RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2324/2019 **ATAS/1062/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 19 octobre 2021

5ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié _____, à GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Nicolas POZZI — recourant

contre

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

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

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1966, a travaillé en tant que gestionnaire de fortune au sein de divers établissements bancaires, dès l'année 2000 à Genève.

2. En 2004, il a créé l'entreprise individuelle B_____.

3. En 2017, il a été victime d'un burnout et a annoncé le cas à son assurance perte de gain, Generali Assurances Générale SA (ci-après : Generali).

4. Dès le mois de juillet 2017, il a consulté la doctoresse C_____, psychiatre, et sur délégation de celle-ci, Monsieur D_____, psychologue.

5. Le 3 octobre 2017, la Dresse C_____ et M. D_____ ont transmis un rapport concernant la prise en charge de l'assuré qui indiquait un diagnostic de syndrome d'épuisement professionnel Z 73.0, un trouble de l'adaptation avec réaction mixte F 43.2. Sous constatation objective, il était mentionné que l'entretien et les tests psychologiques, notamment le questionnaire de l'échelle de burnout, confirmaient le diagnostic d'épuisement professionnel. La décompensation actuelle était rattachée au surmenage et au stress chronique depuis de nombreuses années. Une thérapie cognitive basée sur la pleine conscience avait été mise en place sans traitement médicamenteux. L'incapacité de travail du patient était estimée à 100% ; un retour au travail précipiterait le patient dans un état plus sévère. À l'heure actuelle, aucune capacité à reprendre une activité n'était constatée. Une reprise pouvait être envisagée en septembre 2018, sujet à une réévaluation dans six mois.

6. En date du 26 octobre 2017, l'assuré a déposé une demande de prestations d'invalidité ; sous atteinte à la santé, il indiquait un burnout, et mentionnait la Dresse C_____ comme étant son médecin traitant.

7. En date du 30 octobre 2017, la Dresse C_____ a rendu un rapport médical sur formulaire de réadaptation professionnelle / rente à destination de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé). Les limitations fonctionnelles étaient décrites comme des difficultés de concentration et de mémoire, ainsi que de la fatigue. La maladie était diagnostiquée comme un épuisement Z 73.0. Sous anamnèse, il était indiqué que l'assuré n'avait aucun antécédent psychiatrique et souffrait d'un burnout dont l'apparition des symptômes était fixée au mois de mai 2017 avec détérioration de son état après deux mois. L'assuré était en traitement depuis juillet 2017, une thérapie cognitive comportementale basée sur la pleine conscience était pratiquée. Il était encore indiqué un épuisement, une fatigabilité, une impossibilité de se concentrer et des troubles cognitifs. Le pronostic était jugé bon à moyen terme. L'incapacité de travail en tant que gérant de fortune était fixée à 100% dès le mois de mai 2017. Un travail demandant un effort mental et cognitif était indiqué comme une restriction mentale ou psychique existante avec des manifestations sous forme de troubles de la concentration, fatigue physique et vertige. D'un point de vue médical, une activité exercée était encore exigible à moyen terme à 50%.

