



**EN FAIT**

1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), né le \_\_\_\_\_ 1983, est originaire de Macédoine et établi en Suisse depuis mars 1984.
2. En 1996, il a demandé des prestations de l'assurance-invalidité pour mineurs sous la forme de mesures à l'accompagnement scolaire. Cette demande a donné lieu à l'octroi de mesures pédaogo-thérapeutiques dans le cadre d'un enseignement spécialisé.
3. Dans un rapport médical du 18 août 2014, le docteur B\_\_\_\_\_, psychiatre et psychothérapeute FMH et médecin traitant de l'assuré, a posé le diagnostic d'épisode dépressif majeur depuis le 3 juin 2014. L'assuré n'arrivait plus à travailler en raison des troubles de la concentration et d'une anxiété jugée « trop importante ». Les difficultés étaient liées à sa vie conjugale et familiale, à des problèmes professionnels, ainsi qu'à des problèmes interpersonnels. Il suivait un traitement depuis le 3 juin 2014.
4. Dans un rapport médical du 17 décembre 2014, le Dr B\_\_\_\_\_ a confirmé le diagnostic d'épisode dépressif majeur d'intensité sévère. L'incapacité de travail était entière depuis le 28 août 2014. Le patient présentait une anxiété et une tristesse de l'humeur croissante depuis plusieurs mois à la suite de conflits conjugaux mais aussi de difficultés professionnelles multiples qui avaient une grave influence sur son humeur. Le patient avait expliqué avoir d'importants troubles du sommeil, ainsi que des difficultés de concentration et de mémoire. Il décrivait également une grande irritabilité et des douleurs associées à une anxiété importante. Les limitations fonctionnelles rencontrées dans le cadre de son activité de manager responsable technique et logistique étaient les suivantes : trouble de la concentration, diminution de l'endurance et asthénie importante et labilité thymique significative. Depuis le 28 août 2014, l'assuré avait entrepris un traitement psychiatrique et psychothérapeutique intégré avec un traitement pharmacologique par Ciprallex 10 mg par jour et Seroquel 100 mg au coucher. Le pronostic quant à l'évolution de cette affection était « modéré ».
5. Le 21 avril 2015, le docteur C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a diagnostiqué, avec effet sur la capacité de travail, un épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique (F32.2) ainsi que, sans répercussion sur la capacité de travail, un trouble panique (F41.0). L'incapacité de travail pouvait durer « facilement six mois », étant précisé que cela dépendait de la réponse et de l'adéquation du traitement. Une reprise à 50 % pouvait être envisagée « au plus tôt début juillet ». L'incapacité de travail pouvait être améliorée par des mesures médicales, soit une adaptation du traitement pharmacologique et « éventuellement » une prise en charge plus soutenue dans un centre de thérapie brève ou spécialisée dans la prise en charge de la dépression. Le pronostic était moyennement favorable vu l'intensité de la dépression. Il était difficile d'établir un pronostic car la dépression ne permettait pas d'apprécier la structure de la

personnalité. De plus, il y avait d'importantes difficultés notamment financières. Si aucune capacité de travail n'était retenue à partir du 1<sup>er</sup> juillet, il y avait une indication pour une nouvelle évaluation. Dans l'intervalle, des monitorings thérapeutiques devaient être pratiqués pour s'assurer de la bonne compliance à l'antidépresseur. L'expert a également relevé que l'assuré était notamment suivi par le docteur D\_\_\_\_\_, médecin généraliste.

S'agissant de la situation actuelle de l'assuré, le Dr C\_\_\_\_\_ a relevé une tension psychique et des sentiments de dysphorie au premier plan. Le reste correspondait à une dépression usuelle avec de la fatigue. Il avait pu percevoir une certaine lassitude. À cela s'ajoutait la description d'une anhédonie et de troubles cognitifs, ces derniers n'ayant pu être objectivés. Le traitement n'était pas adapté mais la prudence s'imposait car il y avait eu plusieurs tentatives de traitement qui n'avaient pas permis une amélioration significative en raison probablement de l'importance des problèmes interpersonnels. Du Cipralex avait été récemment introduit. Comme ce traitement ne s'était pas particulièrement révélé efficace par le passé, il préconisait la prescription d'une molécule ayant plus d'effet sur la noradrénaline telle que la Venlafaxine. Cette proposition était acceptée par le Dr B\_\_\_\_\_. Le Risperdal avait été prescrit en raison de la dysphorie. Comme comorbidité, il y avait un trouble panique assez sévère avec des fréquents épisodes, mais sans cognitions agoraphobes. Les limitations fonctionnelles étaient en lien avec la dysphorie, une irritabilité, une tension psychique, de fortes angoisses ainsi que des troubles de la concentration. Cela était responsable d'une incapacité de travail à 100 % dans son activité d'administrateur. Actuellement, l'état psychique ne permettait pas d'envisager l'exercice d'une autre activité professionnelle.

6. Le 8 mai 2015, l'assuré a formé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI), invoquant une maladie psychique. Il a indiqué exercer une activité d'indépendant à plein temps dans son entreprise individuelle de nettoyage H\_\_\_\_\_.
7. Dans un rapport médical de l'assurance-invalidité (ci-après : AI) du 8 septembre 2015, le Dr B\_\_\_\_\_ a confirmé le diagnostic d'épisode dépressif majeur depuis le 3 juin 2014. L'incapacité de travail était entière depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2015 et une activité adaptée n'était pas possible. D'un point de vue médical, l'activité exercée était encore exigible, à un degré indéterminé. Le pronostic était bon.
8. Par communication du 29 octobre 2015, l'OAI a informé l'assuré qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était possible actuellement en raison de son état de santé.
9. Dans un rapport médical intermédiaire du 12 avril 2016, le Dr B\_\_\_\_\_ a indiqué que l'état de santé de son patient n'était pas resté stationnaire. Depuis 2015, l'assuré présentait des troubles de l'adaptation, avec perturbations mixtes des

