

# GE\_GERICHTE A/1260/2024 vom 4. März 2025

GE Cour de justice, 2025-03-04, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_1260\\_2024](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1260_2024)

FR: GE\_GERICHTE A/1260/2024 du 4 mars 2025

IT: GE\_GERICHTE A/1260/2024 del 4 marzo 2025

## Erwägungen

### E. 1

er novembre 2018, en raison de pression et d'humiliation professionnelles dans un contexte de mobbing . c. Le 27 mai 2019, l'assuré a informé l'OAI qu'il allait mieux et avait trouvé un emploi aux E\_\_\_\_\_ (ci-après : E\_\_\_\_\_ ) dès le 1 er juin 2019. Sa demande AI n'avait plus de raison d'être et il ne préférait pas qu'elle demeure ouverte de peur qu'elle lui porte ombrage dans son nouveau poste. d. Par décision du 16 août 2019, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré, au motif qu'il avait retrouvé sa pleine capacité de travail dans son activité habituelle dès le 11 mai 2019. e. Dès le 22 février 2022, l'assuré s'est retrouvé à nouveau en arrêt de travail. f. Le 30 mai 2022, il a été licencié par les E\_\_\_\_\_ avec effet au 31 août 2022, pour motif d'inaptitude au poste. C. a. Le 31 août 2022, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI. b. Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'OAI a reçu les documents médicaux suivants : - un rapport du 17 novembre 2022 du Dr D\_\_\_\_\_ et de la docteure F\_\_\_\_\_, médecin interne en psychiatrie auprès de ce dernier, retenant le diagnostic d'épisode dépressif majeur d'intensité moyenne (F32.1) ; la prise en charge psychiatrique avait débuté le 27 avril 2018 et était composée d'un suivi psychothérapeutique hebdomadaire, d'un suivi médical mensuel par un psychiatre et d'un traitement d'antidépresseur (Duloxetine 30 mg) et d'un antipsychotique (Olanzapine 5 mg) en réserve ; l'évolution était lentement favorable, mais il était trop tôt pour se prononcer sur le pronostic pour une reprise de l'activité ; la capacité de travail était nulle dans toute activité depuis le 10 février 2022 ; - un rapport du 12 janvier 2023 du docteur G\_\_\_\_\_, médecin généraliste de l'assuré, indiquant que ce dernier présentait un trouble anxieux (F41.9) avec des troubles de l'attention et de la concentration et une évolution vers un état labile de l'humeur ; il avait du mal à se concentrer sur une tâche et sa capacité de travail était de 100% dans une activité adaptée ; pour le surplus, il était renvoyé aux rapports des psychiatres traitants ; - un rapport du 23 mars 2023 des Drs F\_\_\_\_\_ et D\_\_\_\_\_ précisant que l'assuré avait été en incapacité de travail totale du 1 er novembre 2018 au 1 er juin 2019, puis à nouveau dès le 22 février 2022 ; en 2018 et 2019, il avait présenté un épisode dépressif sévère, avec symptôme psychotiques (F32.3) ; lors du dernier examen, l'assuré rapportait des ruminations anxieuses, ponctuellement de la tristesse, une diminution de l'appétit de l'insomnie, de l'irritabilité et une baisse des intérêts habituels ; pour le reste, l'examen psychiatrique était sans particularités, notamment sans phénomènes psychotiques ; actuellement, le diagnostic était un trouble dépressif récurrent, d'intensité moyenne (F33.1) ; il y avait une réserve quant à la capacité de travail dans l'activité habituelle, l'assuré n'étant en l'état pas en mesure de retourner sur son lieu de travail ; dans deux à trois mois, sa capacité de travail devrait être bonne dans une activité adaptée, à 50% pour commencer ; le pronostic était réservé et l'état de l'assuré stationnaire ; il était en mesure de suivre une mesure de réadaptation professionnelle pour changer de métier et était motivé à travailler ; il exprimait son besoin de réorientation professionnelle,

par exemple dans le domaine social, et le fait qu'il fonctionnait mieux avec un cadre, raison pour laquelle il désirait s'investir dans une orientation professionnelle ; les limitations fonctionnelles faisant obstacle à la réadaptation professionnelle étaient la difficulté de concentration, les ruminations, l'irritabilité, la fatigabilité et le manque d'initiative. c. L'OAI a mis en œuvre deux mesures d'intervention précoce en faveur de l'assuré, sous la forme d'une formation d'auxiliaire de la petite enfance auprès de l'association genevoise des professions paramédicales (ci-après : AGPP), dispensée du 14 avril au 30 juin 2023, et d'une mesure d'orientation professionnelle auprès de l'association d'orientation et de réinsertion professionnelle The YOLO Factory, dans le cadre d'un stage dans une crèche. d. Dans un avis du 13 avril 2023, la docteure H\_\_\_\_\_, médecin auprès du service médical régional (ci-après : SMR) de l'OAI a résumé les rapports reçus dans le cadre de l'instruction du dossier et proposé de demander une expertise psychiatrique avec un bilan neuropsychologique et des tests de quotient intellectuel (ci-après : QI). e. Cette expertise a été confiée au docteur I\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, en collaboration avec Madame J\_\_\_\_\_, psychologue. Dans son rapport du 29 août 2023, établi après six heures d'entretien les 12 juillet et 9 août 2023 avec l'assuré, le Dr I\_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de trouble dépressif récurrent moyen avec syndrome somatique (F33.11) présent depuis juillet 2022 au présent et, sans répercussion sur la capacité de travail, de traits de la personnalité émotionnellement labile et anxieuse (Z73.1) actuellement non décompensée et de trouble de l'attention avec hyperactivité (F90), surtout durant l'enfance, sans impact dans le quotidien. Les limitations fonctionnelles, à savoir la fatigue et la tristesse, étaient légères et subjectives, ne se présentaient pas de manière uniforme dans tous les domaines et demeuraient sans impact significatif. L'assuré ne suivait pas le traitement antidépresseur prescrit. La capacité de travail était de 70% dans toute activité. f. Par avis du 10 octobre 2023, la Dre H\_\_\_\_\_ a résumé les conclusions de l'expertise et retenu que le début de l'incapacité de travail, tel qu'indiquée dès la page 28 du rapport d'expertise, soit juillet 2022, résultait d'une erreur de plume, dès lors que l'expert se référait à février 2022 dans son argumentaire des pages précédentes. Ainsi, en concordance avec le psychiatre traitant, l'expert avait retenu un épisode dépressif moyen depuis février 2022. Le début de l'incapacité de travail était donc fixé au 10 février 2022. Pour le surplus, elle suivait les conclusions de l'expertise. g. Dans un rapport du 8 novembre 2023, le Dr D\_\_\_\_\_ a posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptôme psychotique (F33.3), en rémission partielle. L'évolution avait été progressivement favorable par rapport aux symptômes psychotiques, avec une thymie qui restait basse depuis plusieurs mois et était stationnaire. Le pronostic était réservé. Les limitations fonctionnelles se présentaient sous forme d'épisodes d'anhédonie, d'avolition, de fatigue et d'anxiété qui entravaient la bonne exécution de ses activités. L'assuré avait commis des erreurs professionnelles dues à une anxiété marquée qui altérait ses capacités professionnelles et de jugement et il n'avait plus confiance en lui. Ces erreurs avaient péjoré ses relations avec ses collègues qui ne lui faisaient plus confiance et lui faisaient des reproches. Toutes ces difficultés professionnelles étaient la base de sa symptomatologie dépressive. L'assuré avait très peur de retourner dans ce contexte et de répéter une nouvelle fois ces erreurs, malgré ses changements d'employeurs. Son état de santé avait nécessité la mise en place d'un traitement neuroleptique incompatible avec l'utilisation de machines, étant précisé que pour un usage personnel et de courte durée l'utilisation d'un véhicule privé était encore possible. La capacité était toutefois conservée dans d'autres domaines, comme par exemple dans le social. Dans des environnements

