RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/812/2020 **ATAS/515/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 27 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 _____ 1968, a déposé une demande de prestations d'invalidité, en date du 30 janvier 2018, auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé). Sous la rubrique concernant l'atteinte à la santé, il indiquait un kyste de Baker du genou droit et une déchirure musculaire, ainsi qu'une hernie discale, disque du dos et une lésion méniscale et cartilagineuse. Ses médecins traitants, depuis l'année 2016, étaient la doctoresse B_____, généraliste, et le docteur C_____, spécialiste en médecine physique et en réadaptation orthopédique.

2. Dans le cadre de l'instruction de son dossier, l'assuré a communiqué à l'OAI les pièces suivantes :

   - un rapport du 13 février 2017, suite à une IRM lombaire effectuée par le docteur D_____, radiologue, dont il ressortait, en conclusion, la confirmation d'une discopathie L5-S1 avec débord discal plus marqué au niveau postéro-latéral et foraminal gauche. À droite, on ne notait pas de contact radiculaire L5 ou S1. Par ailleurs, le radiologue n'avait pas remarqué d'anomalie significative au niveau des autres disques inter-somatiques lombaires où l'on notait une dessiccation discale étagée, sans débord discal circonférentiel ou focal ; le canal spinal central et les foramens étaient libres, par ailleurs ;

   - un rapport du 11 octobre 2017, suite à une IRM du genou droit effectuée par le Dr D_____, dont il ressortait, en conclusion, la confirmation d'une déchirure horizontale et oblique de la corne postérieure du ménisque interne, une érosion superficielle du cartilage de la crête et de la facette rotulienne externe et fissuration focale, mais s'étendant jusqu'à l'os sous-chondral, aux dépens du tiers moyen de la facette rotulienne interne ; un discret épanchement intra-articulaire ; un petit kyste de Baker et une plica synoviale medio-patellaire non épaissie ;

   - un courrier du 14 novembre 2017, du Dr C_____ qui avait fait un rapport sur l'état de santé de l'assuré, à l'attention de la Dresse B_____, dont il ressortait des lombalgies présentes depuis environ sept ans avec une amélioration des douleurs à 50% après une infiltration péridurale en L5-S1, réalisée le 5 août 2016. Suite à l'IRM du genou effectuée le 11 octobre 2017, une déchirure dégénérative de la corne postérieure du ménisque interne avait été mise en évidence, ainsi qu'une plica médio-patellaire et un petit kyste de Baker compatible avec une gonarthrose débutante à droite, pour laquelle il était préconisé une physiothérapie ciblée, ainsi qu'une infiltration écho-guidée. Il fallait éviter les sports à choc, comme la course à pied, et le patient était encouragé à poursuivre les autos-exercices de type vélo stationnaire, natation et Pilates.

3. Le service médical régional AI (ci-après : le SMR) a demandé des précisions au Dr C_____, qui a répondu, par courrier du 20 février 2018, que le patient souffrait de lombosciatalgies chroniques avec discopathie en L5-S1 droite, sans atteinte sensitivomotrice, ainsi qu'une lésion dégénérative du ménisque interne et une chondropathie rétro-patellaire du genou droit. Les atteintes étaient considérées comme incapacitantes, car provoquant des douleurs lombaires et au niveau de la jambe droite, depuis environ sept ans, mais en exacerbation depuis le mois de juin 2016. Les limitations fonctionnelles impliquaient d'éviter les différentes activités source d'exacerbation des douleurs, à savoir la position debout prolongée et le port de charges de 10 kg avec répétition.

4. Un bilan des capacités fonctionnelles de l'assuré a été effectué par le service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), en date du 20 février 2018. Il en ressortait, notamment, des douleurs du genou droit lors d'activités au sol, à genoux, avec un déplacement de poids de 2,5 kg et des douleurs au dos lors d'activités au-dessus des épaules pour poser une caisse de 7,5 kg. Lors des déplacements à pied, les douleurs du genou droit augmentaient progressivement jusqu'à nécessiter une pause après une heure de marche en ville. Il était encore spécifié que ce bilan montrait les capacités de la personne à un moment unique de la journée ; les scores seraient probablement différents un autre jour en raison de la variabilité du déroulement des journées, la durée de vie des médicaments et l'état de fatigue de la personne.