---

émotions et de conduite (F43.25), une personnalité dyssociale (F60.2), des troubles de comportement dus à l'utilisation du cannabis, syndrome de dépendance (F12.26) et une dipsomanie. Le médecin proposait la continuation du suivi psychothérapeutique. Le pronostic était indéterminé et dépendait de l'investissement que mettait le patient dans sa thérapie cognitive comportementale. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : asthénie, diminution de la motivation et frustration. La capacité de travail de l'assuré était nulle tant dans son activité habituelle de responsable administratif de son entreprise que dans une activité adaptée. La compliance au suivi thérapeutique était bonne, alors que la compliance au traitement pharmacologique était mauvaise. Une reprise du travail à 100 % était envisageable dans un délai « à ce jour indéterminé ». Il pouvait être intéressant de procéder à un examen médical complémentaire afin d'évaluer les conséquences de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail de l'intéressé.

10. Dans un avis médical du 17 novembre 2016, le service médical de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a préconisé la mise en place d'une expertise psychiatrique afin d'identifier l'atteinte avec effet sur la capacité de travail et définir le degré de capacité de travail. Le médecin a précisé que l'état de santé actuel de l'assuré n'était pas clair dans la mesure où l'on ne savait pas si le trouble de la personnalité était décompensé, si la dépendance au cannabis était dans le contexte d'une pathologie psychiatrique, s'il y avait une dépendance à l'alcool et si une exigibilité était indiquée, étant précisé que la symptomatologie dépressive semblait évoluer favorablement.
11. Le 28 février 2017, l'OAI a informé l'assuré qu'une expertise médicale était nécessaire et que le docteur E\_\_\_\_\_, psychiatre et psychothérapeute FMH, avait été mandaté à cet effet.
12. Le 23 avril 2017, le Dr E\_\_\_\_\_ a rendu son rapport d'expertise médicale psychiatrique. Il a posé les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2) ayant évolué du 3 juin 2014 jusqu'au 31 décembre 2015, avec une nette diminution symptomatique compatible avec une dysthymie (F34.1) évoluant depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2016 jusqu'à présent. Quant aux diagnostics sans répercussions sur la capacité de travail, l'expert a retenu des dépendances primaires à la cocaïne et au cannabis, utilisation épisodique (F12.26 / F14.26) et des traits de la personnalité dyssociale (Z73.1).

L'amélioration clinique était objectivée par l'arrêt du traitement antidépresseur, par le fait que l'assuré avait pu trouver une compagne et par le rapport du psychiatre traitant du 12 avril 2016 qui n'avait plus fait état d'un épisode dépressif sévère. Du 3 mars 2014 au 31 décembre 2015, l'expert retenait des limitations fonctionnelles psychiatriques significatives cliniquement, dans le sens d'une anhédonie, d'une aboulie avec ralentissement psychomoteur, de troubles de la concentration, d'un isolement social, en lien avec un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F 32.2), alors que depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2016, l'expert ne retenait pas de limitations fonctionnelles significatives dans le contexte d'une intolérance à la

---

frustration, d'une hypersensibilité au stress, des difficultés relationnelles en lien avec un comportement impulsif et dyssocial en lien avec une dysthymie (F 34.1) et avec des traits de la personnalité dyssociale non décompensés (Z 73.1).

Tenant compte de ces limitations fonctionnelles, l'expert retenait une capacité de travail nulle du 3 juin 2014 au 31 décembre 2015, et de 100 % avec une baisse de rendement de 30 % du 1<sup>er</sup> janvier 2016 jusqu'à présent, dans toute activité adaptée au status somatique. Une aide au placement après un bilan de compétence et un accompagnement bienveillant pourrait diminuer le risque d'évolution vers des troubles dépressifs caractérisés dans un avenir proche. La situation n'était pas stabilisée et devait être réévaluée dans six à douze mois en fonction de l'évolution.

13. Dans un rapport du 1<sup>er</sup> juin 2017, le SMR, se fondant sur l'expertise psychiatrique du 23 avril 2017, a retenu un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques. L'incapacité de travail était de 100 % du 3 juin 2013 au 31 décembre 2015 et nulle depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2016, tant dans une activité habituelle que dans une activité adaptée, avec une diminution de rendement de 30 % en raison des limitations fonctionnelles.
14. Par projet de décision du 12 octobre 2017, l'OAI a reconnu à l'assuré le droit à une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> décembre 2015 au 31 décembre 2015. À l'issue de l'instruction médicale, le SMR avait reconnu une incapacité de travail de 100 % dans toute activité dès le 20 mai 2014. Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2016, l'état de santé de l'assuré s'était amélioré et il présentait une capacité de travail entière dans toute activité avec une baisse de rendement de 30 %. En principe, à l'échéance du délai d'attente, à savoir le 20 mai 2015, le droit à une rente entière était ouvert. Toutefois, sa demande ayant été déposée le 1<sup>er</sup> juin 2015, la rente ne pouvait être versée qu'à compter du 1<sup>er</sup> décembre 2015 (demande tardive). Quant au droit au reclassement, il avait été refusé, un reclassement ne permettant pas, dans le cas du recourant, de sauvegarder ou d'améliorer de manière notable sa capacité de gain.
15. Le 3 novembre 2017, l'assuré, représenté par son conseil – dont la procuration datée du 2 novembre 2017 était jointe au courrier –, a sollicité une copie de son dossier.
16. Le 30 novembre 2017, l'assuré a contesté le projet de décision de l'OAI et requis la mise en place d'une consultation neurologique et orthopédique. Il a relevé qu'il présentait plusieurs pathologies somatiques neurologiques se traduisant essentiellement par des épisodes de céphalées et des troubles oto-rhino-laryngologiques (ci-après : ORL) et ayant nécessité la mise en place d'un suivi auprès de la doctoresse E\_\_\_\_\_, neurologue FMH. S'agissant des épisodes de lombalgies, il avait été suivi par le Dr D\_\_\_\_\_ de 2009 à 2010 pour des problèmes lombaires et dorsaux.