stressants, l'assuré avait tendance à adopter un style d'affirmation de soi inhibé ou manipulateur pour essayer de plaire à tout le monde et garder bonne figure, s'efforçant alors de tenir jusqu'à ce que sa santé physique ou psychique lâche. Il était de nature sociable et régulièrement en contact avec ses amis. Il était important pour lui de se sentir entouré et soutenu, et il parvenait à entretenir des contacts espacés mais réguliers avec sa mère et ses frères et sœurs, bien que sa famille soit décrite comme dysfonctionnelle. Il avait une baisse de l'appétit marquée et un sommeil irrégulier. La capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle et progressivement de 20 à 50% dans une activité adaptée. h. Dans un rapport de clôture du 16 janvier 2024, la division réadaptation de l'OAI a estimé, après comparaison des revenus, qu'il n'était pas possible de réduire le dommage de manière simple et adéquate par des mesures de réadaptation. Cela aurait impliqué un reclassement dans une activité tertiaire avec un niveau de salaire nécessitant une formation longue et exigeante que l'assuré ne pourrait pas mener à bien, compte tenu de son niveau scolaire et intellectuel. i. Le 19 janvier 2024, l'OAI a rendu un projet de décision selon lequel il prévoyait de rejeter la demande de prestations. Le statut de l'assuré était celui d'une personne se consacrant à plein temps à son activité professionnelle. À l'issue de l'instruction médicale, l'incapacité de travail était de 30% dans toute activité dès le 10 février 2022 (début du délai d'attente). Après comparaison des revenus de valide et d'invalidé, la perte de gain s'élevait à 26% en 2023 et à 34% en 2024. Le taux d'invalidité étant inférieur à 40%, l'assuré n'avait pas de droit à une rente. De plus, des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées dans sa situation. j. Par pli du 20 février 2024, l'assuré a informé l'OAI qu'il s'opposait à ce projet. L'OAI n'expliquait pas en quoi des mesures d'ordre professionnel n'étaient pas indiquées. En outre, l'expertise psychiatrique ne respectait pas les réquisits jurisprudentiels dès lors où elle minimisait les conséquences de son trouble attentionnel. Il se référait au rapport du 8 novembre 2023 du Dr D\_\_\_\_\_. k. Par avis du 27 février 2024, la Dre H\_\_\_\_\_ a estimé que les éléments rapportés dans le rapport du 8 novembre 2023 du psychiatre traitant étaient superposables à ceux mentionnés dans son rapport du 23 mars 2023, sans éléments objectifs d'aggravation de l'état de santé. Le Dr D\_\_\_\_\_ semblait ainsi faire une appréciation différente d'un même état de fait. Aussi, les conclusions prises le 10 octobre 2023 demeuraient valables. l. Par décision du 28 février 2024, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré, confirmant son projet du 19 janvier 2024. D. a. Par acte du 15 avril 2024, l'assuré, par l'intermédiaire d'un mandataire professionnel, a interjeté recours auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice contre cette décision, concluant, sous suite de frais et dépens, à son annulation et à l'octroi de mesures de réorientation professionnelle, subsidiairement, à l'octroi d'une rente d'invalidité complète dès le 1<sup>er</sup> février 2022. Il a sollicité la tenue d'une audience de comparution personnelle, ainsi que la mise en œuvre d'une nouvelle expertise psychiatrique. Il a fait valoir que le rapport d'expertise n'avait pas de valeur probante. Dans sa synthèse du dossier, l'expert faisait l'impasse sur les pièces médicales figurant au dossier AI entre 1997 et 2009, son résumé sur cette période était succinct, il avait renoncé, à tort, à effectuer un examen neuropsychologique sur la base des résultats obtenus lors du test des matrices de Raven, alors même qu'il retenait un diagnostic de trouble de l'attention avec hyperactivité, surtout durant l'enfance, sans impact dans le quotidien. En outre, en concluant à une capacité de travail de 70% dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée, on ne comprenait pas ce qu'il entendait par activité adaptée. Enfin, l'expert avait fixé le début de l'incapacité au mois de juillet 2022, alors qu'il était en arrêt depuis le mois de février 2022. Or, son psychiatre traitant avait bien exposé, dans son rapport du 8 novembre 2023, les difficultés

professionnelles vécues dans son activité habituelle, difficultés qui étaient la base de sa symptomatologie dépressive et anxieuse. Par ailleurs, l'intimé lui refusait toute mesure de réadaptation au prétexte que cette démarche était issue d'un choix personnel et non en lien à son état médical, alors même qu'il avait fait deux burnout en 2018 et 2022. b. Dans sa réponse du 14 mai 2024, l'intimé a conclu au rejet du recours. Selon l'expert, les limitations fonctionnelles du recourant étaient légères et essentiellement subjectives, elles n'étaient pas uniformes dans tous les domaines et n'avaient pas d'impact significatif. Le recourant disposait de ressources mobilisables pour assumer son quotidien de façon autonome et entretenir ses relations amicales et ses activités de loisirs. Selon l'expert, la capacité de travail était de 70% dans toute activité, y compris dans l'activité de référence. L'expertise psychiatrique administrative avait pleine valeur probante. S'agissant du début de l'incapacité de travail, le SMR avait précisé qu'une erreur de plume s'était glissée dans le rapport d'expertise et que la date à retenir pour le début de l'incapacité était le mois de février 2022, en concordance avec le psychiatre traitant. Les éléments médicaux pour la période de 1997 à 2009, faisant état de tous les diagnostics, avaient été mis à disposition de l'expert. S'agissant du bilan neuropsychologique, l'expert avait expliqué les raisons pour lesquelles cet examen s'avérait inutile. Concernant le rapport 8 novembre 2023 du psychiatre traitant, le SMR en avait pris connaissance et avait indiqué qu'il était superposable à celui établi par le même médecin en mars 2023 et n'apportait pas d'élément objectif permettant d'admettre une aggravation de l'état de santé de l'intéressé, de sorte que les conclusions de l'expertise demeuraient valables. Quant aux mesures de réadaptation, son service compétent s'était prononcé sur le cas du recourant, estimant, après avoir établi son degré d'invalidité, qu'il n'était pas possible de réduire le dommage de manière simple et adéquate par des mesures de réadaptation, car cela impliquait un reclassement dans une activité tertiaire avec un niveau de salaire nécessitant une formation longue et exigeante que le recourant ne pouvait mener à bien compte tenu de son niveau scolaire et intellectuel. L'intéressé ne pouvait prétendre à une formation d'un niveau supérieur à celui de son ancienne activité. Enfin, les limitations fonctionnelles retenues, jugées peu contraignantes, n'empêchaient pas le recourant d'exercer sa profession et un changement d'orientation professionnelle ne constituait pas une nécessité dictée par l'invalidité. Au demeurant, les conditions pour la mise en place d'une mesure de reclassement n'étaient pas réunies. c. Par écriture du 7 juin 2024, le recourant a persisté dans ses conclusions, réitérant sa demande de comparution personnelle. La date du début de l'incapacité de travail au mois de juillet 2022, telle que retenue par l'expert, ne paraissait pas être une erreur de plume, contrairement à ce que pensait l'intimé, dès lors, notamment, que l'expert avait mentionné cette date à maintes reprises dans son rapport. Concernant la réalisation du bilan neuropsychologique, la motivation de l'expert pour nier son utilité n'était pas fondée car le test de Raven ne servait pas à mesurer des troubles de l'attention et de la concentration. En outre, l'intimé accordait du crédit au résultat dudit test effectué par l'expert, concluant à des capacités de concentration et intellectuelles au-dessus de la moyenne, mais refusait de lui accorder une mesure de réadaptation compte tenu de son niveau scolaire et intellectuel. Il produirait, dès réception, les éléments médicaux sollicités auprès du médecin-conseil des E\_\_\_\_\_. Le recourant a transmis un nouveau rapport du Dr D\_\_\_\_\_, ainsi qu'un certificat médical établi par le même médecin, tous deux datés du 30 avril 2024. Selon ce rapport, le patient avait suivi plusieurs traitements médicamenteux depuis le début de son suivi psychiatrique. Au début, il s'était vu prescrire un traitement antidépresseur et contre l'anxiété, puis ce traitement avait été changé en raison de la non-réponse et d'une aggravation de la