5. Par courrier du 4 mai 2018, l'OAI a informé l'assuré que le SMR évaluait sa situation médicale et qu'il serait informé plus tard de l'évolution de son dossier.

6. En date du 13 novembre 2018, l'OAI a informé l'assuré que celui-ci n'avait pas droit à des mesures de réadaptation et que l'instruction se poursuivait pour examiner si l'assuré pouvait éventuellement remplir les conditions pour l'octroi de prestations. L'assuré n'a pas réagi.

7. En date du 14 novembre 2018, le docteur E_____, du SMR, a rendu un rapport final qui reconnaissait comme atteinte à la santé, des lombalgies non déficitaires sur discopathie L5-S1 et gonarthrose droite débutante. L'incapacité de travail durable était admise dès le 17 août 2016. La capacité de travail dans l'activité habituelle, soit celle de serveur, n'était pas médicalement et raisonnablement exigible. En revanche, dans une activité adaptée, la capacité de travail était de 100%. Le début de l'aptitude à la réadaptation était fixé au 17 août 2016. Les limitations fonctionnelles durables actuelles étaient, au regard de la lombalgie, une limitation du port de charges à 10 kg près du corps et à 5 kg éloignés du corps, une limitation de la position penchée en avant en porte-à-faux, une limitation des mouvements répétitifs avec contraintes en flexion/extension et rotation et l'assurance que la personne devait pouvoir changer de position à son gré entre assise et debout. Au regard des gonalgies bilatérales, les limitations fonctionnelles étaient la limitation du port de charges à 10 kg de manière occasionnelle, de la marche en terrain

instable, la position accroupie et à genoux, la montée et descente répétitive et rapide des escaliers, la montée sur des échelles ou échafaudages et enfin la marche rapide et les pivots. Il était encore indiqué que l'avis final du SMR se référait au rapport médical de la Dresse B_____, daté du 16 mars 2018, et des comptes-rendus des départements de chirurgie des HUG.

8. En date du 16 novembre 2018, l'OAI a rendu un projet de décision de refus de rente d'invalidité. Le statut d'assuré retenu était celui d'une personne se consacrant à temps complet à son activité professionnelle. À l'issue de l'instruction médicale, le SMR reconnaissait une incapacité de travail de 100% dans l'activité habituelle, dès le 17 août 2016 (début du délai d'attente d'un an). Dans une activité adaptée à son état de santé, le SMR était d'avis que la capacité de travail de l'assuré était de 100% dès le mois d'août 2016. Au vu de l'exigibilité retenue à 100% dans une activité adaptée, il convenait d'évaluer l'invalidité et d'étudier le droit à des éventuelles mesures professionnelles. Pour ce faire, il fallait effectuer une comparaison des gains obtenus sans invalidité et avec invalidité.

   Le salaire sans invalidité était hypothétique, il devait être en principe déterminé d'après le dernier salaire que l'assuré avait obtenu avant l'atteinte à la santé, mais en raison du fait que l'OAI n'avait pas pu se fonder sur des renseignements concrets et fiables sur le revenu que l'assuré aurait pu réaliser sans atteinte à la santé, il s'était basé sur les tableaux des salaires statistiques, ESS 2016 TA1, pour un homme, dans une activité totale, qui pour des activités simples et répétitives, sans formation professionnelle préalable (niveau 4), obtenait un salaire annuel statistique de CHF 66'803.- pour un taux d'activité à 100%. Le salaire avec invalidité avait été calculé en se référant également au TA1, tous secteurs confondus (total) de l'ESS 2010 (recte : 2016), indiquant qu'un homme travaillant dans une activité de niveau 4 (activité simple et répétitive) pouvait réaliser un salaire annuel brut de CHF 66'803.- pour l'année 2016. Enfin, il était retenu une réduction de 10% pour les limitations fonctionnelles.

   Il en ressortait que les gains sans invalidité s'élevaient à CHF 66'803.- et les gains avec invalidité, à CHF 60'123.- ; la perte de gain s'élevait à CHF 6'680.-, soit 10%. Dès lors, ce degré d'invalidité était inférieur à 40% et n'ouvrait pas le droit à une rente d'invalidité ; il était également inférieur à 20%, et n'ouvrait pas le droit à des mesures professionnelles de reclassement.