À l'appui de son courrier, l'assuré a produit un rapport d'IRM établi le 26 juin 2017 par le docteur F\_\_\_\_\_, attestant de la présence de nombreux hypersignaux de la substance blanche pouvant traduire une microangiopathie. Il a également produit un

rapport du Dr B\_\_\_\_\_ du 27 octobre 2017, selon lequel son patient présentait plusieurs pathologies somatiques neurologiques, céphalée et lombalgie, ORL, déviation de la cloison nasale et épisode dépressif au décours.

17. Le 29 juin 2018, l'assuré a transmis à l'OAI le rapport médical du 29 juin 2017 établi par la Dresse E\_\_\_\_\_. D'après la doctoresse, l'assuré semblait présenter des céphalées de type migraine nécessitant un traitement préventif, un possible syndrome d'apnée du sommeil nécessitant un bilan par oxymétrie nocturne ainsi qu'une microangiopathie cérébrale nécessitant un bilan complémentaire, notamment par prise de sang, écho doppler des vaisseaux du cou et bilan cardiaque. Un contrôle à six mois de l'IRM devait être effectué afin de suivre l'évolution des hypersignaux de la substance blanche.
18. Le 24 mai 2018, la Dresse E\_\_\_\_\_ a confirmé que son patient présentait des céphalées de type migraine nécessitant un traitement préventif ainsi que des hypersignaux de la substance blanche à l'IRM cérébrale, qui pouvaient se voir dans le cadre de migraines sans aucun caractère pronostic péjoratif. Elle proposait néanmoins de réaliser un bilan par contrôle d'imagerie (IRM cérébrale) ainsi qu'un bilan cardiaque et ophtalmologique.
19. Dans un rapport médical AI du 3 décembre 2018, la Dresse E\_\_\_\_\_ a relevé que son patient ne présentait pas d'incapacité de travail du point de vue neurologique. Il n'y avait pas non plus de limitations fonctionnelles.
20. Par avis médical du 6 décembre 2018, le SMR, se fondant sur le rapport médical de la Dresse E\_\_\_\_\_, a relevé que les céphalées présentées par l'assuré n'étaient pas incapacitantes. Aucune pièce médicale n'objectivait une modification de l'état de santé de l'assurée depuis la dernière décision, de sorte que les conclusions du rapport du 1<sup>er</sup> juin 2017 restaient valables.
21. Par pli du 17 décembre 2018, l'OAI a informé le conseil de l'assuré que la procédure d'audition était terminée et que la caisse cantonale genevoise de compensation lui ferait parvenir une décision sujette à recours.
22. Par décision du 7 février 2019, adressée personnellement à l'assuré, l'OAI a confirmé l'octroi, en sa faveur, d'une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> décembre 2015 au 31 décembre 2015. Il a repris la motivation de son projet de décision.
23. Par acte du 11 mars 2019, l'assuré a formé recours contre cette décision devant la chambre des assurances sociales de la Cour de justice, concluant à sa nullité faute de notification régulière. Subsidiairement, il a sollicité l'octroi d'une rente d'invalidité entière à compter du 1<sup>er</sup> décembre 2015 et pour une durée indéterminée. Sur le fond, il a contesté être en mesure de reprendre une activité à 100 %. Contrairement à ce qui avait été retenu, son état de santé ne s'était pas modifié depuis le 1<sup>er</sup> décembre 2015. Il souffrait « essentiellement » de problèmes lombaires et dorsaux, ainsi que d'importants maux de tête accompagnés de

problèmes ORL. Ces atteintes l'empêchaient de mener une vie normale et de reprendre une quelconque activité professionnelle.

24. Par réponse du 9 avril 2019, l'OAI a admis que la décision avait été notifiée par erreur au domicile de l'assuré. Or, dans la mesure où le recours avait été déposé dans les délais, il convenait de retenir que la notification avait atteint son but, malgré l'irrégularité. Sur le fond, aucun élément médical objectif ne permettait d'écarter les conclusions du SMR. En particulier, les lombalgies n'étaient nullement documentées ou objectivées. Or, les simples plaintes subjectives de l'assuré ne suffisaient pas pour justifier une invalidité. Quant aux mesures professionnelles, l'assuré n'était pas en état de suivre avec succès ces mesures puisqu'il concluait à l'octroi d'une rente entière non limitée dans le temps.

25. Par réplique du 15 juillet 2019, l'assuré, par l'intermédiaire de son conseil, a persisté dans sa conclusion en nullité de la décision pour notification irrégulière. Sur le fond, il a conclu au maintien du droit à la rente d'invalidité au-delà du 31 décembre 2015, subsidiairement à la mise en œuvre d'une expertise neurologique et ostéoarticulaire, plus subsidiairement à la mise en œuvre de mesures d'ordre professionnel. Il a relevé en substance qu'il était toujours suivi par le Dr B\_\_\_\_\_ dans le contexte d'un épisode dépressif sévère. Il était également suivi par la Dresse E\_\_\_\_\_ en raison des céphalées bilatérales invalidantes et par le docteur G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, pour ses troubles lombaires.

À l'appui de son écriture, il a produit les rapports médicaux de la Dresse E\_\_\_\_\_ des 29 juin 2017 et 24 mai 2018 déjà versés à la procédure ainsi qu'un rapport médical du Dr G\_\_\_\_\_ du 12 juillet 2019, dans lequel étaient posés les diagnostics de spondylarthropathies étagées, de céphalées de type migraine et de microangiopathie cérébrale précoce. Le médecin a notamment précisé connaître l'assuré depuis le 27 novembre 2018 et que ses problèmes de santé étaient décrits comme invalidants par son patient.