symptomatologie. Par la suite, une symptomatologie psychotique du type délire de persécution en accompagnement de la symptomatologie dépressive avait été constatée, de sorte que des traitements neuroleptiques et antipsychotiques avaient également été prescrits. Le diagnostic retenu par l'expert ne tenait pas compte de l'anamnèse du patient, dont l'état était plus grave plusieurs semaines avant l'expertise et qui avait obtenu une rémission partielle grâce au traitement prescrit. Il ne partageait pas les conclusions de l'expert quant aux limitations fonctionnelles psychiques, lesquelles étaient importantes, empêchaient totalement l'intéressé de travailler dans son activité habituelle et partiellement dans une activité adaptée, soit pas plus de deux ou trois heures de travail par jour. Un examen neuropsychologique aurait été susceptible de confirmer les suspicions d'existence d'un trouble du déficit de l'attention et d'un trouble envahissant de la personnalité, mais son propre diagnostic devrait être suffisant pour accepter l'invalidité, du moins partielle, du patient. Bien que son état demeurerait très fragile, au vu de son jeune âge, des mesures de réadaptation devraient être tentées dans une activité adaptée, comme par exemple dans un travail social. Dans le certificat médical produit, le psychiatre traitant a attesté la présence de troubles de l'attention, avec hyperactivité (ci-après : TDHA) et de l'anxiété conséquents, entraînant une difficulté au quotidien. Il soutenait ainsi, dans le cadre d'examens, la mise en place d'aménagements, à savoir structurer le temps en séquençant le travail à faire en fractions adéquates et en laissant plus de temps, et prévoir des pauses régulières, en plus de 25% de temps supplémentaires recommandés. d. Par écriture du 5 juillet 2024, l'intimé a maintenu ses conclusions et réitéré ses arguments. Il s'appuyait sur l'avis du 26 juin 2024 de la Dre H\_\_\_\_\_ du SMR, joint à son écriture. Dans cet avis, la Dre H\_\_\_\_\_ a estimé que les dernières pièces produites par le recourant n'apportaient pas d'élément médical objectif susceptible de remettre en cause les dernières conclusions émises. Le psychiatre traitant ne donnait pas de renseignement sur l'observance thérapeutique alors qu'en août 2023, le recourant rapportait ne pas prendre son traitement, ce qui était confirmé par des taux sanguins indétectables des antidépresseurs et neuroleptiques prescrits depuis 2018. Le psychiatre traitant, comme l'expert, n'estimait pas nécessaire de soumettre le recourant à un bilan neuropsychologique, les critères nosologiques étant remplis pour retenir le diagnostic de TDAH, dont l'intensité ne justifiait pas de traitement ciblé. Comme par le passé, le psychiatre traitant attestait d'une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle et une capacité de travail de deux à trois heures dans une activité adaptée, en raison de limitations fonctionnelles psychiques qu'il estimait importantes, sans toutefois discuter les indices de gravité jurisprudentiels. En outre, il considérait qu'il existait un potentiel de réadaptation dans une activité dans le domaine social, ce qui paraissait discordant avec un état de santé psychique jugé fragile par ce même médecin. Il existait ainsi plusieurs incohérences dans les propos du psychiatre traitant et, quoi qu'il en était, la traduction en terme de métier d'une capacité de travail médico-théorique n'était pas de la compétence médicale. e. Le 15 août 2024, le recourant a maintenu ses conclusions, ajoutant, à titre encore plus subsidiaire, à ce que la cause soit renvoyée à l'intimé pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise psychiatrique auprès d'un autre expert, si la chambre de céans devait estimer que l'instruction de la demande était incomplète. Il s'est référé aux divers rapports des médecins-conseils des E\_\_\_\_\_, les docteurs K\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et L\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale, qu'il a versés à la procédure pour motiver son incapacité de travail totale dans son activité habituelle. Il a réitéré ses griefs à l'encontre du rapport d'expertise psychiatrique du Dr I\_\_\_\_\_, lequel avait retenu que la seule incohérence consistait dans le fait qu'il demandait une rente

d'invalidité à 100% d'un point de vue psychiatrique, dans un contexte d'absence de limitations fonctionnelles significatives mais uniquement légères et essentiellement subjectives, alors qu'il sollicitait en réalité l'octroi de mesures de réadaptation, ce qu'il avait expressément répété lors de son entretien. En outre, il n'y avait aucune raison justifiant l'absence de réalisation d'un examen neuropsychologique, alors que cet examen avait été requis lors du mandat d'expertise. Par ailleurs, la division réadaptation de l'intimé avait relevé, à la suite d'un entretien le 9 janvier 2023 avec lui, qu'il avait eu des avertissements aux E\_\_\_\_\_ où on lui avait dit qu'il était dangereux car ce métier n'était pas fait pour lui, qu'il se sentait rabaisé car ses collègues lui faisaient des remarques, et que chez B\_\_\_\_\_, où il avait travaillé entre 2018 et 2019, il avait rencontré les mêmes problématiques de stress et de pression qu'aux E\_\_\_\_\_. Au cours de son expérience professionnelle chez B\_\_\_\_\_, il avait connu un burnout et, dans ce contexte, déposé une demande de prestation. Il a également produit son certificat de travail du 16 avril 2024 établi par les E\_\_\_\_\_ faisant état de son inattention. Ainsi, il était manifeste qu'il était totalement incapable d'exercer son activité habituelle, laquelle n'était plus adaptée à ses limitations fonctionnelles, et que ses problèmes d'attention n'avaient pas été correctement instruits. Ces problèmes, qui avaient déjà été attestés durant son enfance par l'intimé, étaient également attestés par ses médecins traitants et confirmés par son parcours professionnel. Contrairement à ce que retenait la division réadaptation, il ne souhaitait pas obtenir de mesures visant à une formation de niveau supérieur, puisque la formation sollicitée était celle d'assistant socio-éducatif, aboutissant à un CFC, soit un diplôme de même niveau que celui déjà obtenu. f. Par observations du 17 septembre 2024, l'intimé a fait valoir, après avoir pris connaissance des derniers rapports produits par le recourant, que ceux-ci n'étaient pas pertinents pour l'évaluation de la capacité de travail, dès lors qu'ils ne faisaient que reprendre l'avis du psychiatre traitant. Les médecins-conseil de l'employeur n'avaient posé aucun diagnostic, et il n'était pas fait mention de la durée des entretiens ni d'indications sur d'éventuels examens cliniques effectués. Ces rapports étaient antérieurs à l'expertise psychiatrique réalisée dans le cadre de l'instruction du dossier. Il semblait en outre, à la lecture du rapport de juin 2023, que le médecin-conseil souhaitait attendre les conclusions de l'expertise psychiatrique mise en œuvre par l'intimé pour clarifier les atteintes à la santé et se prononcer sur la situation du recourant. Ce dernier ayant été licencié, il n'avait pas pris de positionnement final. Enfin, les rapports produits consistaient en de simples formulaires avec des cases à cocher, n'apportant aucun élément médical objectif susceptible de modifier ses conclusions. g. Copie de cette écriture a été adressée au recourant le 23 septembre 2024.

**EN DROIT**

### **E. 1.1**

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.

### **E. 1.2**

Interjeté en temps utile, le recours est recevable (art. 60 al. 1 LPGA).

### **E. 2**

Le litige porte, conformément aux conclusions du recourant, principalement sur son droit à la prise en charge par l'intimé de mesures d'ordre professionnel et, subsidiairement sur son droit à une rente entière dès le 1<sup>er</sup> février 2022.

### **E. 3**

novembre 2021 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201 ; RO 2021 706) sont entrées en vigueur. En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits ( cf . ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 et la référence). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, est déterminant le moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1<sup>er</sup> janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. Si elle est postérieure au 31 décembre 2021, le nouveau droit s'applique ( cf . arrêt du Tribunal fédéral 9C\_60/2023 du 20 juillet 2023 consid. 2.2 et les références).

#### **E. 3.1**

Le 1<sup>er</sup> janvier 2022, les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705) ainsi que celles du

#### **E. 3.2**

En l'occurrence, la décision querellée, rendue postérieurement au 1<sup>er</sup> janvier 2022, porte sur le droit éventuel du recourant à des mesures d'ordre professionnel et à une rente d'invalidité après cette date, de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur nouvelle teneur en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2022.