9. L'assuré s'est opposé au projet de décision et, dans le cadre de son audition, a fait parvenir une nouvelle pièce médicale à l'OAI, à savoir un rapport de la Dresse B_____, daté du 3 janvier 2019, dans lequel le médecin traitant considérait que la marche était limitée à 30 minutes, la position assise était limitée à 60 minutes et une activité, même adaptée, nécessiterait des pauses toutes les 60 minutes. En raison de la nécessité de ces changements de position fréquents, de la présence de douleurs chroniques de type mécanique, le médecin traitant considérait que la capacité de travail était de 50% dans une activité adaptée ; un diagnostic incapacitant de lombosciatalgies droites chroniques, avec Lasègue positif à droite

était retenu. En se fondant sur ces éléments, le SMR a rendu un avis médical du 22 janvier 2019, dans lequel le Dr E_____ a recommandé d'effectuer une expertise orthopédique.

10. L'assuré a été informé du mandat d'expertise et a reçu le formulaire concernant la structure de l'expertise et les questions posées. Par courrier du 19 juillet 2019, un délai de 12 jours lui a été fixé pour faire valoir d'éventuelles raisons de récusation de l'expert choisi, soit le docteur F_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie, ou pour faire parvenir des questions complémentaires. L'assuré n'a pas réagi.

11. En date du 4 décembre 2019, l'expert a rendu un rapport d'expertise orthopédique dans lequel il indiquait les sources utilisées, puis faisait une synthèse du dossier, une anamnèse familiale, professionnelle, et décrivait les antécédents personnels de l'expertisé avant de faire une anamnèse actuelle complète de la colonne vertébrale et des genoux. Il réalisait ensuite une anamnèse par système, notamment cardio-pulmonaire, dermatologique, gastro-intestinale, et décrivait, s'agissant de la vie quotidienne, une journée type de l'assuré, indiquant sa participation au ménage et aux achats nécessaires au ménage. Enfin, l'expert effectuait un status ostéo-musculaire et examinait les dossiers radiologiques.

    À l'issue de ces examens, l'expert a posé un diagnostic avec répercussions sur la capacité de travail de lombosciatalgies non déficitaires à droite, évoluant depuis 2010, exacerbées depuis 2016, avec une discopathie L5-S1 avec débord discal postéro-latérale et foraminal gauche, selon l'IRM du 10 février 2017. Il a diagnostiqué, à droite, une déchirure horizontale et oblique de la corne postérieure du ménisque interne, une chondropathie stade III de la rotule, selon l'IRM du 11 octobre 2017. Comme diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail, l'expert a mentionné une obésité classe I avec un BMI à 32.4.

    S'agissant de l'évaluation médicale et médico-assurancielle, l'expert a rappelé que l'expertisé n'avait pas de formation professionnelle particulière et avait travaillé en Suisse de 1990 à 2016, dans l'hôtellerie, en tant que portier, commis de salle, garçon de buffet, et avait bénéficié de l'aide sociale, de 2009 à 2013. Depuis 2010, il souffrait de lombosciatalgies à droite, ce qui avait provoqué des douleurs augmentant en intensité au début de l'année 2016, qui n'avaient pas diminué malgré trois infiltrations péridurales et de multiples traitements de physiothérapie. L'assuré bénéficiait de l'aide sociale depuis 2016 et n'avait aucun projet professionnel. Il n'avait pas eu de traitement psychiatrique. Selon l'expert, le cas avait été largement investigué et traité selon les règles de l'art ; malgré les traitements effectués, il n'y avait pas eu d'amélioration significative des douleurs et à son avis, le cas était cristallisé et des douleurs chroniques étaient à craindre. S'agissant de la cohérence et de la plausibilité, le médecin disait n'avoir trouvé que 2 signes sur 5 de non organicité selon Waddell ; tous les traitements effectués jusqu'à présent s'étaient soldés par un échec, et à son avis, l'intensité des douleurs

décrites par l'assuré et leurs répercussions sociales et professionnelles étaient en relation avec sa personnalité.