8. Parallèlement, Generali a fait réaliser une expertise psychiatrique de l'assuré en date du 20 février 2018, par le docteur E_____, psychiatre. Sous status psychique, l'expert a constaté qu'il n'y avait pas de fléchissement des capacités cognitives et que sur le plan de l'humeur, l'assuré ne paraissait pas déprimé. Il était capable de sourire et restait sensible aux invitations humoristiques ; l'énergie vitale ne paraissait pas baisser et il évoquait un retour, au stade actuel, à un certain plaisir. Il n'y avait pas d'idées délirantes exprimées et le rapport à la réalité n'était pas distordu. On notait une tension physique et psychique importante avec une tendance au tremblement, il n'y avait pas d'émotion agressive ou colérique. Ni l'anamnèse, ni les constatations objectives ne suggéraient la présence d'un trouble de la personnalité. L'assuré ne se décrivait pas comme une personnalité anxieuse, mais plutôt comme un perfectionniste. Sous synthèse des discussions, l'assuré décrivait une fatigue chronique, un ralentissement, des troubles de la mémoire, de la concentration, l'anxiété avec des ruminations et la présence de crises anxieuses qui ressemblaient à des attaques de panique et principalement une incapacité à se gérer que ce soit mentalement, corporellement ou au niveau des émotions. Sur le plan de la thymie, on ne constatait pas objectivement d'humeur dysphorique, ni de ralentissement, ni d'anhédonie complète. La symptomatologie anxieuse restait légère à moyenne ; il existait un certain décalage entre le subjectif et l'objectif. Le diagnostic posé était celui de troubles anxieux mixtes. S'agissant de l'appréciation de la capacité de travail, il était noté que le psychiatre traitant de l'assuré avait retenu un trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse dépressive dont l'expert estimait que la persistance n'allait pas au-delà de six mois. Après neuf mois d'incapacité, au moment de la présente évaluation, l'expert ne mettait pas en évidence de symptomatologie du registre dysphorique. Il pouvait toutefois admettre que le trouble anxieux mixte pouvait encore être handicapant dans le métier de la gestion de fortune et que le retour au travail pouvait être considéré comme prématuré, mais d'un autre côté, l'état constaté permettait aussi d'envisager une reprise à court terme sur un mode progressif, car si la tentative de reprise tardait trop, elle n'en serait que plus difficile. Tenant compte du précité et pour donner un délai à l'expertisé, une reprise pouvait intervenir d'ici à cinq semaines à partir de la présente évaluation, soit début avril 2018 ; dans un premier temps à 50%, puis à 100% dès le mois suivant.

9. Par courrier du 11 juin 2018, un projet de décision a été rendu selon lequel l'assuré n'avait pas droit à des prestations d'invalidité. Sa demande était rejetée en raison du fait qu'il n'avait pas présenté d'atteinte à la santé durablement incapacitante. Les incapacités de travail retenues étaient les suivantes : 100% du 2 mai 2017 au 31 mars 2018, 50% du 1er avril 2018 au 30 avril 2018 et enfin 0% dès le 1er mai 2018. Par conséquent, la capacité de gain était considérée comme entière depuis le 1er mai 2018 ; il ne s'agissait donc pas d'une incapacité de travail de longue durée ; le droit aux prestations financières de l'assurance-invalidité était dès lors exclu.

10. Par courrier du 9 août 2018 adressé à Generali, la Dresse C_____ et le psychologue D_____ ont contesté l'expertise du Dr E_____, considérant qu'elle n'avait pas été établie dans les règles de l'art et que l'épuisement physique et psychique de l'expertisé, ainsi que ses réactions émotionnelles, la présence de stress, le ralentissement sur le plan de la mémoire de travail de la vitesse de traitement et les scores obtenus à l'inventaire du syndrome d'épuisement professionnel confirmaient le syndrome d'épuisement professionnel. Il était donc demandé de revoir la décision prise sur la base de l'expertise.

11. Le 10 décembre 2018, le SMR a auditionné l'assuré qui s'opposait au projet de décision de l'OAI du 11 juin 2018. D'une part, le SMR constatait que sa conviction était emportée par l'expertise du Dr E_____ et, d'autre part, l'évolution de l'état de santé de l'assuré depuis février 2018 était inconnue ; le SMR ne pouvait donc pas se déterminer.

12. Par rapport médical du 4 mars 2019, la Dresse C_____ et M. D_____ ont fait une évaluation psychiatrique et psychologique de l'assuré. Le rapport concluait à un syndrome d'épuisement professionnel Z 73.0. Une amélioration de son état était constatée, mais restait toutefois fragile, c'est pourquoi il était préconisé un retour graduel à une activité professionnelle. Son syndrome d'épuisement professionnel au 11 février 2019 était en rémission. Un retour précipité pouvait exposer le patient à une rechute ; une activité pouvait être reprise à 30% au mois de mars avec une augmentation de 10% par mois, évaluée par son médecin traitant ; il y avait une évolution positive de son état depuis la première consultation de juin 2017.