### **E. 4**

Conformément aux art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, 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. En vertu de 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). Selon l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

#### **E. 4.1**

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c ; 102 V 165 consid. 3.1 ; VSI 2001 p. 223 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral 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, telle la classification internationale des maladies (ci-après : CIM) ou le DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual) (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 ; 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 ; 130 V 396 consid. 5.3 et 6). 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). 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'AI, 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 (ATF 141 V 281 consid. 2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_756/2018 du 17 avril 2019 5.2.2 et la référence). Ainsi, selon la jurisprudence, en cas de troubles psychiques, la capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant d'évaluer globalement, sur une base individuelle, les capacités fonctionnelles effectives de la personne concernée, en tenant compte, d'une part, des facteurs contraignants extérieurs incapacitants et, d'autre part, des potentiels de compensation (ressources) (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). L'accent doit ainsi être mis sur les ressources qui peuvent compenser le poids de la douleur et favoriser la capacité d'exécuter une tâche ou une action (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_111/2016 du 19 juillet 2016 consid. 7 et la référence). Il y a lieu de se fonder sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4). Catégorie « Degré de gravité fonctionnel » (ATF 141 V 281 consid. 4.3) A. Complexe « Atteinte à la santé » (consid. 4.3.1) Les indicateurs relevant de cette catégorie représentent l'instrument de base de l'analyse. Les déductions qui en sont tirées devront, dans un second temps, résister à un examen de la cohérence (ATF 141 V 281 consid. 4.3). 1. Caractère

prononcé des éléments et des symptômes pertinents pour le diagnostic Les constatations relatives aux manifestations concrètes de l'atteinte à la santé diagnostiquée permettent de distinguer les limitations fonctionnelles causées par cette atteinte de celles dues à des facteurs non assurés. Le point de départ est le degré de gravité minimal inhérent au diagnostic. Il doit être rendu vraisemblable compte tenu de l'étiologie et de la pathogenèse de la pathologie déterminante pour le diagnostic (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.1). L'influence d'une atteinte à la santé sur la capacité de travail est davantage déterminante que sa qualification en matière d'assurance-invalidité (ATF 142 V 106 consid. 4.4). Diagnostiquer une atteinte à la santé, soit identifier une maladie d'après ses symptômes, équivaut à l'appréciation d'une situation médicale déterminée qui, selon les médecins consultés, peut aboutir à des résultats différents en raison précisément de la marge d'appréciation inhérente à la science médicale (ATF 145 V 361 consid. 4.1.2 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C\_212/2020 du 4 septembre 2020 consid. 4.2 et 9C\_762/2019 du 16 juin 2020 consid. 5.2). 2. Succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à ces derniers Le déroulement et l'issue d'un traitement médical sont en règle générale aussi d'importants indicateurs concernant le degré de gravité du trouble psychique évalué. Il en va de même du déroulement et de l'issue d'une mesure de réadaptation professionnelle. Ainsi, l'échec définitif d'une thérapie médicalement indiquée et réalisée selon les règles de l'art de même que l'échec d'une mesure de réadaptation - malgré une coopération optimale de l'assuré - sont en principe considérés comme des indices sérieux d'une atteinte invalidante à la santé. À l'inverse, le défaut de coopération optimale conduit plutôt à nier le caractère invalidant du trouble en question. Le résultat de l'appréciation dépend toutefois de l'ensemble des circonstances individuelles du cas d'espèce (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.2.1.3 et la référence). 3. Comorbidités La présence de comorbidités ou troubles concomitants est un indicateur à prendre en considération en relation avec le degré de gravité fonctionnel (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_650/2019 du 11 mai 2020 consid. 3.3 et la référence). On ne saurait toutefois inférer la réalisation concrète de l'indicateur « comorbidité » et, partant, un indice suggérant la gravité et le caractère invalidant de l'atteinte à la santé, de la seule existence de maladies psychiatriques et somatiques concomitantes. Encore faut-il examiner si l'interaction de ces troubles ayant valeur de maladie prive l'assuré de certaines ressources (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_756/2018 du 17 avril 2019 consid. 5.2.3 et la référence). Il est nécessaire de procéder à une approche globale de l'influence du trouble avec l'ensemble des pathologies concomitantes. Une atteinte qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidante en tant que telle (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_98/2010 du 28 avril 2010 consid. 2.2.2, in : RSAS 2011 IV n° 17, p. 44) n'est pas une comorbidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_1040/2010 du

#### **E. 4.2**

Pour pouvoir trancher le droit aux prestations, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou d'autres spécialistes doivent lui fournir. 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 ; 115 V 133 consid. 2). Ces données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au

comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_713/2019 du 12 août 2020 consid. 5.2). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (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 convient 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 125 V 351 consid. 3 ; 122 V 157 consid. 1c). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 135 V 465 consid. 4.4. et les références ; 125 V 351 consid. 3b/bb). S'agissant de la valeur probante des 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 et les références). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un 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 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\_405/2008 du 29 septembre 2008 consid. 3.2).

### **E. 4.3**

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 et les références ; 126 V 353 consid. 5b et les références ; 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 135 V 39 consid. 6.1 et la référence). Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus

modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 145 I 167 consid. 4.1 et les références ; 140 I 285 consid. 6.3.1 et les références). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst. - RS 101 ; 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 ; 122 V 157 consid. 1d). 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 ; 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 ; 130 V 130 consid. 2.1). Même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit cependant être pris en considération, dans la mesure où il a trait à la situation antérieure à cette date (ATF 99 V 98 consid. 4 et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_269/2018 du 25 juillet 2018 consid. 4.2).

#### **E. 4.4**

En l'espèce, dans la décision litigieuse, l'intimé a retenu une capacité de travail de 70% dans toute activité dès le 10 février 2022, se fondant sur l'avis du SMR, lui-même basé sur le rapport d'expertise psychiatrique du Dr I\_\_\_\_\_. Le recourant conteste cette appréciation. Il se réfère aux rapports de son psychiatre traitant et soutient que sa capacité de travail est nulle dans son activité habituelle.

##### **E. 4.4.1**

Il convient donc de se déterminer sur la valeur probante du rapport d'expertise psychiatrique. On relèvera à titre liminaire que l'existence d'une atteinte psychique ne fait aucun doute, l'avis de l'expert et celui du psychiatre traitant s'opposant uniquement sur l'intensité du trouble dépressif diagnostiqué et sur ses répercussions en termes de capacité de travail. Quel que soit le diagnostic retenu, il convient de rappeler qu'une atteinte psychique, par définition non objectivable, n'est invalidante que si la personne ne dispose pas ou plus des ressources suffisantes pour la surmonter. C'est justement le rôle de l'expert psychiatre d'examiner cet aspect, ce qu'a fait le Dr I\_\_\_\_\_ dans son rapport, qui suit notamment les lignes directrices de qualité des expertises de psychiatrie d'assurances, dans leur teneur au 16 juin 2016, étant précisé que ces lignes directrices ont été qualifiées par le Tribunal fédéral de standard reconnu pour l'expertise psychiatrique et qu'elles sont considérées comme une recommandation à suivre ( cf . arrêt du Tribunal fédéral 8C\_260/2017 du 1 er décembre 2017 consid. 3.3). Sur le plan formel, le rapport d'expertise du Dr I\_\_\_\_\_, établi le 29 août 2023, répond aux exigences posées par la jurisprudence pour qu'on puisse lui accorder une pleine valeur probante. En effet, cette expertise psychiatrique a été conduite par un médecin spécialisé dans ce domaine concerné, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier. L'expert, assisté d'une psychologue, a examiné le recourant préalablement à l'établissement de son rapport, a consigné les renseignements anamnestiques pertinents, recueilli les plaintes du recourant et résumé ses propres constatations. Il a énoncé les diagnostics retenus et répondu à toutes les questions posées. Dans le cadre de l'anamnèse, le Dr I\_\_\_\_\_ a relaté que le recourant avait eu une enfance marquée par des difficultés d'ordre psychique, notamment une dysphasie, un trouble de dysharmonie psychotique et une fragilisation due à son placement en famille d'accueil et en