L'expert considérait que l'assuré était désormais apte à exercer une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, soit une activité sédentaire ou semi-sédentaire, dans laquelle il devait pouvoir alterner, à sa guise, la position debout et la position assise. Il devait éviter les travaux penchés en avant ou en porte-à-faux et éviter le port et le soulèvement de charges de plus de 10 kg.

Sa capacité de travail, dans l'activité exercée jusqu'ici, ne pouvait pas être continuée, car l'assuré ne pouvait pas porter de charges, ni garder la position debout prolongée.

Sa capacité de travail dans une activité correspondant à ses aptitudes était complète, mais une diminution de rendement de l'ordre de 20% paraissait justifiée, en raison des plaintes douloureuses émises par l'assuré. Selon l'avis de l'expert, aucune mesure médicale ou thérapeutique n'était susceptible d'améliorer de façon significative l'état de l'assuré.

12. Par décision du 3 février 2020, l'OAI a refusé d'octroyer une rente d'invalidité. À l'issue de l'instruction médicale, une incapacité de travail de 100% dans l'activité habituelle était reconnue, dès le 17 août 2016, mais une capacité à exercer une activité adaptée à l'état de santé de l'assuré était reconnue à 100%, dès le mois d'août 2016. En se fondant sur l'expertise, l'OAI reconnaissait une baisse de rendement de 20%, ce qui aboutissait à une nouvelle comparaison des gains pour évaluer le taux d'invalidité en tenant compte de cette baisse de rendement, soit des gains sans invalidité de CHF 66'803.-, et avec invalidité de CHF 53'443.- ; la perte de gain s'élevait à CHF 13'360.-, soit 20%. Dès lors, le degré d'invalidité était inférieur à 40% et n'ouvrait pas de droit à des prestations sous forme de rente. De plus, l'OAI niait le droit à des mesures professionnelles, dès lors qu'il existait un large éventail d'activités simples et répétitives sur le marché du travail, qui pouvaient être exercées sans aucune formation spécifique, en accord avec les limitations fonctionnelles de l'assuré.

13. Par pli daté du 2 mars 2020, mais reçu par l'office cantonal des assurances sociales en date du 4 mars 2020, le Dr C_____ a indiqué qu'à la demande de l'assuré, il requérait la « révision » de la décision du 3 février 2020, car, selon lui, la capacité de travail de l'assuré était de 50% dans une activité adaptée à ses limitations. Le médecin traitant rappelait que, sur le plan médicamenteux, le patient était traité par paracétamol 1g, à raison de 2 fois par jour, avec 1 comprimé en réserve, et par Irfen, à raison de 600 mg par jour, avec 2 comprimés en réserve. Selon le Dr C_____, le statut clinique du 2 mars 2020 montrait une limitation de la mobilité du rachis lombaire en flexion et inclination, déclenchant les douleurs susmentionnées, tout comme l'élévation passive du membre inférieur, genou tendu en position couchée. La palpation au regard des articulations postérieures L5-S1 était douloureuse des deux côtés et l'examen neurologique ne montrait pas de

déficit sensitivo-moteur. Les atteintes incapacitantes étaient présentes depuis fin décembre 2019 et le médecin traitant concluait qu'au vu de l'évolution des douleurs et de l'impact sur la capacité de travail, il retenait une capacité de travail à 50% dans une activité adaptée, selon les limitations susmentionnées, avec le besoin d'un changement de position régulièrement.

14. Par courrier du 25 mai 2020, l'OAI a répondu, en proposant de déclarer irrecevable le recours interjeté contre la décision du 3 février 2020. Selon l'intimé, le recours ne comportait aucun exposé de fait, ni de motif de recours, ni aucune conclusion ; il ne satisfaisait aucunement aux exigences minimales de contenu prescrites par la loi.

15. Par courrier du 9 septembre 2020, l'APAS, représentant le recourant, a fait valoir que le Dr C_____ avait agi à la demande et avec l'accord du recourant et que le délai de recours avait donc été respecté, ce que la chambre de céans avait admis implicitement dès lors qu'elle n'avait pas fixé un délai au recourant pour compléter son acte de recours. Pour le surplus les conclusions ressortaient du courrier du Dr C_____, qui demandait une révision de la décision et concluait à ce que son patient ne disposait que de 50% de sa capacité de travail dans une activité adaptée.