13. En date du 13 mai 2019, le SMR a rendu un avis médical selon lequel, après avoir résumé l'historique du dossier, le SMR considérait que l'expertise psychiatrique du Dr E_____ emportait sa conviction et qu'il n'y avait pas d'atteinte durablement incapacitante sur le plan psychique.

14. Par décision du 15 mai 2019, l'OAI a refusé les prestations d'invalidité à l'assuré. Sa demande était rejetée sur la base de la motivation du projet de décision de 2018.

15. Le conseil de l'assuré a recouru contre la décision du 15 mai 2019 en date du 18 juin 2019. Il concluait à l'annulation de la décision de l'OAI et à l'octroi d'une rente d'invalidité à 100% du 1er mai 2018 au 31 mars 2019, une rente de 75% au mois d'avril 2019, une rente de 50% au mois de mai 2019, et une rente de 25% au mois de juin 2019. Selon le recourant, le Dr E_____ avait rendu une expertise qui présentait un certain nombre de défauts. Ses conclusions étaient contestées par le médecin traitant de l'assuré, soit la Dresse C_____. Le SMR, qui avait émis un avis médical du 13 mai 2019, n'avait pas les qualifications en psychiatrie et en psychologie permettant de se déterminer.

16. Par réponse du 15 juillet 2019, l'OAI a considéré que l'expertise psychiatrique effectuée à la demande de l'assurance perte de gain Generali par le Dr E_____ en date du 16 mars 2018 était complète et avait une valeur probante. Il y avait de surcroît, un manque de cohérence entre l'incapacité de travail totale déclarée par le

recourant et les constatations médicales objectives des faits figurant au dossier. Notamment, l'analyse de la vie quotidienne confirmait qu'il n'existait pas une limitation uniforme dans toutes les activités de la vie et montrait que le recourant disposait de ressources personnelles préservées. Aucun élément médical objectivement vérifiable n'avait été apporté par le recourant qui permettait de remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'OAI ; par conséquent, la décision était confirmée.

17. Par courrier du 16 décembre 2019, la chambre de céans a informé les parties de son intention de confier une mission d'expertise psychiatrique au docteur F_____ et leur a imparti un délai au 20 janvier 2020 pour se prononcer sur une éventuelle récusation de l'expert. Aucune objection n'a été soulevée.

18. Après avoir consulté les parties sur la teneur du mandat et recueilli leurs remarques, la chambre de céans a confié un mandat d'expertise psychiatrique au Dr F_____, par ordonnance d'expertise du 6 janvier 2021.

19. L'expert a rendu son rapport d'expertise en date du 26 avril 2021. Deux entretiens ont eu lieu entre le recourant et l'expert, le premier dans les locaux en date du 25 février 2021 pour une durée totale de 2h15 et le deuxième par téléconférence le 30 mars 2021. L'expert s'est fondé sur l'ensemble des rapports déposés dans le dossier et a notamment pris connaissance du rapport d'expertise psychiatrique du 16 mars 2018 rendu par le Dr E_____.

    L'expertisé a repris progressivement son activité professionnelle de gérant de fortune à partir de mai 2019, avec une pleine activité retrouvée depuis septembre-octobre 2019, les journées de travail pouvant aller jusqu'à douze heures. L'expertisé a exposé se lever entre 6h30 et 7h30, puis se rendre à son travail à pied, rentrer à domicile pour prendre le repas de midi avec son épouse, revenir l'après-midi au bureau, puis retourner aux alentours de 19h00 au domicile conjugal. Le week-end, l'assuré a expliqué faire des balades avec son épouse, voir des amis, avoir des contacts réguliers avec ses parents, avec sa sœur et ses deux frères. De surcroît, l'expertisé expliquait pratiquer la marche et la natation, ainsi que la méthode de méditation apprise pendant son traitement psychiatrique en 2017-2018.