internat. Il avait suivi sa scolarité obligatoire en école spécialisée avant de débiter une formation d'agent de propreté, qu'il avait finalement interrompue, puis avait accompli un apprentissage de constructeur de voie ferrée, principalement par nécessité financière, et obtenu son CFC en 2015. Il avait ensuite enchaîné des emplois de courte durée. En 2018, il avait subi un burnout lié à une surcharge de travail et du mobbing, entraînant une dépression, avec une amélioration progressive, grâce à un suivi psychiatrique, mais une rechute en 2022. En 2023, il avait réalisé un stage de trois semaines en crèche qui s'était bien déroulé et il envisageait une carrière d'assistant éducateur, préférant un travail en contact avec les enfants et peu technique. La journée type telle que décrite dans le rapport était la suivante : le recourant ne suivait pas de routine stricte depuis qu'il était sans emploi. Il ne mettait pas de réveil, se levait entre 9h00 et 11h00 et se couchait entre minuit et 2h00. Sa journée s'organisait en fonction de ses rendez-vous médicaux, de ses rencontres et promenades avec sa copine, qui vivait à Fribourg, ou avec son meilleur ami. Il s'occupait également de son chat. En dehors de ces occupations, il passait beaucoup de temps sur son téléphone ou devant la télévision. Il pratiquait occasionnellement du sport avec un groupe d'amis. Auparavant, il se rendait à la Cité des métiers pour rédiger des lettres de motivation, mais il n'avait plus de véritable structure quotidienne depuis son chômage. Malgré des difficultés de concentration liées à son usage excessif du téléphone et une utilisation fréquente des réseaux sociaux, il avait plusieurs autres activités (lecture occasionnelle de bandes dessinées ou de mangas à la bibliothèque, écoute de musique, visionnage de séries et films, sorties au restaurant fast-food une fois par mois et, plus rarement, séances de cinéma). Il était parti au Cap-Vert avec une cousine à l'été 2022, puis à Cuba avec une amie en novembre-décembre 2022, et il envisageait un séjour de quatre jours à Paris avec sa copine fin août 2023. L'expert a noté que l'intéressé gérait seul son quotidien (courses, préparation de ses repas, ménage et tâches administratives simples), sauf pour l'administratif complexe pour lequel il était aidé par un service social. Il disposait d'un réseau relationnel relativement stable, composé de son meilleur ami et de sa copine, avec qui il passait l'essentiel de son temps, ainsi que de quelques contacts plus occasionnels avec d'autres amis et sa famille. Selon l'expert, il trouvait du plaisir principalement dans ses interactions sociales, bien qu'il présentait une anhédonie partielle depuis février 2022, et son principal soutien provenait de son meilleur ami, de son psychiatre traitant et du service social qui l'accompagnait. Sur le fond, le Dr I \_\_\_\_\_ a examiné la présence des différents symptômes permettant de retenir le diagnostic de trouble dépressif. Dès lors que l'intéressé présentait plus de deux symptômes typiques et plus de trois symptômes « autres », le diagnostic d'épisode dépressif moyen pouvait être retenu. Le spécialiste a soumis l'expertisé à des tests psychométriques, lesquels ont abouti à des échelles concordantes, sans exagération de la symptomatologie thymique subjective. Il a estimé que dès lors que le score obtenu au test des Matrices de Raven était compatible avec des capacités de concentration et intellectuelles au-dessus de la moyenne, concordant avec le niveau d'acquisition et discordant avec des troubles de la concentration ou cognitifs, il était inutile de réaliser un examen neuropsychologique. Il ressort en outre du rapport qu'il a effectué une analyse des indicateurs jurisprudentiels pertinents. Ainsi, sous l'angle de la catégorie « Degré de gravité fonctionnel », complexes A « Atteinte à la santé » et B « Personnalité », l'expert a retenu les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de trouble dépressif récurrent moyen avec syndrome somatique depuis juillet 2022 au présent (F33.11) et, sans répercussion sur la capacité de travail, de traits mixtes de la personnalité émotionnellement labile de type impulsif et anxieuse (Z73.1), « actuellement non

décompensé » et de trouble de l'attention avec hyperactivité (F90) « surtout durant l'enfance ». Le Dr I\_\_\_\_\_ a objectivé des limitations psychiatriques seulement légères, sous forme de tristesse et de fatigue subjective. Il n'a pas constaté de ralentissement psychomoteur, de trouble de la concentration, étant relevé que l'intéressé pouvait faire ses tâches administratives légères, que l'anhédonie était très partielle dès lors qu'il passait des bons moments avec des amis et sa copine, rencontrée durant ses arrêts maladie, et durant ses vacances. S'agissant du traitement, l'intéressé avait un suivi bimensuel auprès de son psychiatre, un suivi hebdomadaire auprès de son psychologue, ainsi qu'un traitement médicamenteux composé de Cymbalta (duloxétine) 60 mg par jour, de Temesta 1 mg en réserve et de Zyprexa (olanzapine) 2.5 mg par jour depuis le début de l'arrêt maladie, étant toutefois souligné qu'après l'obtention des résultats d'une prise de sang réalisée le 12 juillet 2023, indiquant un taux de duloxétine et d'olanzapine indétectable, l'intéressé avait admis qu'il ne suivait pas son traitement médicamenteux, de sorte que la compliance audit traitement était considérée comme nulle. L'évolution des troubles psychiques était retenue comme globalement stationnaire depuis juillet 2022, sans traitement antidépresseur et sans hospitalisation psychiatrique, et la motivation pour une réadaptation professionnelle était bonne. L'expert a retenu une capacité de travail de 70% depuis juillet 2022, soit 6,3 heures par jour, sans réduction de performance, dans toute activité adaptée « au niveau d'acquisition et adaptée d'un point de vue somatique ». L'évolution était stationnaire et la situation n'était pas stabilisée. Un suivi psychiatrique et un traitement antidépresseur de duloxétine à des taux sanguins efficaces pourraient améliorer le pronostic évolutif et la capacité de travail. Les comorbidités psychiatriques retenues par l'expert, sans décompensation de la personnalité, n'entraînaient, selon lui, pas de limitations fonctionnelles significatives. Concernant plus particulièrement le complexe B « Personnalité », l'expert a noté, sur la base de l'anamnèse, que l'intéressé présentait de longue date « des comportements durables et stables disharmonieux mais pas nettement disharmonieux », dans plusieurs secteurs du fonctionnement, ce qui lui permettait de retenir la présence de traits mixtes de la personnalité émotionnellement labile et anxieuse. Il a souligné que ce trouble, présent depuis le début de l'âge adulte, n'avait pas empêché le recourant de se former, de gérer son quotidien sans limitations, de travailler sans limitations et n'avait pas nécessité d'hospitalisation psychiatrique. S'agissant notamment du complexe C « Contexte social », l'expert a noté que le recourant présentait un isolement social partiel mais pas total depuis février 2022. Quant à la catégorie « Cohérence », il a retenu, au complexe « Limitation uniforme de niveau d'activité dans tous les domaines comparables de la vie », que d'un point de vue psychiatrique, le recourant gardait des capacités et ressources personnelles satisfaisantes, sans limitations fonctionnelles significatives et uniformes dans les domaines de la vie courante selon l'anamnèse, la journée type et l'examen clinique, étant précisé que si l'intéressé était limité, il l'était seulement dans les activités lourdes physiquement et pour la gestion des tâches administratives complexes. Quant au complexe « Poids des souffrances révélé par l'anamnèse établie pour le traitement et la réadaptation », le Dr I\_\_\_\_\_ a retenu, sur la base de l'anamnèse, que la motivation du recourant était assez bonne pour une réadaptation professionnelle dans un contexte de déconditionnement, nulle pour un traitement antidépresseur et bonne pour le suivi psychiatrique. Il a estimé que l'intéressé était authentique et n'exagérait pas ses plaintes physiques, ni sa journée type, et que le décalage entre la fatigue et le constat objectif s'inscrivait dans le contexte de traits de la personnalité mixte avec des bénéfices primaires et secondaires, mais sans exagération volontaire des plaintes. Il n'a ainsi pas retenu

d'incohérence sous réserve de la demande de rente pour des raisons psychiatriques en l'absence de limitations fonctionnelles significatives, les limitations étant essentiellement subjectives en lien avec une tristesse, des angoisses fluctuantes et une fatigue. En conclusions, le Dr I \_\_\_\_\_ a retenu, sur le plan exclusivement psychiatrique, une capacité de travail de 70%, sans baisse de rendement, dans toute activité. La chambre de céans relève que, s'agissant de la date du début de l'incapacité de travail, l'expert a mentionné février 2022 dans la première partie de son rapport alors que, dans la seconde partie, il a écrit juillet 2022. Néanmoins, à la lecture globale de l'expertise, on comprend aisément que la mention de juillet 2022 n'a aucun fondement, qu'il s'agit ainsi d'une erreur et qu'il convient de retenir, à l'instar du SMR et de l'intimé, la date de février 2022, qui correspond d'ailleurs à la date de l'arrêt de travail. À cet égard, on ne saurait suivre la position du recourant lorsqu'il soutient que l'expert aurait retenu de manière délibérée la date de juillet 2022 comme début de son incapacité de travail. Le rapport d'expertise du Dr I \_\_\_\_\_ répondant, en soi et indépendamment d'autres éléments du dossier, aux exigences posées par la jurisprudence pour qu'on puisse lui accorder une pleine valeur probante, cette dernière ne peut être mise en doute que si d'autres médecins 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. En d'autres termes, il faut faire état d'éléments objectifs précis qui justifieraient, d'un point de vue médical, d'envisager la situation selon une perspective différente ou, à tout le moins, la mise en œuvre d'un complément d'instruction ( cf . arrêt du Tribunal fédéral 9C\_618/2014 du 9 janvier 2015 consid. 6.2.3).