16. Par courrier du 29 septembre 2020, l'intimé s'est prononcé sur le fond du recours. Considérant qu'il n'y avait aucune motivation pour retenir une capacité de travail limitée à 50% dans une activité adaptée et qu'aucun fait précis n'était susceptible de remettre en cause la décision attaquée, pas plus que le calcul du taux d'invalidité, il concluait à la confirmation de sa décision et au rejet du recours.

17. Par réplique du 26 octobre 2020, le mandataire du recourant a conclu à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité, dès le 1er juillet 2018, compte tenu d'une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée. Le recourant demandait également des mesures de réadaptation, niant le fait que dans un marché du travail équilibré, il existât un large éventail d'activités simples et répétitives, qui ne nécessitaient aucune formation spécifique, adaptées à ses limitations fonctionnelles, car le recourant n'avait aucune formation professionnelle certifiante et n'avait fréquenté l'école que jusqu'à l'âge de 16 ans, au Kosovo, puis n'avait travaillé en Suisse que dans le domaine de l'hôtellerie. S'agissant de l'expertise orthopédique, le recourant remarquait que celle-ci était antérieure à l'apparition de lombalgies à gauche, car datée du 4 décembre 2019 et établie suite à un examen clinique de l'assuré, le 26 novembre 2019, dont il ne ressortait aucune trace de lombalgies à gauche. Il en découlait une instruction lacunaire, dès lors que l'intimé aurait dû poursuivre l'instruction du cas, demander un complément d'expertise sur la capacité de travail en tenant compte des lombalgies également présentes à gauche. Il était également reproché à l'expert de n'avoir aucunement tenu compte de la maladie de Scheuermann dans ses diagnostics, alors que celle-ci était connue pour provoquer une cyphose dorsale douloureuse. De plus, le recourant ne s'expliquait pas la raison pour laquelle l'expert avait retenu une diminution de rendement de 20% qui s'éloignait sensiblement de la diminution de rendement de 50% constatée par le Dr C_____ ; dans ces conditions, l'expert aurait dû se mettre en rapport avec le

médecin traitant afin de motiver les divergences de vue. Il était donc demandé préalablement, à la chambre de céans, d'ordonner une expertise complémentaire, et subsidiairement, de procéder à l'audition du Dr C_____.

18. Par courrier du 11 novembre 2020, l'intimé a dupliqué, rappelant les résultats de l'expertise orthopédique et concluant que cette dernière avait pris en compte, objectivement et subjectivement, la situation médicale du recourant et reposait sur des examens complets. Le rapport du Dr C_____, du 2 mars 2020, avait été soumis au SMR pour appréciation ; l'avis du SMR était remis en annexe. Le SMR considérait que l'avis du Dr C_____ n'était pas susceptible de mener à une appréciation différente du cas, dès lors que l'appréciation de la capacité de travail faite par le médecin traitant était simplement une appréciation différente d'un même état de fait. Aucun élément objectivement vérifiable, de nature clinique ou diagnostique, n'avait été ignoré dans le cadre de l'instruction, qui serait suffisamment pertinent pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'OAI. En particulier, la maladie de Scheuermann avait été prise en compte dans l'évaluation, dès lors que cet élément avait été évoqué dans l'IRM de la colonne lombaire, effectuée le 10 février 2017 et qui décrivait des nodules de Scheuermann dorsales. Le SMR précisait que l'expert était au courant des antécédents de maladie de Scheuermann de l'assuré, notamment dans la région dorsale, étant précisé que cette maladie était une affection très courante, qui se manifestait à l'adolescence, lors de la poussée de croissance par des douleurs du rachis. Dès la fin de la croissance, les lésions étaient habituellement fixées et n'occasionnaient plus de douleurs, sauf en cas d'anomalie statique sévère, ce qui n'était pas le cas de l'assuré. Ainsi, il était tout à fait habituel de trouver des séquelles de Scheuermann à la radiographie et leur banalité faisait que l'expert ne les avait pas incluses dans ses discussions. S'agissant des mesures de réadaptation, il était rappelé qu'elles ne se justifiaient pas, dès lors que le marché du travail présentait un nombre significatif d'opportunités qui ne nécessitaient aucune formation spécifique et qui étaient adaptées aux limitations fonctionnelles du recourant ; on pouvait notamment citer des tâches simples de surveillance, de vérification, de contrôle ou encore des activités d'accueil, étant encore précisé qu'au moment de l'atteinte, soit en 2016, l'assuré était sans activité lucrative, bénéficiait de l'aide sociale et ne mentionnait aucun projet professionnel. L'OAI ajoutait que son appréciation ne se fondait pas sur les mêmes critères que ceux de l'assurance-chômage et qu'il n'y avait pas à répondre d'une diminution de la capacité de gain qui soit due essentiellement à d'autres facteurs qu'une atteinte à la santé, tels que le manque de formation professionnelle, les difficultés d'ordre linguistique ou l'âge, ainsi que le faisait valoir le mandataire du recourant. En annexe à la duplique, figurait l'avis médical du SMR du 9 novembre 2020, rédigé par la doctoresse P_____, qui reprenait les éléments médicaux allégués dans la réplique du recourant et y répondait.

