé sur le plan somatique « depuis le COVID-19 », il ne fournit aucun élément objectif permettant de comprendre ou d'objectiver ladite aggravation.

    Le recourant se contente de critiquer les observations et conclusions de l'expertise en les comparant, chaque fois, avec les propres conclusions de la Dresse M_____ ; or, comme cela a été vu *supra*, la différence qualitative entre le travail d'évaluation fourni, respectivement, par l'experte et par la psychiatre de l'assuré, dans la rigueur et l'objectivité des éléments pris en compte, ne permet pas de retenir les arguments développés par la Dresse M_____, ce d'autant moins que, conformément à la jurisprudence en la matière, 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.

Les critiques et prétendues contradictions cités par le mandataire du recourant ne sont pas de nature à remettre en question le bien-fondé de l'expertise.

La chambre de céans considère notamment qu'en ce qui concerne l'allégation de dépendance aux benzodiazépines, l'experte s'est fondée sur les déclarations de l'expertisé et a défendu une opinion différente de celle du psychiatre traitant qui estimait qu'une telle dépendance existait. Toutefois, dans la mesure où ni le psychiatre traitant, ni le mandataire du recourant n'ont démontré en quoi une telle dépendance – si tant est qu'elle existât – était de nature à modifier de nature significative la capacité de travail de l'assuré, ce point n'a pas besoin d'être développé.

En ce qui concerne la prétendue non prise en compte, par l'experte, du rapport des HUG, du 27 septembre 2018 rédigé par la Dresse K_____, ce point est erroné, dès lors qu'il a fait l'objet d'un long compte-rendu, en page 12 de l'expertise.

Enfin, les éléments retenus par l'experte concernant la vie sociale de l'assuré sont fondés sur les propres déclarations de ce dernier, ainsi que sur les éléments de l'anamnèse ; on peine à comprendre les raisons pour lesquelles l'experte aurait eu tort de les prendre en compte ; il s'agit, à nouveau, d'une différence d'appréciation entre l'experte et la psychiatre du recourant.

Compte tenu de la qualité de l'expertise psychiatrique et de la prise en compte des éléments somatiques décrits par le Dr I_____, par l'OAI, il est inutile d'ordonner une expertise judiciaire multi-disciplinaire, comme demandé par le recourant.

De même, l'audition du recourant n'est pas nécessaire, celui-ci ayant pu largement faire valoir son point de vue dans ses écritures.

Enfin, l'audition des médecin-traitants du recourant s'avère également superflue, leur point de vue médical étant connu de la chambre de céans, de par les nombreux certificats médicaux fournis et partant de l'appréciation anticipée qu'une audition ne pourrait qu'aboutir à une répétition orale desdits éléments.

En ce qui concerne le revenu retenu par l'OAI, le mandataire du recourant ne critique pas le montant du salaire statistique pris en compte par l'intimé, mais allègue un abattement de 25%.

Comme cela a été souligné par l'intimé, la nationalité étrangère ne saurait être prise en compte, le recourant étant présent en Suisse depuis plus de trente ans. Les prétendues faibles connaissances écrites du français ne peuvent pas non plus être retenues, le recours manuscrit de l'assuré étant parfaitement compréhensible, même si l'on y trouve des fautes d'orthographe.

Les limitations fonctionnelles n'entraînent, selon l'appréciation de la chambre de céans, pas nécessairement un abattement. Dès lors que l'activité adaptée entrant en ligne de compte respecte les restrictions physiques du recourant, une déduction sur le salaire statistique ne se justifie pas pour tenir compte des circonstances liées à ses limites fonctionnelles. En effet, la question de savoir s'il se justifie de procéder à un

abattement sur le salaire statistique à ce titre dépend de la nature des limitations fonctionnelles présentées. Une réduction pour ce motif n'entre en considération que si, dans un marché du travail équilibré, il n'y a plus un éventail suffisamment large d'activités accessibles à l'assuré (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_661/2018 du 28 octobre 2019 consid. 3.3.4.3. et la référence). Or, *in casu*, des emplois existent dans différents domaines du domaine privé qui sont compatibles avec les limitations retenues par l'OAI.

S'agissant de l'éloignement du marché du travail et l'âge du recourant, ces deux critères semblent pertinents au regard de la situation concrète du recourant, mais doivent être nuancés dès lors qu'il s'avère que l'assuré a déclaré avoir exercé une activité indépendante dans un night-club jusqu'en 2017.

Conformément à la jurisprudence, la chambre de céans, doit faire preuve de retenue par rapport à l'appréciation de l'OAI. Toutefois, en tenant compte de ces deux derniers critères, soit l'âge et l'éloignement du marché du travail, un taux d'abattement de 10%, au maximum, pourrait être envisagé sur le salaire statistique de CHF 67'102.- retenu par l'OAI, ce qui aurait pour effet de réduire ce dernier à un montant de CHF 60'401.-, dans une activité adaptée avec invalidité et ce qui conduirait à une perte de gain d'un montant de CHF 6'710.- et à un taux d'invalidité de 9,98%, arrondi à 10% ([67'102 – 60'401] / 67'102 × 100).

Comme on le voit, le taux d'invalidité de 10% qui en résulterait, en appliquant un abattement de 10%, serait dans tous les cas, inférieur au seuil de 40% ouvrant le droit à une rente invalidité.