#### **E. 4.4.2**

Pour contester les conclusions de l'expertise, le recourant a notamment produit un rapport du 30 avril 2024 de son psychiatre traitant, le Dr D \_\_\_\_\_. Ce document a certes été établi postérieurement à la décision litigieuse, mais son contenu se réfère à la situation du recourant avant la reddition de celle-ci, de sorte qu'il peut être pris en compte par la chambre de céans dans son examen du cas d'espèce. Dans ce rapport, le psychiatre traitant a émis des critiques contre l'expertise. Il a expliqué que le diagnostic retenu par l'expert ne tenait pas compte de l'anamnèse du recourant, dont l'état était plus grave plusieurs semaines avant l'expertise et qui avait obtenu une rémission partielle grâce au traitement prescrit. Il a déclaré ne pas partager les conclusions de l'expert quant aux limitations fonctionnelles psychiques, qu'il évaluait comme importantes et empêchant totalement le patient de travailler dans son activité habituelle et partiellement dans une activité adaptée. Cette position n'emporte pas la conviction de la chambre de céans. D'une part, le psychiatre traitant décrit une situation stationnaire, tant dans son rapport du 23 mars 2023, soit plusieurs mois avant l'expertise, que dans son rapport du 8 novembre 2023, soit plusieurs mois après celle-ci. Aussi, l'indication que le recourant aurait été dans un bien plus mauvais état plusieurs semaines avant l'expertise, se révèle peu convaincante. D'autre part, le recourant a dit à l'expert qu'il ne prenait pas le traitement médicamenteux prescrit par son psychiatre traitant, ce qui a d'ailleurs été confirmé par les résultats d'examen sanguin, ce qui permet de douter de la gravité des souffrances et des limitations psychiques telles qu'attestées par le Dr D \_\_\_\_\_. La chambre de céans observe en outre que le psychiatre traitant a mentionné pour la première fois, dans son rapport du 8 novembre 2023, un épisode dépressif d'intensité sévère (F33.3), en rémission partielle, alors que dans ses précédents rapports il avait fait état d'un épisode dépressif d'intensité moyenne (F32.1 et F33.1 ; cf . rapports des 17 novembre 2022 et 23 mars 2023). On relèvera encore que si le

Dr D\_\_\_\_\_ a indiqué qu'un examen neuropsychologique aurait été susceptible de confirmer les soupçons d'existence de trouble du déficit de l'attention et trouble envahissant de la personnalité, il ne s'est, en réalité, pas formellement prononcé sur la question de l'existence de ces troubles, ni ne l'a examinée, sous réserve du certificat médical du 30 avril 2024 produit en cours de procédure, par lequel il a attesté pour la première fois de la présence d'un trouble de l'attention avec hyperactivité et de l'anxiété. Or, non seulement ce certificat est postérieur à la décision querellée, sans que l'on puisse clairement identifier si son contenu concerne un état antérieur, de sorte qu'il ne peut être pris en compte dans le présent examen, mais en outre, il concerne exclusivement la mise en œuvre de certains aménagements pour le passage d'examens et non la capacité de travail en tant que telle. Ce certificat, de même que les autres pièces au dossier, n'apportent ainsi pas d'élément objectif qui justifierait d'investiguer davantage la question des troubles de l'attention et de l'anxiété. Enfin, force est de constater qu'il n'y a pas une grande discordance entre l'avis du psychiatre traitant et celui de l'expert, hormis s'agissant de l'intensité du trouble et surtout de son impact sur la capacité de travail dans l'activité habituelle, puisque le Dr D\_\_\_\_\_ a estimé que ladite capacité était nulle dans l'activité habituelle et partielle (pas plus de deux/trois heures de travail par jour) dans une activité adaptée, comme par exemple dans le domaine social ( cf . rapport du

#### **E. 4.4.3**

S'agissant ensuite des rapports des médecins-conseil des E\_\_\_\_\_, produits par le recourant en cours de procédure, ils se rapportent essentiellement aux déclarations du psychiatre traitant et ne font état d'aucun élément objectif qui aurait été omis par l'expert.

#### **E. 4.4.4**

L'argumentation du recourant ne permet pas non plus de mettre en doute les conclusions de l'expert. Contrairement à ce qu'il prétend, ce dernier a tenu compte de tous les éléments pertinents du dossier pour l'évaluation du cas. Sur la question du bilan neuropsychologique, le Dr I\_\_\_\_\_ a expliqué la raison pour laquelle il estimait qu'un tel bilan n'était pas nécessaire et il suffit de rappeler que dans les limites du mandat confié, la conduite de l'expertise, soit les modalités de l'examen clinique et le choix des examens complémentaires, est laissée au libre arbitre de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_458/2023 du 18 décembre 2023 consid. 7.1.2 et la référence) et qu'au regard de la large autonomie dont jouit l'expert dans la manière de conduire son expertise, s'agissant notamment des modalités de l'examen clinique et du choix des examens complémentaires à effectuer, le juge doit faire preuve en règle générale de retenue avant de remettre en cause la méthodologie utilisée, ce d'autant qu'il convient de tenir compte également des difficultés et des incertitudes propres à tout examen psychiatrique (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_732/2012 du 26 novembre 2012 consid. 4.2). Par ailleurs, le SMR a relevé, à raison, que l'intensité du diagnostic de TDAH n'avait pas justifié la prescription par le psychiatre d'un traitement ciblé, or cet élément penche clairement en faveur de l'appréciation de l'expert. Concernant ensuite la mention par ce dernier d'une activité adaptée, on comprend aisément à la lecture globale de son rapport qu'elle est faite sur le plan somatique, en référence aux déclarations du recourant à propos de ses douleurs de dos, et non sur le plan psychiatrique. Contrairement à ce qu'estime le recourant, le fait que l'expert ait écrit que « la seule incohérence concerne la demande de rente invalidité pour des raisons psychiatriques », alors que l'intéressé sollicite essentiellement la prise en charge de mesures d'ordre professionnel, ne signifie pas encore que ce médecin aurait préjugé de ses intentions et ne

permet pas de remettre en cause la valeur probante du rapport d'expertise.

#### **E. 4.5**

Dans ces circonstances, la chambre de céans ne peut que confirmer les conclusions du Dr I\_\_\_\_\_, dont il résulte, au degré de la vraisemblance prépondérante, que le recourant dispose d'une capacité de travail de 70% dans toute activité d'un point de vue psychiatrique. La situation médicale étant clairement établie, une expertise judiciaire ne se justifie pas. 5. La capacité de travail étant établie, il sied de se prononcer sur le taux d'invalidité du recourant. 5.1 Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, l'art. 16 LPGA, par renvoi de l'art. 28a al. 1 LAI, prévoit que, 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. Les revenus déterminants au sens de l'art. 16 LPGA sont établis sur la base de la même période et au regard du marché du travail suisse (art. 25 al. 2 RAI). La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants des revenus sans et avec invalidité et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus ; ATF 137 V 334 consid. 3.1.1 ; 128 V 29 consid. 1 ; 104 V 135 consid. 2a et 2b). L'évaluation de l'invalidité doit être effectuée par rapport au moment où, au plus tôt, naît le droit à la rente (conformément à ce que prévoient les lois spéciales ; Margrit MOSER-SZELESS, in Commentaire romand de la LPGA, 2018, n. 41 ad art. 16 LPGA). Aux termes de l'art. 28 al. 1 let. b LAI, l'assuré a droit à une rente s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable. Selon l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18 e anniversaire de l'assuré. Une simple comparaison de pourcentage peut suffire lorsque l'assuré dispose d'une capacité résiduelle de travail dans son activité habituelle et qu'aucune autre activité n'est mieux adaptée à ses limitations fonctionnelles. Le taux d'invalidité est alors identique au taux d'incapacité de travail ( cf . ATF 114 V 310 consid. 3a ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_562/2022 du 12 septembre 2023 consid. 6 et les références). 5.2 En l'espèce, dans la mesure où le recourant a déposé sa demande de prestations en août 2022 et qu'il présente une incapacité de travail durable depuis février 2022, l'évaluation de son taux d'invalidité doit se faire à l'issue du délai de carence d'un an, qui correspond également à l'échéance du délai de six mois après le dépôt de la demande de prestations du recourant, soit en février 2023. À ce moment-là, l'intéressé présentait une incapacité de travail de 30% dans toute activité, y compris dans son activité habituelle de constructeur de voies ferrées. Dans cette mesure et conformément à la jurisprudence précitée, l'incapacité de travail correspond à une incapacité de gain de 30% qui équivaut à un taux d'invalidité identique. 6. Reste à examiner le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité.