Sur la base de ces éléments, force était de reconnaître que ses atteintes à la santé, aussi bien psychiatriques, neurologiques et somatiques, étaient suffisamment invalidantes pour lui reconnaître une incapacité de travail entière, et ce pour une durée indéterminée. S'agissant des mesures professionnelles, il se justifiait de renvoyer le dossier à l'OAI pour que soit mise en place une procédure de mesures d'ordre professionnel dans le but de déterminer les activités adaptées dans lesquelles l'assuré était susceptible d'être réintégré, étant précisé qu'il n'exerçait plus d'activité depuis le mois de juin 2014.

26. Le 15 août 2019, l'assuré a produit un rapport médical du Dr B\_\_\_\_\_ du 19 juillet 2019, dans lequel le médecin a posé les diagnostics de cyclothymie, trouble de l'adaptation et trouble de la personnalité (F 60.2-002). Il a notamment relevé que son entreprise de nettoyage était en difficulté et que la perte de son chiffre d'affaires avait engendré une grande anxiété ainsi qu'une tristesse qui l'avaient

rendu incapable d'assumer ses responsabilités d'administrateur. Il n'arrivait pas à concilier travail, loisirs et vie sentimentale. Depuis sa chirurgie plastique et esthétique du nez en 2019, il présentait des céphalées qui péjoraient son état.

27. Le 9 septembre 2019, l'OAI a persisté dans ses conclusions. Il a produit un rapport du SMR daté du 2 septembre 2019, selon lequel le rapport médical du Dr G\_\_\_\_\_ du 12 juillet 2019 contenait un nouveau diagnostic de lombalgies chroniques communes, de début inconnu, qui n'avaient pas de répercussions sur l'activité habituelle d'administrateur d'une entreprise de nettoyage. Quant au rapport du psychiatre traitant du 19 juillet 2019, il n'apportait aucun élément médical nouveau depuis le rapport du SMR du 6 décembre 2018.
28. Le 1<sup>er</sup> octobre 2019, l'assuré a persisté dans ses conclusions, en particulier s'agissant de la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique et neurologique. Il a rappelé que le Dr E\_\_\_\_\_ avait retenu que l'épisode dépressif sévère présenté par l'assuré ne pouvait évoluer de manière favorable qu'avec la mise en place d'un certain nombre de traitements. Le médecin préconisait par ailleurs une nouvelle évaluation dans les six à douze mois.
29. Le 18 mai 2020, répondant aux questions complémentaires posées par la chambre de céans, le Dr G\_\_\_\_\_ a confirmé son diagnostic de spondylarthropathies étagées, précisant qu'il s'agissait d'un diagnostic fréquent et banal. D'après le médecin, cette atteinte n'entraînait ni limitations fonctionnelles, ni incapacité de travail. Il n'avait pas proposé de traitement particulier, précisant que son patient avait « bien d'autres problèmes ».
30. Le 5 juin 2020, l'OAI, se fondant sur l'avis médical du SMR du 2 juin 2020, a maintenu ses précédentes conclusions.
31. Le 9 juin 2020, l'assuré a rappelé que les douleurs lombaires, associées aux céphalées et microangiopathie cérébrale, étaient, d'après lui, invalidantes. Il a également observé que le Dr G\_\_\_\_\_ confirmait la présence d'autres diagnostics. Or, l'atteinte psychiatrique était prépondérante aux autres troubles lombaires. Il persistait ainsi dans sa conclusion en mise en œuvre d'une expertise psychiatrique, rappelant que l'évaluation dans les six à douze mois préconisée par le Dr E\_\_\_\_\_ n'avait jamais été mise en place.
32. La chambre de céans a transmis cette écriture à l'OAI.

### **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. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi (art. 60 al. 1 et 38 al. 3 LPGA ; art. 62 al. 1 let. a de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]), le recours est recevable.
4. Le recourant conclut en premier lieu à la nullité du jugement entrepris, au motif qu'il aurait été notifié de manière irrégulière.

a. En vertu des art. 37 al. 1 LPGA et 9 LPA, une partie peut, en tout temps, se faire représenter, à moins qu'elle ne doive agir personnellement, ou se faire assister, pour autant que l'urgence d'une enquête ne l'exclue pas. Tant que la partie ne révoque pas la procuration, l'assureur adresse ses communications au mandataire (art. 37 al. 3 LPGA). Il en va notamment ainsi des décisions (art. 49 LPGA) et décisions sur opposition (art. 52 al. 2 LPGA). La violation, par l'assureur social, de l'art. 37 al. 3 LPGA n'a pas pour effet de rendre sa communication nulle et non avenue. En revanche, l'assuré peut de bonne foi admettre que son représentant a également reçu l'envoi de l'assureur, de sorte qu'il ne peut subir aucun préjudice lorsque celui-ci avait pour effet de faire courir un délai. Ainsi, la notification d'une décision à l'assuré directement, et non à son représentant, empêche l'écoulement du délai de recours, seule la notification au représentant étant déterminante à cet égard (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_18/2016 du 7 octobre 2016 consid. 5.3.1).

Il s'agit là d'un principe général du droit des assurances sociales, commandé par la sécurité du droit, qui sert à éviter d'emblée tout doute sur la question de savoir si les communications doivent être notifiées à la partie elle-même ou à son représentant ainsi qu'à établir une règle claire quant à la notification déterminante pour le calcul du délai de recours (ATF 99 V 177 consid. 3 ; DTA 2002 n°9 p. 66 consid. 2 ; RAMA 1997 n° U 288, p. 442 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_791/2010 du 10 novembre 2010 consid. 2.2).