    À l'origine, l'assuré a expliqué avoir été pris soudainement, le 5 mai 2017 d'un ouragan de symptômes physiques multiples, ainsi qu'une sensation de chaos cérébral avec incapacité de raisonner et fatigue intense. Les symptômes les plus aigus se sont atténués, mais d'autres ont persisté et ont entraîné une perte de poids de 22 kg. S'agissant de la situation actuelle, l'assuré n'a pas manifesté de plaintes, tout en rappelant qu'il avait ressenti une anxiété diffuse pendant toute sa période de burnout de 2017 à 2019. Les constatations objectives de l'expert n'ont pas permis de déceler de particularités si ce n'est une certaine émotion lorsque l'assuré a évoqué son burnout de 2017-2018 et les démêlés avec les assurances, notamment le sentiment d'être traité injustement.

Sur le plan des diagnostics, l'expert a considéré qu'au moment des examens du 25 février et du 30 mars 2021, il n'existait pas d'atteinte psychiatrique, ni de symptômes, ni de signes objectifs d'une atteinte psychique et pas non plus d'arguments pour une fragilité de la personnalité ; le seul élément qui persistait, d'ordre anxieux, était une légère perturbation du sommeil n'atteignant pas le seuil clinique. L'expert rappelait que la question litigieuse concernait le passé et plus particulièrement la période se situant entre mai 2017 (début de l'atteinte à la santé) et septembre 2019, date à laquelle expertisé disait avoir repris complètement son activité professionnelle.

Pendant la période allant de mai 2017 à septembre 2019, l'expert a posé un diagnostic de trouble panique F 41.0, qui pouvait être retenu avec un bon degré de vraisemblance. Selon l'expert, il n'y avait pas suffisamment de symptômes pour justifier un diagnostic d'épisode dépressif pendant cette période. L'expert s'est éloigné du pronostic du Dr E_____ de trouble anxieux et dépressif mixte F 41.2, le diagnostic semblant trop léger pour rendre compte du caractère à la fois paroxystique et durable du trouble anxieux dont avait souffert l'expertisé entre 2017 et 2019 ; il s'est également distancé des appréciations de la Dresse C_____. S'agissant des limitations fonctionnelles et de la capacité de travail, l'expert a considéré qu'à l'heure actuelle, il n'y avait pas d'atteinte clinique et, par conséquent, ni limitations fonctionnelles, ni incapacité de travail.

Pour le passé, avant le 5 mai 2017, il n'y avait pas d'évidence de limitation de la capacité de travail. Du 5 mai 2017 au 30 mars 2018, l'expert a considéré que la capacité de travail était totale, se ralliant aux appréciations communes des Drs C_____ et E_____, en raison du trouble panique chez l'expertisé, soit la survenue d'attaques de panique récurrente et spontanée, donc imprévisible, provoquant un gel des fonctions cognitives et un cortège de symptômes physiques paroxystiques momentanément incompatibles avec l'exercice d'une activité professionnelle. Pour la période allant du 1er avril 2018 au 30 septembre 2019, l'expert s'est éloigné de l'appréciation du Dr E_____, jugée trop optimiste. S'agissant de l'appréciation de la Dresse C_____, bien qu'exacte quant à la capacité de travail, l'expert la considérait mal fondée, dans la mesure où elle s'appuyait sur un trouble de l'adaptation et sur un syndrome d'épuisement qui était un facteur favorisant et aggravant, mais qui ne constituait pas un diagnostic en soi. L'appréciation de l'expert, en résumé, était une incapacité de travail total entre le 5 mai 2017 et le 30 septembre 2018 ; une incapacité de travail de 50% entre le 1er octobre 2018 et le 28 février 2019 et une récupération d'une pleine capacité de travail à partir du 1er mars 2019.