#### **E. 6**

juin 2011 consid. 3.4.2.1, in : RSAS 2012 IV n° 1, p. 1) mais doit à la rigueur être prise en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité (ATF 141 V 281 consid. 4.3.2). Même si un trouble psychique, pris séparément, n'est pas invalidant en application de la nouvelle jurisprudence, il doit être pris en considération dans l'appréciation globale de la

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

B. Complexe « Personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles ; consid. 4.3.2) 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 : auto-perception et perception d'autrui, contrôle de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation). Étant donné que l'évaluation de la personnalité est davantage dépendante de la perception du médecin examinateur que l'analyse d'autres indicateurs, les exigences de motivation sont plus élevées (ATF 141 V 281 consid. 4.3.2).

C. Complexe « Contexte social » (consid. 4.3.3) Si des difficultés sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles continuent à ne pas être prises en considération. En revanche, le contexte de vie de l'assuré peut lui procurer des ressources mobilisables, par exemple par le biais de son réseau social. Il faut toujours s'assurer qu'une incapacité de travail pour des raisons de santé ne se confond pas avec le chômage non assuré ou avec d'autres difficultés de vie (ATF 141 V 281 consid. 4.3.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_756/2018 du 17 avril 2019 consid. 5.2.3). Lors de l'examen des ressources que peut procurer le contexte social et familial pour surmonter l'atteinte à la santé ou ses effets, il y a lieu de tenir compte notamment de l'existence d'une structure quotidienne et d'un cercle de proches [...]. Le contexte familial est susceptible de fournir des ressources à la personne assurée pour surmonter son atteinte à la santé ou les effets de cette dernière sur sa capacité de travail, nonobstant le fait que son attitude peut rendre plus difficile les relations interfamiliales (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_717/2019 du 30 septembre 2020 consid. 6.2.5.3). Toutefois, des ressources préservées ne sauraient être inférées de relations maintenues avec certains membres de la famille dont la personne assurée est dépendante (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_55/2020 du 22 octobre 2020 consid. 5.2).

Catégorie « Cohérence » (aspects du comportement ; consid. 4.4) Il convient ensuite d'examiner si les conséquences qui sont tirées de l'analyse des indicateurs de la catégorie « degré de gravité fonctionnel » résistent à l'examen sous l'angle de la catégorie « cohérence ». Cette seconde catégorie comprend les indicateurs liés au comportement de l'assuré (ATF 141 V 281 consid. 4.4). À ce titre, il convient notamment d'examiner si les limitations fonctionnelles se manifestent de la même manière dans la vie professionnelle et dans la vie privée, de comparer les niveaux d'activité sociale avant et après l'atteinte à la santé ou d'analyser la mesure dans laquelle les traitements et les mesures de réadaptation sont mis à profit ou négligés. Dans ce contexte, un comportement incohérent est un indice que les limitations évoquées seraient dues à d'autres raisons qu'une atteinte à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.3).

A. Limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie Il s'agit ici de se demander si l'atteinte à la santé limite l'assuré de manière semblable dans son activité professionnelle ou dans l'exécution de ses travaux habituels et dans les autres activités (par exemple, les loisirs). Le critère du retrait social utilisé jusqu'ici doit désormais être interprété de telle sorte qu'il se réfère non

seulement aux limitations mais également aux ressources de l'assuré et à sa capacité à les mobiliser. Dans la mesure du possible, il convient de comparer le niveau d'activité sociale de l'assuré avant et après la survenance de l'atteinte à la santé (ATF 141 V 281 consid. 4.4.1). B. Poids de la souffrance révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation L'interruption de toute thérapie médicalement indiquée sur le plan psychique et le refus de participer à des mesures de réadaptation d'ordre professionnel sont des indices importants que l'assuré ne présente pas une évolution consolidée de la douleur et que les limitations invoquées sont dues à d'autres motifs qu'à son atteinte à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_569/2017 du 18 juillet 2018 consid. 5.5.2). La prise en compte d'options thérapeutiques, autrement dit la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, permet d'évaluer le poids effectif des souffrances. Tel n'est toutefois pas le cas lorsque le comportement est influencé par la procédure asséculo-logique en cours. Il ne faut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsque le refus ou la mauvaise acceptation du traitement recommandé est la conséquence d'une incapacité (inévitabile) de l'assuré à reconnaître sa maladie (anosognosie). Les mêmes principes s'appliquent pour les mesures de réadaptation. Un comportement incohérent de l'assuré est là aussi un indice que la limitation fonctionnelle est due à d'autres raisons qu'à l'atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4.2). Selon la jurisprudence rendue jusque-là à propos des dépressions légères à moyennes, les maladies en question n'étaient considérées comme invalidantes que lorsqu'on pouvait apporter la preuve qu'elles étaient « résistantes à la thérapie » (ATF 140 V 193 consid. 3.3 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C\_841/2016 du 8 février 2017 consid. 3.1 et 9C\_13/2016 du 14 avril 2016 consid. 4.2). Dans l'ATF 143 V 409 consid. 4.2, le Tribunal fédéral a rappelé que le fait qu'une atteinte à la santé psychique puisse être influencée par un traitement ne suffit pas, à lui seul, pour nier le caractère invalidant de celle-ci ; la question déterminante est en effet celle de savoir si la limitation établie médicalement empêche, d'un point de vue objectif, la personne assurée d'effectuer une prestation de travail. À cet égard, toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références). Le Tribunal fédéral a récemment rappelé qu'en principe, seul un trouble psychique grave peut avoir un caractère invalidant. Un trouble dépressif de degré léger à moyen, sans interférence notable avec des comorbidités psychiatriques, ne peut généralement pas être défini comme une maladie mentale grave. S'il existe en outre un potentiel thérapeutique significatif, le caractère durable de l'atteinte à la santé est notamment remis en question. Dans ce cas, il doit exister des motifs importants pour que l'on puisse néanmoins conclure à une maladie invalidante. Si, dans une telle constellation, les spécialistes en psychiatrie attestent sans explication concluante (éventuellement ensuite d'une demande) une diminution considérable de la capacité de travail malgré l'absence de trouble psychique grave, l'assurance ou le tribunal sont fondés à nier la portée juridique de l'évaluation médico-psychiatrique de l'impact (ATF 148 V 49 consid. 6.2.2 et les références). Des traits de personnalité signifient que les symptômes constatés ne sont pas suffisants pour retenir l'existence d'un trouble spécifique de la personnalité. Ils n'ont, en principe, pas valeur de maladie psychiatrique et ne peuvent, en principe, fonder une incapacité de travail en droit des assurances au sens des art. 4 al. 1 LAI et 8 LPGA (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_369/2019 du 17 mars 2020 consid. 5.3 et les références). 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 ).