Le fardeau de la preuve de la notification d'un acte et de la date de celle-ci incombe en principe à l'autorité qui entend en tirer une incidence juridique. L'autorité supporte donc les conséquences de l'absence de preuve en ce sens que si la notification, ou sa date, sont contestées, et qu'il existe effectivement un doute à ce sujet, il y a lieu de se fonder sur les déclarations du destinataire de l'envoi (ATF 129 I 8 consid. 2.2 ; ATF 124 V 400 consid. 2a et les références).

b. Selon l'art. 49 LPGA, l'assureur doit rendre par écrit les décisions qui portent sur des prestations, créances ou injonctions importantes ou avec lesquelles l'intéressé n'est pas d'accord (al. 1). Les décisions indiquent les voies de droit. Elles doivent être motivées si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties. La notification irrégulière d'une décision ne doit entraîner aucun préjudice pour l'intéressé (al. 3). Ce même principe est repris en droit cantonal à l'art. 47 LPA.

Le délai de recours est de trente jours (art. 60 al. 1 LPGA). Si le délai, compté par jours ou par mois, doit être communiqué aux parties, il commence à courir le lendemain de la communication (art. 38 al. 1 LPGA). Lorsque le délai échoit, entre autres, un dimanche, son terme est reporté au premier jour ouvrable qui suit (art. 38 al. 3 LPGA).

c. En l'espèce, l'intimé a adressé sa décision du 7 février 2019 directement au recourant, omettant ainsi de tenir compte de l'élection de domicile faite en faveur de son avocat (cf. procuration du 2 novembre 2017 jointe au courrier à l'OAI du 3 novembre 2017). Or, contrairement à ce que soutient le recourant, une telle irrégularité n'a pas pour effet de rendre nulle la décision entreprise. Conformément à la jurisprudence précitée, la notification d'une décision directement à l'assuré, en lieu et place de son représentant, empêche l'écoulement du délai de recours. Cette jurisprudence permet ainsi d'éviter que la notification irrégulière n'entraîne de préjudice pour l'assuré. Or, dans le cas présent, le recours a été formé en temps utile (cf. *supra* consid. 3). Le conseil du recourant a par ailleurs pu compléter le recours formé par l'assuré par écritures des 15 juillet et 1<sup>er</sup> octobre 2019. Ainsi, la notification ayant atteint son but, il n'y a pas lieu de constater la nullité de la décision entreprise pour ce motif.

5. Sur le fond, le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité au-delà du 31 décembre 2015, ainsi qu'à des mesures professionnelles.
6. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, 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 1<sup>er</sup> 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).

7. 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 malade, 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 émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 et 141 V 281 consid. 2.2 et 3.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_841/2016 du 30 novembre 2017 consid. 4.5.2).

Les principes jurisprudentiels développés en matière de troubles somatoformes douloureux sont également applicables à la fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.1), au syndrome de fatigue chronique ou de neurasthénie (ATF 139 V 346 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_662/2009 du 17 août 2010 consid. 2.3 in SVR 2011 IV n° 26 p. 73), à l'anesthésie dissociative et aux atteintes sensorielles (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 9/07 du 9 février 2007 consid. 4 in SVR 2007 IV n° 45 p. 149), à l'hypersomnie (ATF 137 V 64 consid. 4) ainsi qu'en matière de troubles moteurs dissociatifs (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_903/2007 du 30 avril 2008 consid. 3.4), de traumatisme du type « coup du lapin » (ATF 141 V 574 consid. 5.2 et ATF 136 V 279 consid. 3.2.3) et d'état de stress post-traumatique (ATF 142 V 342 consid. 5.2). En revanche, ils ne sont pas applicables par analogie à la fatigue liée au cancer (cancer-related Fatigue - ATF 139 V 346 consid. 3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_73/2013 du 2 septembre 2013 consid. 5).

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

b. La capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant de mettre en regard les facteurs extérieurs incapacitants d'une part et les ressources de compensation de la personne d'autre part (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). Il n'y a plus lieu de se fonder sur les critères de l'ATF 130 V 352, mais sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels

propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4). Dans ce cadre, il convient d'évaluer globalement, sur une base individuelle, les capacités fonctionnelles effectives de la personne concernée en tenant compte, d'une part, des facteurs contraignants extérieurs limitant les capacités fonctionnelles et, d'autre part, les potentiels de compensation (ressources).

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

- catégorie « Degré de gravité fonctionnel » (ATF 141 V 281 consid. 4.3) ;
- complexe « Atteinte à la santé » (consid. 4.3.1) ;
- expression des éléments pertinents pour le diagnostic (consid. 4.3.1.1), succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à cet égard (consid. 4.3.1.2), comorbidités (consid. 4.3.1.3) ;
- complexe « Personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles; consid. 4.3.2) ;
- complexe « Contexte social » (consid. 4.3.3) ;
- catégorie « Cohérence » (aspects du comportement ; consid. 4.4) ;
- limitation uniforme du niveau d'activité dans tous les domaines comparables de la vie (consid. 4.4.1), poids des souffrances révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation (consid. 4.4.2).

Le « complexe personnalité » englobe à côté des formes classiques du diagnostic de la personnalité qui vise à saisir la structure et les troubles de la personnalité, le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du moi » qui désignent des capacités inhérentes à la personnalité, permettant des déductions sur la gravité de l'atteinte à la santé et de la capacité de travail (par exemple : autoperception et perception d'autrui, contrôle de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation ; cf. ATF 141 V 281 consid. 4.3.2).

La question des effets fonctionnels d'un trouble doit dès lors être au centre. La preuve d'une invalidité ouvrant le droit à une rente ne peut en principe être considérée comme rapportée que lorsqu'il existe une cohérence au niveau des limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation de la capacité de travail invalidante n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée.