20. Par avis médical du 11 juin 2021, le SMR de l'OAI, sous la plume de la doctoresse G_____, a considéré que l'expertise du 26 avril 2021 était convaincante, précise et bien motivée, et a recommandé à l'OAI d'en suivre les conclusions.

21. Par courrier du 14 juin 2021, suivant les recommandations de son SMR, l'OAI a modifié ses conclusions, dans le sens où le recourant devait se voir octroyer une

rente entière de mai 2018 à décembre 2018 (taux d'invalidité de 100%), puis une demi-rente d'invalidité de janvier à mai 2019 (taux d'invalidité de 50%). Pour le surplus, les précédentes conclusions étaient intégralement maintenues.

22. Se fondant sur la nouvelle appréciation de l'OAI, le mandataire du recourant a réagi par courrier du 23 juin 2021, informant la chambre de céans qu'il maintenait sa conclusion 1, qu'il abandonnait ses conclusions 2 et 3, qu'il maintenait la conclusion 4 et modifiait ses conclusions 5 qui devaient désormais constater que le recourant a présenté une incapacité de travail de 100% du 5 mai 2017 au 31 décembre 2018 et de 50% du 1er janvier au 31 mai 2019. La conclusion 6 était également modifiée, en ce sens que l'OAI devait être condamné à octroyer au recourant une rente d'invalidité entière du 1er mai 2018 au 31 décembre 2018, puis une demi-rente d'invalidité du 1er janvier 2019 au 31 mai 2019. Les conclusions 7 et 8 étaient maintenues.

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

EN DROIT

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

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

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

   Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).

4. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité.

5. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1).

Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008).

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

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

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

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

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.

Par conséquent, il s'agit, comme pour toutes les autres troubles psychiques, de déterminer selon une grille d'évaluation normative et structurée (à cet égard, ATF 141 V 281) si, et le cas échéant, dans quelle mesure un syndrome de dépendance diagnostiqué par un spécialiste influence dans le cas concret la capacité de travail de l'assuré. La gravité de la dépendance dans un cas particulier peut et

doit être prise en compte dans la procédure de preuve structurée (consid. 6.3). Ceci est d'autant plus important que dans le cas des troubles de la dépendance – comme dans celui d'autres troubles psychiques – il y a souvent un mélange de troubles ayant valeur de maladie ainsi que de facteurs psychosociaux et socio-culturels. L'obligation de diminuer le dommage (art. 7 LAI) s'applique également en cas de syndrome de dépendance, de sorte que l'assuré peut être tenu de participer activement à un traitement médical raisonnablement exigible (art. 7 al. 2 let. d LAI). S'il ne respecte pas son obligation de diminuer le dommage, mais qu'il maintient délibérément son état pathologique, l'art. 7*b* al. 1 LAI en liaison avec l'art. 21 al. 4 LPGA permet le refus ou la réduction des prestations (consid 5.3.1).

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),

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

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

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

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

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

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

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. Pour des motifs de proportionnalité, on peut renoncer à une telle évaluation si elle n'est pas nécessaire ou si elle est inappropriée. Il en va notamment ainsi lorsqu'il n'existe aucun indice en faveur d'une incapacité de travail durable, ou si l'existence d'une incapacité de travail est niée de manière convaincante par un avis médical spécialisé ayant pleine valeur probante et que les éventuels avis contraires peuvent être écartés faute de pouvoir se voir conférer une telle valeur (arrêt du Tribunal fédéral 9C_724/2018 du 11 juillet 2019 consid. 7).

Ces indicateurs sont classés comme suit :

I. Catégorie « degré de gravité fonctionnelle »

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

A. Axe « atteinte à la santé »

1. Expression des éléments pertinents pour le diagnostic et des symptômes

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 (consid. 4.3.1.1).