### **E. 6.1**

Selon l'art. 8 al. 1 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). Conformément à l'art. 8 al. 1 bis LAI, le droit aux mesures de réadaptation n'est pas lié à l'exercice d'une activité lucrative préalable. La détermination des mesures tient notamment compte : de l'âge de l'assuré (let. a), de son niveau de développement (let. b), de ses aptitudes (let. c), et de la durée probable de la vie active (let. d). En cas d'interruption d'une mesure de réadaptation, l'octroi de la même mesure ou d'une autre mesure de réadaptation est examiné à nouveau conformément aux al. 1 et 1 bis (art. 8 al. 1 ter LAI). Les mesures de réadaptation comprennent notamment des mesures d'ordre professionnel (art. 8 al. 3 let. b LAI), lesquelles englobent l'orientation professionnelle, la formation professionnelle initiale, le reclassement, le placement et l'aide en capital ( cf . art. 15 à 18d LAI). L'art. 15 LAI dispose que l'assuré auquel son invalidité rend difficile le choix d'une profession, ou l'exercice de son activité antérieure, a droit à l'orientation professionnelle. Les objectifs de cette mesure sont que, grâce au soutien qui leur est offert à travers l'orientation professionnelle, les personnes assurées identifient des formations qui correspondent à leur âge, leur niveau de développement, leurs aptitudes et leurs intérêts, et qu'elles sont en mesure de suivre. Sont concernées les personnes assurées sur le point de suivre une formation professionnelle ou limitées dans le choix professionnel en raison de leur invalidité et ayant par conséquent besoin d'une orientation professionnelle spécialisée (OFAS, Circulaire sur les mesures de réadaptation professionnelle de l'AI [CMRPr], valable dès le 1 er janvier 2022, ch. 10.1). Le Tribunal fédéral a rappelé que l'orientation professionnelle se démarque des autres mesures d'ordre professionnel (art. 16ss LAI) par le fait que, dans le cas particulier, l'assuré n'a pas encore fait le choix d'une profession. L'art. 15 LAI suppose que l'assuré soit capable en principe d'opérer un tel choix, mais que seule l'invalidité l'en empêche, parce que ses propres connaissances sur les aptitudes exigées et les possibilités disponibles ne sont pas suffisantes pour choisir une profession adaptée (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_882/2008 du 29 octobre 2009 consid. 5.1 et les références). 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. Par reclassement, la jurisprudence entend

l'ensemble des mesures de réadaptation de nature professionnelle qui sont nécessaires et suffisantes pour procurer à l'assuré une possibilité de gain à peu près équivalente à celle que lui offrait son ancienne activité. En règle générale, l'assuré n'a droit qu'aux mesures nécessaires, propres à atteindre le but de réadaptation visé, mais non pas à celles qui seraient les meilleures dans son cas. 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. Enfin, si les préférences de l'intéressé quant au choix du genre de reclassement doivent être prises en considération, elles ne sauraient toutefois jouer un rôle déterminant (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_308/2021 du 7 mars 2021 consid. 7.3 et les références). Selon l'art. 18 LAI, l'assuré en incapacité de travail (art. 6 LPGA) et susceptible d'être réadapté a droit à un soutien pour rechercher un emploi approprié ou, s'il en a déjà un, pour le conserver (al. 1). L'assurance peut accorder à l'assuré un placement à l'essai de 180 jours au plus afin de vérifier qu'il possède les capacités nécessaires pour intégrer le marché de l'emploi (art. 18a al. 1 LAI). Selon la jurisprudence, les raisons de santé pour lesquelles l'assuré rencontre des difficultés dans la recherche d'un emploi approprié entrent dans la notion d'invalidité propre à l'aide au placement si l'atteinte à la santé occasionne des difficultés dans la recherche d'un emploi au sens large (ATF 116 V 80 consid. 6a). Tel est le cas par exemple si, en raison de sa surdité ou de son manque de mobilité, l'assuré ne peut avoir un entretien d'embauche ou est dans l'incapacité d'expliquer à un employeur potentiel ses possibilités réelles et ses limites (par ex. les activités qu'il peut encore exécuter en dépit de son atteinte visuelle), de sorte qu'il n'aura aucune chance d'obtenir l'emploi souhaité (arrêt du Tribunal fédéral I 421/01 du 15 juillet 2002 consid. 2c in VSI 2003 p. 274 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_859/2010 du 9 août 2011 consid. 2.2). Lorsque la capacité de travail est limitée uniquement du fait que seules des activités légères peuvent être exigées de l'assuré, il faut qu'il soit entravé de manière spécifique par l'atteinte à la santé dans la faculté de rechercher un emploi (arrêt du Tribunal fédéral I 421/01 du 15 juillet 2002 consid. 2c, in VSI 2003 p. 74). Conformément au principe de la proportionnalité, le droit à une mesure déterminée doit s'apprécier, notamment, en fonction de son coût. Dès lors que le service de placement n'est pas une mesure de réadaptation particulièrement onéreuse, il suffit qu'en raison de son invalidité l'assuré rencontre des difficultés dans la recherche d'un emploi, mêmes minimes, pour y avoir droit (ATF 116 V 80 consid. 6a). On rappellera qu'il n'existe pas un droit inconditionnel à obtenir une mesure professionnelle (voir par exemple l'arrêt du Tribunal fédéral 9C\_385/2009 du

## **E. 6.2**

Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c).

## **E. 6.3**

D'emblée, force est de constater, que le taux d'invalidité du recourant (30%) est insuffisant pour lui ouvrir le droit à une rente. Aussi, sur ce point, la décision querellée ne peut qu'être confirmée. Concernant le droit à une mesure d'ordre professionnel, la chambre de céans

relève que le recourant a déjà pu bénéficier de certaines d'entre elles, puisque l'intimé, dans le cadre des mesures d'intervention précoce ( cf . art. 7d al. 2 LAI), a pris en charge des cours de formation d'auxiliaire de la petite enfance, ainsi qu'une orientation professionnelle en faveur du recourant. S'agissant du reclassement, qui est en réalité la mesure sollicitée par l'intéressé, bien que ce dernier atteigne le seuil de 20% d'invalidité prévu par la jurisprudence, on ne peut pas considérer qu'une telle mesure permettrait de maintenir ou d'améliorer sa capacité de gain, dès lors que son incapacité de travail est la même dans toute activité professionnelle, y compris dans son activité habituelle. Il ne remplit ainsi pas les conditions d'octroi pour un reclassement. Quant à l'aide au placement, au vu de la jurisprudence précitée, on ne saurait considérer que les limitations fonctionnelles du recourant l'entravent de manière spécifique dans la faculté de rechercher un emploi, d'autant plus qu'il a déjà démontré ses capacités à rechercher du travail par lui-même. Le placement à l'essai évoqué à l'art. 18a LAI n'entre pas non plus en considération dès lors qu'il a pour objectif de vérifier qu'un assuré possède les capacités pour intégrer le marché de l'emploi, ce qui n'est pas contestable en l'occurrence. La décision de l'intimé doit ainsi également être confirmée, en tant qu'elle nie le droit à des mesures d'ordre professionnel. Au vu de ce qui précède, par appréciation anticipée des preuves, il est superflu d'entendre oralement le recourant. 7. Mal fondé, le recours sera rejeté. La procédure en matière de contestations portant sur des prestations de l'assurance-invalidité n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1 bis LAI), le recourant supporte l'émolument de procédure de CHF 200.-. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

#### **E. 8**

novembre 2023). À cet égard, on relèvera encore, au regard des limitations fonctionnelles du recourant, qu'une activité dans le domaine social n'apparaît pas d'emblée moins fatigante ou stressante, ni moins technique, et que la tâche du médecin consiste en premier lieu à déterminer les limitations fonctionnelles, tandis que l'évaluation des activités adaptées à ces limitations est du ressort de l'administration ou, en cas de litige, du juge (ATF 140 V 193 consid. 3.2 ; 107 V 17 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_545/2012 du 25 janvier 2013 consid. 3.2.1). Il appert ainsi que le psychiatre traitant s'est livré à une appréciation divergente, notamment quant à l'intensité du diagnostic de trouble dépressif et à la capacité de travail du recourant, sans faire état d'éléments objectifs qui pourraient avoir été ignorés, de sorte que son point de vue ne saurait prévaloir sur celui de l'expert. Ainsi, la position du Dr D \_\_\_\_\_ ne saurait convaincre et ne permet pas de remettre en cause la valeur probante de l'expertise.

#### **E. 13**

octobre 2009). 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 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). De plus, il faut que l'invalidité soit d'une certaine gravité pour que le droit à des mesures de réadaptation soit ouvert. La jurisprudence a ainsi fixé le seuil d'invalidité à partir duquel des mesures de réadaptation doivent être octroyées à 20% (ATF 130 V 488

consid. 4.2 ; 124 V 108 consid. 3a). 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 ; 117 V 400 consid. 4b et les références). 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 des mesures de réadaptation (art. 21 al. 4 LPG).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.