Même si un trouble psychique, pris séparément, n'est pas invalidant en application de la nouvelle jurisprudence, il doit être pris en considération dans l'appréciation globale de la capacité de travail, qui tient compte des effets réciproques des différentes atteintes. Ainsi, une dysthymie, prise séparément, n'est pas invalidante, mais peut l'être lorsqu'elle est accompagnée d'un trouble de la personnalité notable. Par conséquent, indépendamment de leurs diagnostics, les troubles

psychiques entrent déjà en considération en tant que comorbidité importante du point de vue juridique si, dans le cas concret, on doit leur attribuer un effet limitatif sur les ressources (ATF 143 V 418 consid. 8.1).

c. Le diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) doit être justifié médicalement de telle manière que les personnes chargées d'appliquer le droit puissent vérifier que les critères de classification ont été effectivement respectés. Il suppose l'existence de limitations fonctionnelles dans tous les domaines de la vie (tant professionnelle que privée). Les médecins doivent en outre prendre en considération les critères d'exclusion de ce diagnostic retenus par la jurisprudence (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1 et 2.2). Ainsi, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (ATF 131 V 49 consid. 1.2).

8. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1). La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 ; ATF 115 V 133 consid. 2 ; ATF 114 V 310 consid. 3c ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2).

b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde

sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3).

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

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

d. 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).

e. 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).

---

f. 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).

9. 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).

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).

10. Dans la décision entreprise, se fondant sur l'avis du SMR du 1<sup>er</sup> juin 2017, l'intimé a reconnu au recourant une incapacité de travail de 100 % dans toute activité dès le 20 mai 2014. Considérant que l'état de santé de l'intéressé s'était amélioré, il a retenu que sa capacité de travail était entière, avec une diminution de rendement de 30 %, dès le 1<sup>er</sup> janvier 2016.

Devant la chambre de céans, le recourant invoque des atteintes à la santé d'ordre psychiatrique, neurologique et somatique. D'après l'intéressé, ces atteintes sont

suffisamment invalidantes pour lui reconnaître une pleine incapacité de travail dès le 1<sup>er</sup> janvier 2016. Il convient donc de les examiner successivement.

a. Sur le plan psychique, l'intimé a retenu que le recourant avait présenté un épisode dépressif sévère, totalement incapacitant en raison des limitations fonctionnelles décrites, de juin 2014 à décembre 2015. L'évolution avait été favorable depuis janvier 2016 et la capacité de travail était totale avec une baisse de rendement de 30 % en raison des limitations fonctionnelles. Dans le mesure où cette décision se fonde essentiellement sur l'expertise du Dr E\_\_\_\_\_ du 23 avril 2017, il convient à titre préalable d'examiner si cette expertise a une valeur probante.

En l'occurrence, force est de constater que le rapport du 23 avril 2017 remplit sur le plan formel toutes les exigences auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document. Il contient le résumé du dossier médical, une anamnèse détaillée, les plaintes et données subjectives du recourant, le status clinique, une analyse de la situation du recourant à l'aune des nouveaux indicateurs jurisprudentiels, ainsi qu'une discussion générale du cas, associée aux questions spécifiques de l'OAI. Ses conclusions, qui résultent d'une analyse complète de la situation médicale, sont claires, bien motivées et convaincantes.

Sur le fond, l'expert a retenu le diagnostic, avec répercussion sur la capacité de travail, d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2) ayant évolué du 3 juin 2014 jusqu'au 31 décembre 2015, avec une nette diminution symptomatique compatible avec une dysthymie (F34.1) évoluant depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2016 jusqu'à présent. L'amélioration clinique était objectivée par plusieurs éléments, soit l'arrêt du traitement antidépresseur, le fait que l'assuré avait pu trouver une compagne et le rapport du psychiatre traitant du 12 avril 2016 qui n'avait plus fait état d'un épisode dépressif sévère. Du 3 mars 2014 au 31 décembre 2015, l'expert retenait des limitations fonctionnelles psychiatriques significatives cliniquement, dans le sens d'une anhédonie, d'une aboulie avec ralentissement psychomoteur, de troubles de la concentration, d'un isolement social, en lien avec un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2), alors que depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2016, l'expert ne retenait pas de limitations fonctionnelles significatives dans le contexte d'une intolérance à la frustration, d'une hypersensibilité au stress, des difficultés relationnelles en lien avec un comportement impulsif et dyssocial en lien avec une dysthymie (F34.1) et avec des traits de la personnalité dyssociale non décompensés (Z73.1).

Dans son recours, le recourant conteste une amélioration de son état de santé depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2016, invoquant le fait qu'il est toujours suivi par son psychiatre traitant dans le contexte d'un épisode dépressif sévère. Il fait valoir que, d'après le Dr E\_\_\_\_\_, son état de santé psychique ne pouvait évoluer de manière favorable qu'avec la mise en place d'un certain nombre de traitements et qu'une évaluation dans les six à douze mois était préconisée.

Force est cependant de constater que le recourant fait une lecture erronée de l'expertise du Dr E\_\_\_\_\_. En effet, l'expert explique que l'amélioration clinique de l'intéressé est objectivée par différents éléments, soit l'arrêt du traitement antidépresseur, le fait d'avoir trouvé une nouvelle compagne et l'appréciation de son psychiatre traitant qui, dans son dernier rapport, ne faisait plus mention d'un épisode dépressif. Contrairement à ce que semble indiquer le recourant, l'expert ne conditionne aucunement cette amélioration de son état de santé à la mise en place de traitements particuliers. Il indique en effet uniquement que la mise en place d'une psychothérapie hebdomadaire ciblant son déconditionnement, ses dépendances primaires au cannabis et à la cocaïne et ses traits de la personnalité et d'un traitement antidépresseur à des taux sanguins efficaces pourrait peut-être améliorer la situation psychique et diminuer le risque d'évolution vers un épisode dépressif caractérisé. Or, la possibilité de diminuer un risque de péjoration de l'état de santé pour le futur n'a aucune incidence sur le constat d'une amélioration de sa situation depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2016. À relever d'ailleurs que, d'après l'expertise, le recourant garde de bonnes capacités et ressources personnelles (il arrive à lire, à conserver des liens sociaux, à conduire la voiture, à partir en vacances avec sa copine). Il est par ailleurs soutenu par plusieurs membres de sa famille, ainsi que par des amis. Au demeurant, s'il ressort certes de l'expertise que la situation du recourant devait être réévaluée dans les six à douze mois, force est de constater que le psychiatre traitant du recourant a rendu un nouveau rapport en date du 19 juillet 2019, dans lequel il n'est nullement fait mention d'un épisode dépressif.