19. Par courrier du 22 décembre 2020, le mandataire du recourant à transmis à la chambre de céans un rapport médical de la Dresse B_____, rappelant les

limitations fonctionnelles de son patient et considérant que sa capacité de travail dans une activité adaptée était estimée à 50%, en raison des douleurs handicapantes. Le mandataire du recourant en concluait que l'expertise contenait des incohérences et qu'on ne pouvait pas lui accorder une pleine valeur probante, étant notamment précisé que cette dernière ne disait pas à quelle fréquence le recourant devait réaliser des pauses et des gestes antalgiques ou changer de position.

20. 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 3 février 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, étant précisé que le recours a été effectué dans les délais, par le médecin-traitant du recourant, à la demande de ce dernier, et que le contenu du recours permettait d'identifier l'acte contesté, les conclusions, ainsi que les motivations, même si ces dernières étaient minimales.

6. Le litige porte sur le bien-fondé de la décision refusant toute prestation d'invalidité en faveur du recourant.

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

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

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

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

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

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. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il 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).

10. 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).

11. 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). À 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. À 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).

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

13. 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).

14. 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).

15. En l'espèce, l'appréciation de l'OAI repose sur les avis du SMR, ainsi que sur le rapport d'expertise du 4 décembre 2019, établi à la suite de l'examen du recourant, en date du 26 novembre 2019.

    L'expertise a été confiée à un médecin indépendant, spécialiste reconnu. Ce dernier s'est livré à des observations approfondies et a mené des investigations complètes, fondées notamment sur le dossier médical du recourant qui est décrit en pages 1, 3 et 7, et qui tient compte des plaintes de l'assuré et des avis exprimés par les médecins traitants du recourant.

    Le mandataire du recourant allègue que son état de santé aurait changé entre le jour de l'examen, soit le 29 novembre 2019, et le 2 mars 2020, date du rapport du médecin traitant, le Dr C_____, faisant état de l'apparition de lombalgies à gauche.

    Appelé à se prononcer sur le rapport médical du 2 mars 2020, le SMR, dans son avis médical du 9 novembre 2020, considère qu'en comparant le rapport du Dr C_____ avec le rapport d'expertise du 4 décembre 2019, il n'y a pas de fait médical objectivement nouveau. Les douleurs décrites par le Dr C_____ étaient déjà prises en compte par l'expert ; le SMR considère même que le rapport du médecin traitant permet de conclure à une légère amélioration dès lors qu'auparavant le recourant devait prendre des antalgiques de niveau 2, alors que désormais, il est traité avec de l'Irfen, un antalgique de niveau 1, donc moins fort.

    S'agissant des critiques concernant l'absence d'examen des nodules de Scheuermann, elles sont balayées par le SMR, au motif que ce type de lésion est fréquent à l'adolescence, ne produit pas de douleurs et est - somme toute - relativement banal.