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

Ce critère est un indicateur important pour apprécier le degré de gravité. L'échec définitif d'un traitement indiqué, réalisé lege artis sur un assuré qui coopère de manière optimale, permet de conclure à un pronostic négatif. Si le traitement ne correspond pas ou plus aux connaissances médicales actuelles ou paraît inapproprié dans le cas d'espèce, on ne peut rien en déduire s'agissant du degré de gravité de la pathologie. Les troubles psychiques sont invalidants lorsqu'ils sont graves et ne peuvent pas ou plus être traités médicalement. Des déductions sur le degré de gravité d'une atteinte à la santé peuvent être tirées non seulement du traitement médical mais aussi de la réadaptation. Si des mesures de réadaptation entrent en considération après une évaluation médicale, l'attitude de l'assuré est déterminante pour juger du caractère invalidant ou non de l'atteinte à la santé. Le refus de l'assuré d'y participer est un indice sérieux d'une atteinte non invalidante. À l'inverse, une réadaptation qui se conclut par un échec en dépit d'une coopération optimale de la personne assurée peut être significative dans le cadre d'un examen global tenant compte des circonstances du cas particulier (consid. 4.3.1.2).

3. Comorbidités

La comorbidité psychique ne doit être prise en considération qu'en fonction de son importance concrète dans le cas d'espèce, par exemple pour juger si elle prive l'assuré de ressources. Il est nécessaire de procéder à une approche globale de l'influence du trouble somatoforme douloureux avec l'ensemble des pathologies concomitantes. Un trouble qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidant en tant que tel (cf. consid. 4.3.1.2; arrêt du Tribunal fédéral 9C_98/2010 du 28 avril 2010, consid. 2.2.2, in : RSAS 2011 IV n° 17, p. 44) n'est pas une comorbidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1040/2010 du 6 juin 2011, consid. 3.4.2.1, in : RSAS 2012 IV n° 1, p. 1) mais doit à la rigueur être pris en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité (ATF 141 V 281 consid. 4.3.2). Ainsi, un trouble dépressif réactionnel au trouble somatoforme ne perd pas toute signification en tant que facteur d'affaiblissement potentiel des ressources, mais doit être pris en considération dans l'approche globale (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.3).

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

Il s'agit d'accorder une importance accrue au complexe de personnalité de l'assuré (développement et structure de la personnalité, fonctions psychiques fondamentales). Le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du Moi » (conscience de soi et de l'autre, appréhension de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation) entre aussi en considération. Comme les diagnostics relevant des troubles de la personnalité sont, plus que d'autres indicateurs, dépendants du médecin examinateur, les exigences de motivation sont particulièrement élevées (consid. 4.3.2).

C. Axe « contexte social »

Si des difficultés sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles continuent à ne pas être prises en considération. En revanche, le contexte de vie de l'assuré peut lui procurer des ressources mobilisables, par exemple par le biais de son réseau social. Il faut toujours s'assurer qu'une incapacité de travail pour des raisons de santé ne se confond pas avec le chômage non assuré ou avec d'autres difficultés de vie (consid. 4.3.3).

II. Catégorie « cohérence »

Cette seconde catégorie comprend les indicateurs liés au comportement de l'assuré. (consid. 4.4).

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 (consid. 4.4.1).

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

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

Le juge vérifie librement si l'expert médical a exclusivement tenu compte des déficits fonctionnels résultant de l'atteinte à la santé et si son évaluation de l'exigibilité repose sur une base objective (consid. 5.2.2; ATF 137 V 64 consid. 1.2 in fine).

d. 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).

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

L'examen des indicateurs standards reste toutefois superflu lorsque l'incapacité de travail est niée sur la base de rapports probants établis par des médecins spécialistes et que d'éventuelles appréciations contraires n'ont pas de valeur probante du fait qu'elles proviennent de médecins n'ayant pas une qualification spécialisée ou pour d'autres raisons (voir ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 125 V 351 consid. 3a).

7. 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 LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son

origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

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

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

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

e. 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).

f. 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).

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

8. 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).

9. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la

simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

10. À titre préalable, il convient de constater que les nouvelles conclusions de l'intimé et du recourant suite à l'expertise judiciaire du Dr F_____ sont désormais convergentes, sauf en ce qui concerne le point de départ de l'invalidité à 100% que l'OAI fixe au mois de mai 2018, ce qui est probablement une erreur de plume (2018 en lieu et place de 2017), dès lors que l'expert fixe le point de départ de ladite invalidité au mois de mai 2017 et que le SMR de l'OAI a dit se référer aux conclusions de l'expertise qui lui paraissaient convaincantes et bien motivées.

11. En l'espèce, la chambre de céans considère que le rapport d'expertise du Dr F_____ est complet, motivé et ne contient pas de contradictions. L'expert a expliqué les raisons pour lesquelles il s'était distancé des diagnostics posés par les Drs C_____ et E_____ et ses explications sont convaincantes. Les critères retenus par l'expert pour fixer le point de départ de l'incapacité de travail à 100%, ainsi que le point de départ de l'incapacité de travail à 50% sont cohérents.

    Il est établi que la crise de panique et les premiers symptômes se sont manifestés au mois de mai 2017, ce qui justifie le point de départ de l'incapacité de travail à 100%.

    La date du 1er octobre 2018, comme point de départ d'une capacité de travail partielle à 50% est fondée sur le rapport de la Dresse C_____ du 4 mars 2019 et notamment sur l'amélioration de l'état clinique constatée en septembre 2018 suite au traitement psychothérapeutique avec M. D_____ (expertise page 16).

    Enfin, l'expert a retenu que selon la Dresse C_____, l'état clinique constaté en janvier-février 2019 ne mentionnait plus que de légers symptômes anxieux, ce qui permettait au Dr F_____ de considérer que l'incapacité de travail n'était désormais plus justifiée, même si une légère anxiété non incapacitante persistait, indiquant que la rémission quasi-complète de l'anxiété était survenue en septembre 2019.

Au vu de ce qui précède, la chambre de céans considère qu'il est établi au degré de la vraisemblance prépondérante que l'incapacité de travail totale du recourant a commencé le 5 mai 2017.

En ce qui concerne le moment où la capacité de travail à 50% a débuté, l'expert la fixe au 1er octobre 2018.

S'agissant du moment où le recourant a récupéré une pleine capacité de travail, l'expert le fixe au 1er mars 2019.

La chambre de céans considère, en suivant les conclusions de l'expert, que les dates de reprise de la capacité de travail à 50% et de rétablissement de la capacité de travail à 100% ont été établies au degré de la vraisemblance prépondérante.

À la lecture du rapport d'expertise et sur recommandation du SMR, l'OAI a proposé, dans sa nouvelle détermination du 14 juin 2021 et conformément à l'art. 88a al. 1 RAI, le début du versement de la demi-rente trois mois après le rétablissement de la capacité de travail à 50%, soit dès le 1er janvier 2019 et l'arrêt du versement de la demi-rente trois mois après la récupération de la pleine capacité de travail, soit dès le 1er juin 2019.

12. La décision querellée sera donc réformée dans le sens indiqué *supra* et une rente entière d'invalidité sera octroyée au recourant, de mai 2018 à décembre 2018, puis une demi-rente d'invalidité lui sera octroyée, de janvier à mai 2019.

13. Le recourant, qui obtient partiellement gain de cause, et qui est représenté par un mandataire, aura droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]) aux frais de l'intimé.

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

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Réforme la décision sur opposition rendue par l'OAI le 15 mai 2019, en ce sens qu'il est octroyé au recourant une rente d'invalidité entière depuis le 1er mai 2018 jusqu'au 31 décembre 2018, puis une demi-rente d'invalidité du 1er janvier 2019 au 31 mai 2019.
4. Octroie au recourant, aux frais de l'intimé, une indemnité de procédure de CHF 2'500.- à titre de participation à ses frais et dépens.
5. Condamne l'intimé au paiement d'un émolument de procédure de CHF 200.-.
6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière	Le président
Nathalie LOCHER	Philippe KNUPFER

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