Dans ces conditions, il convient de retenir que le recourant n'a pas été en mesure de faire valoir d'éléments pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert. La chambre de céans constate par ailleurs que l'amélioration de l'état de santé psychique concorde avec l'avis du psychiatre traitant, tel qu'exprimé dans ses rapports des 12 avril 2016 et 19 juillet 2019. En effet, après avoir posé le diagnostic d'épisode dépressif majeur depuis juin 2014 dans ses rapports des 18 août 2014, 17 décembre 2014 et 8 septembre 2015, ce diagnostic n'a plus été confirmé dans ses rapports ultérieurs (rapports des 12 avril 2016 et 19 juillet 2019). L'appréciation du psychiatre traitant diffère certes de celle de l'expert s'agissant des autres affections psychiques. En effet, contrairement à l'expert, le Dr B\_\_\_\_\_ a retenu un trouble de la personnalité, ainsi que des troubles de l'adaptation. Or, l'expert a expliqué de manière convaincante la raison pour laquelle il ne retenait pas ces diagnostics. S'agissant du trouble de la personnalité, il a précisé que, de longue date, l'assuré ne présentait pas de comportements durables et stables nettement disharmonieux dans plusieurs secteurs de fonctionnement. Par ailleurs, dans la mesure où l'assuré avait pu travailler à 100 % durant plusieurs moments sans limitations significatives, il n'était pas possible de retenir un trouble grave de la personnalité. L'expert avait ainsi retenu des traits de la personnalité dyssociale, actuellement non décompensés. Quant au trouble de l'adaptation mentionné par le psychiatre traitant, l'expert a expliqué que la présence d'un tel trouble devait être exclue selon les critères diagnostiques de la CIM-10, dès lors que le recourant

présentait un état de perturbation émotionnelle qui se situait dans le contexte d'une probable dysthymie. Aucun élément du dossier ne vient contredire cette appréciation. Le diagnostic de trouble de l'adaptation, posé sans motivation par le Dr B\_\_\_\_\_ dans son rapport du 19 juillet 2019, ne justifie en tout cas pas de se distancer de l'expertise sur ce point.

Il en va de même du diagnostic de cyclothymie mentionné par le psychiatre traitant pour la première fois – et sans explication – dans son rapport du 19 juillet 2019. Outre le fait qu'il ne trouve aucun appui dans le dossier, force est de constater avec l'intimé que, d'après la description du CIM-10, il s'agit d'une instabilité persistante de l'humeur, comportant de nombreuses périodes de dépression ou d'exaltation légère (hypomanie), mais dont aucune n'est suffisamment sévère ou prolongée pour justifier un diagnostic de trouble affectif bipolaire (F31) ou de trouble dépressif récurrent (F33). Il est ainsi douteux que ce trouble psychique puisse à lui seul être considéré comme invalidant. À noter que le médecin ne précise pas depuis quand dure cette atteinte, se limitant à indiquer que « ces derniers mois » l'humeur de son patient était fluctuante et labile (cf. rapport du Dr B\_\_\_\_\_ du 19 juillet 2019). Or, c'est le lieu de rappeler que, de jurisprudence constante, le juge apprécie en règle générale la légalité des décisions entreprises d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; ATF 132 V 215 consid. 3.1.1). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; ATF 130 V 130 consid. 2.1).

Dans ces conditions, il y a lieu de retenir que le rapport du Dr E\_\_\_\_\_ du 23 avril 2017 dispose d'une pleine valeur probante et que, sur le plan psychique, l'état de santé du recourant s'est amélioré depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2016. Tenant compte des limitations fonctionnelles décrites par l'expert (intolérance à la frustration, hypersensibilité au stress et difficultés relationnelles), le recourant dispose ainsi d'une capacité de travail de 100 %, avec une baisse de rendement de 30 %, dans toute activité.

b. Sur le plan neurologique, le recourant invoque des céphalées bilatérales invalidantes. La chambre de céans constate à cet égard qu'à teneur du dossier, l'intéressé n'a toujours pas commencé de traitement préventif alors qu'une telle mesure avait déjà été proposée par la Dresse E\_\_\_\_\_ en 2017 (cf. rapport médical de la Dresse E\_\_\_\_\_ du 29 juin 2017). Quoi qu'il en soit, questionnée à ce sujet par l'intimé, la Dresse E\_\_\_\_\_ a clairement exclu le caractère invalidant des céphalées dont souffre le recourant et conclu à l'absence de limitations fonctionnelles sur le plan neurologique (rapport médical AI du 3 décembre 2018). Faute d'appréciation divergente d'un autre médecin, la chambre de céans n'a aucune raison de s'écarter des conclusions de la neurologue traitante du recourant.

c. Quant au volet somatique, le recourant invoque des troubles lombaires. Dans son rapport du 12 juillet 2019, le Dr G\_\_\_\_\_ pose le nouveau diagnostic de spondylarthropathie étagée sans évidence de maladie rhumatologique ou de hernie.

---

Il a retenu que ces douleurs étaient responsables de troubles du sommeil traités par Trittico. Il a également observé des céphalées de type migraine associées à une microangiopathie précoce, précisant que ces troubles étaient décrits comme invalidants par le recourant. Questionné par la chambre de céans au sujet du caractère invalidant du nouveau diagnostic de spondylarthropathie étagée, le médecin a relevé qu'il s'agissait d'un diagnostic fréquent et banal n'entraînant aucune incapacité de travail, ni limitations fonctionnelles. La chambre de céans se ralliera sur ce point à l'appréciation de ce médecin. Le fait que le recourant considère ses douleurs comme étant invalidantes, ce qui a du reste été rapporté par le Dr G\_\_\_\_\_ dans son avis du 12 juillet 2019, ne suffit pas pour justifier une invalidité. En effet, dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation de douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation de ce droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_7/2014 du 27 mars 2014 consid. 4.2.2).