En dernier, lieu, le recourant conclut, à titre subsidiaire, à l'octroi de mesures de réadaptation, propres, selon lui, à améliorer sa capacité de gain et de réinsertion professionnelle, afin d'éviter une péjoration de son état psychique.

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. 1er). La rééducation dans la même profession est assimilée au reclassement (al. 2). Sont considérées comme un reclassement les mesures de formation destinées à des assurés qui en ont besoin, en raison de leur invalidité, après achèvement d'une formation professionnelle initiale ou après le début de l'exercice d'une activité lucrative sans formation préalable, pour maintenir ou pour améliorer sensiblement leur capacité de gain (art. 6 al. 1 RAI).

Par reclassement, la jurisprudence entend l'ensemble des mesures de réadaptation de nature professionnelle qui sont nécessaires et suffisantes pour procurer à l'assuré une possibilité de gain à peu près équivalente à celle que lui offrait son ancienne activité. La notion d'équivalence approximative entre l'activité antérieure et l'activité envisagée ne se réfère pas en premier lieu au niveau de formation en tant que tel, mais aux perspectives de gain après la réadaptation (arrêt du Tribunal fédéral 9C_644/2008 du 12 décembre 2008 consid. 3). En règle générale, l'assuré

n’a droit qu’aux mesures nécessaires, propres à atteindre le but de réadaptation visé, mais non pas à celles qui seraient les meilleures dans son cas (ATF 124 V 110 consid. 2a et les références ; VSI 2002 p. 109 consid. 2a). En particulier, l’assuré ne peut prétendre à une formation d’un niveau supérieur à celui de son ancienne activité, sauf si la nature et la gravité de l’invalidité sont telles que seule une formation d’un niveau supérieur permet de mettre à profit d’une manière optimale la capacité de travail à un niveau professionnel plus élevé. Pour statuer sur le droit à la prise en charge d’une nouvelle formation professionnelle, on notera aussi que si les préférences de l’intéressé quant au choix du genre de reclassement doivent être prises en considération, elles ne sont en principe pas déterminantes, mais bien plutôt le coût des mesures envisagées et leurs chances de succès, étant précisé que le but de la réadaptation n’est pas de financer la meilleure formation possible pour la personne concernée, mais de lui offrir une possibilité de gain à peu près équivalente à celle dont elle disposait sans invalidité (cf. VSI 2002 p. 109 consid. 2a; RJJ 1998 p. 281 consid. 1b, RCC 1988 p. 266 consid. 1 et les références). Cela étant, si en l’absence d’une nécessité dictée par l’invalidité, une personne assurée opte pour une formation qui va au-delà du seuil d’équivalence, l’assurance-invalidité peut octroyer des contributions correspondant au droit à des prestations pour une mesure de reclassement équivalente (substitution de la prestation ; VSI 2002 p. 109 consid. 2b et les références).

La personne assurée qui s'est vue allouer par l'assurance-invalidité une mesure de reclassement a droit, selon les circonstances, à des mesures supplémentaires de reclassement. Tel est le cas lorsque la formation prise en charge n'est pas de nature à procurer à la personne assurée un revenu satisfaisant et qu'elle doit recourir à des mesures supplémentaires pour obtenir un gain comparable à celui qu'elle obtenait dans son activité antérieure avant la survenance de l'invalidité. Dans ce contexte, le droit à ces mesures ne dépend pas du fait que le seuil minimal requis pour fonder le droit au reclassement soit atteint (ATF 139 V 399 consid. 5.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C_409/2014 du 7 novembre 2014 consid 5.1).

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).

En l’occurrence, comme cela résulte du calcul effectué *supra*, on constate que même en appliquant un abattement de 10%, la perte de gain qui résulterait de la comparaison entre une activité sans invalidité et une activité avec invalidité serait de 10% soit un taux inférieur au seuil de 20% permettant de demander l’octroi de mesures de reclassement professionnel.

Étant encore précisé que le salaire statistique retenu par l’OAI correspond à des activités simples, ne demandant pas de connaissances particulières et pouvant être exercées en tenant compte des limitations fonctionnelles du recourant, soit éviter les efforts importants et travailler dans un environnement qui ne le soumette pas au stress (troubles cardiaques) et le soustraie à des horaires irréguliers (diabète).

Compte tenu de la double formation du recourant, et du large éventail d'activités lucratives permettant de remplir les critères de limitation retenus par l'OAI, il ne se justifie pas, *in casu*, d'accorder des mesures de réadaptation professionnelle dont on peine à discerner en quoi elles seraient susceptibles d'améliorer la capacité de gain du recourant.

Étant encore précisé que, selon les observations de l'experte, l'assuré s'est installé dans une posture où il ne voit pas quelle activité il pourrait entreprendre et reste dans l'attente d'une rente invalidité. En raison des autolimitations décrites par l'experte, le recourant n'envisage apparemment pas de reprendre une activité lucrative. Partant, la chambre de céans considère que d'éventuelles mesures de reclassement seraient, au degré de la vraisemblance prépondérante, probablement vouées à l'insuccès, en raison du manque de motivation du recourant.

20. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté et le recourant sera condamné au paiement d'un émolument de CHF 200.- (art. 69 al. 1^{bis} LAI).

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

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

La greffière — Le président

Diana ZIERI — Philippe KNUPFER

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