    Il sied encore d'ajouter que, contrairement à ce qu'allègue le mandataire du recourant, l'expert n'avait pas l'obligation de s'entretenir avec les médecins traitants du seul fait que la diminution de rendement, qu'il estimait à 20%, s'éloignait de l'appréciation des médecins du recourant.

    La chambre de céans considère, qu'il n'est pas démontré, au niveau de la vraisemblance prépondérante, que l'état de santé du patient se serait à tel point aggravé, en l'espace des trois mois séparant l'examen de l'expert et le rapport du Dr C_____, que cela justifierait de s'écarter des résultats de l'expertise. Les

conclusions du SMR quant aux lombalgies au côté gauche et au défaut d'impact des nodules de Scheuermann sur la capacité de travail du recourant sont convaincantes.

Pour cette même raison, la chambre de céans considère inutile d'ordonner un complément d'expertise ; cette demande sera donc écartée, de même que la demande d'audition du Dr C_____ dont l'avis médical est largement connu, ce qui rend une audition inutile.

Dans ses observations du 22 décembre 2020, le recourant produit, en annexe, un ultime rapport médical du 29 novembre 2020 de la Dresse B_____, qui ne fait que reprendre les pathologies déjà connues et en conclut que la capacité de travail est de 50% en raison des douleurs handicapantes, sans objectiver le taux d'incapacité allégué, la notion de douleurs se fondant essentiellement sur les déclarations subjectives du recourant. Les allégations du mandataire du recourant relatives au fait que l'expertise ne décrit pas précisément les limitations fonctionnelles et leur influence sur la capacité de rendement, notamment la fréquence à laquelle le recourant devrait effectuer des pauses, changer de position et réaliser des gestes antalgiques sont erronées ; les limitations fonctionnelles sont notamment traitées sous ch. 7.4 de l'expertise ; le fait que la fréquence des pauses ne soit pas indiquée précisément n'est pas de nature à remettre en question la pertinence de l'expertise.

Il sera encore rappelé que 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.

En ce sens, les différences d'appréciation entre les médecins traitants et l'expert, quant à la portée des troubles de la santé sur la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée, ne sont pas de nature à remettre en cause le travail effectué par l'expert qui repose sur des éléments objectifs et des résultats convaincants dépourvus du moindre indice concret qui inciterait à douter de leur bien-fondé.

16. Le recourant allègue encore qu'il aurait droit à des mesures de réadaptation dès lors que le taux d'invalidité est de 20%.

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

Selon l'art. 8 al. 1er LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient

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

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

Sont réputées nécessaires et appropriées toutes les mesures de réadaptation professionnelle qui contribuent directement à favoriser la réadaptation dans la vie active. L'étendue de ces mesures ne saurait être déterminée de manière abstraite, puisque cela suppose un minimum de connaissances et de savoir-faire et que seules seraient reconnues comme mesures de réadaptation professionnelle celles se fondant sur le niveau minimal admis. Au contraire, il faut s'en tenir aux circonstances du cas concret. Celui qui peut prétendre au reclassement en raison de son invalidité a droit à la formation complète qui est nécessaire dans son cas, si sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée de manière notable (ATF 124 V 108 consid. 2a; VSI 1997 p. 85 consid. 1).

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

mais non pas à celles qui seraient les meilleures dans son cas (ATF 124 V 110 consid. 2a et les références ; VSI 2002 p. 109 consid. 2a). En particulier, l'assuré ne peut prétendre à une formation d'un niveau supérieur à celui de son ancienne activité, sauf si la nature et la gravité de l'invalidité sont telles que seule une formation d'un niveau supérieur permet de mettre à profit d'une manière optimale la capacité de travail à un niveau professionnel plus élevé.

En l'occurrence et comme relevé par l'intimé, le recourant n'a aucun projet professionnel et est dépourvu de formation.

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

Au vu du large éventail d'activités existantes, sans qu'il soit nécessaire de disposer d'une formation préalable et qui sont compatibles avec les limitations fonctionnelles observées et tenant compte du fait que la capacité de gain a été fixée de manière théorique, la chambre de céans considère que des mesures de reclassement ne sont pas nécessaires dans le cas du recourant.

17. 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