Sur la base des pièces médicales au dossier, il convient donc de retenir que, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2016, les atteintes d'ordre psychologique, neurologique et somatique du recourant ne sont pas propres à limiter sa capacité de travail. Il est ainsi suffisamment établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que, depuis cette date, le recourant a une pleine capacité de travail, avec une baisse de rendement de 30 %, comme l'a retenu l'intimé dans la décision querellée.

11. Un taux d'invalidité de 30 % étant trop faible pour ouvrir le droit à une rente, il reste à déterminer si le recourant peut prétendre à une mesure d'ordre professionnel.

- a. Selon l'art. 8 al. 1<sup>er</sup> 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 1<sup>er</sup> 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).

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).

b. Selon l'art. 17 al. 1 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. Est réputé invalide au sens de cette disposition, celui qui n'est pas suffisamment réadapté, l'activité lucrative exercée jusque-là n'étant plus raisonnablement exigible ou ne l'étant plus que partiellement en raison de la forme et de la gravité de l'atteinte à la santé. Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de 20 % environ (ATF 139 V 399 consid. 5.3 p. 403 ; 130 V 488 consid. 4.2 p. 489 et les références).

Avant de réduire ou de supprimer une rente d'invalidité, l'administration doit donc examiner si la capacité de travail résiduelle médico-théorique mise en évidence sur le plan médical permet d'inférer une amélioration de la capacité de gain et, partant, une diminution du degré d'invalidité ou s'il est nécessaire au préalable de mettre en œuvre une mesure d'observation professionnelle (afin d'examiner l'aptitude au travail, la résistance à l'effort, etc.) et/ou des mesures légales de réadaptation. Dans la plupart des cas, cet examen n'entraînera aucune conséquence particulière, puisque les efforts que l'on peut raisonnablement exiger de la personne assurée - qui priment sur les mesures de réadaptation - suffiront à mettre à profit la capacité de gain sur le marché équilibré du travail dans une mesure suffisante à réduire ou à supprimer la rente. Il n'y a ainsi pas lieu d'allouer de mesures de réadaptation à une personne assurée qui disposait déjà d'une importante capacité résiduelle de travail, dès lors qu'elle peut mettre à profit la capacité de travail nouvellement acquise dans l'activité qu'elle exerce actuellement ou qu'elle pourrait normalement exercer (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_163/2009 du 10 septembre 2010 consid. 4.2.2 [SVR 2011 IV n° 30 p. 86, RSAS 2011 p. 71]).

On rappellera encore qu'il n'existe pas un droit inconditionnel à obtenir une mesure professionnelle (voir par ex. arrêt du Tribunal fédéral 9C\_385/2009 du

---

13 octobre 2009). Il faut également relever que si une perte de gain de 20 % environ ouvre en principe droit à une mesure de reclassement dans une nouvelle profession (ATF 124 V 108 consid. 2b et les arrêts cités), le pourcentage étant calculé selon les mêmes principes que ceux appliqués lors de la détermination du degré d'invalidité dans le cas du droit à une rente (RCC 1984, p. 95 et VSI 2000, p. 63), la question d'une quotité minimale reste ouverte s'agissant des autres mesures d'ordre professionnel prévues par la loi (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C\_464/2009 du 31 mai 2010 et 9C\_385/2009 du 13 octobre 2009).

c. Aux termes de l'art. 18 al. 1 LAI, l'assuré présentant une incapacité de travail (art. 6 LPGa) et susceptible d'être réadapté a droit : à un soutien actif dans la recherche d'un emploi approprié (let. a) ; à un conseil suivi afin de conserver un emploi (let. b).

En l'occurrence, comme exposé ci-avant, les limitations fonctionnelles décrites par l'expert psychiatre n'empêchent pas le recourant de poursuivre l'emploi qu'il exerçait avant le début de l'atteinte à sa santé. Elles ne réduisent pas non plus le champ des activités possibles. Dans cette mesure, on ne saurait retenir qu'une mesure professionnelle serait de nature à maintenir ou à améliorer la capacité de gain du recourant. Le droit à des mesures professionnelles doit dès lors lui être dénié pour cette raison déjà. Les perspectives d'une réadaptation professionnelle apparaissent par ailleurs compromises d'un point de vue subjectif (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C\_359/2009 du 26 mars 2010 consid. 6.2). En effet, dans son recours devant la chambre de céans, l'intéressé fait valoir que ses troubles et limitations fonctionnelles l'empêchent de reprendre un travail. D'après le recourant, il ne peut « mener une vie normale » et « reprendre une quelconque activité professionnelle » (cf. recours du 11 mars 2019). Il ressort par ailleurs de l'expertise du Dr E\_\_\_\_\_ que le recourant présente une motivation très faible pour une formation ou pour une réinsertion professionnelle (expertise, p. 31) et que sa coopération semblait nulle pour une réadaptation professionnelle (expertise, p. 33). Quant au droit à une aide au placement, évoqué par le Dr E\_\_\_\_\_ dans son expertise, il doit également être dénié au recourant dans la mesure où il n'apparaît pas que les limitations liées à son état de santé l'entraveraient dans ses démarches pour retrouver un emploi.

Le recours doit partant également être rejeté sur ce point.

12. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté.

Un émolument de CHF 200.- sera mis à la charge du recourant (art. 69 al. 1bis LAI).

\* \* \* \* \*

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

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

La greffière

La présidente

Marie NIERMARÉCHAL

Eleanor McGREGOR

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