RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/241/2021 **ATAS/1104/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 2 novembre 2021

1ère Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié c/o Madame B_____, à GENÈVE recourant

contre

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

Siégeant : Doris GALEAZZI, Présidente; Andres PEREZ et Christine TARRIT-DESHUSSES, Juges assesseurs

EN FAIT

A. a. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né le _____ 2001, souffre d'une infirmité congénitale au sens du n° 404 de l'ordonnance concernant les infirmités congénitales du 9 décembre 1985 (OIC - RS 831.232.21).

En raison de ses difficultés scolaires et d'apprentissage, il a bénéficié d'une scolarité en milieu spécialisé. Il n'a pu suivre aucune formation professionnelle et n'a jamais travaillé.

b. Le docteur C_____, psychiatre traitant, a retenu, les 24 mars et 24 mai 2017, des troubles du comportement dès 2015 et un TDAH (« diagnostic posé semble-t-il dès l'âge de 4-5 ans ») et relevé de fortes difficultés à rester en place, à respecter les autres, ainsi que les consignes et les règles. L'évolution était stable. Le 29 décembre 2017, le médecin a précisé que le patient avait un manque de motivation et que le TDAH compliquait son adaptation sociale et ses possibilités de formation.

B. a. Les coûts d'une psychothérapie ambulatoire liée à l'infirmité congénitale ont été pris en charge par l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI).

b. Le 10 novembre 2017, Madame B_____, mère de l'assuré, a rappelé que celui-ci finissait l'école obligatoire en 2018 et a demandé à ce qu'il puisse entrer dans une structure d'apprentissage adaptée à son problème d'hyperactivité.

Selon le rapport final – MOP du 27 février 2018, « l'assuré a intégré le Centre médico-pédagogique de F_____, le CMP F_____, le 8 janvier 2017. Nous les contactons ce jour et il s'avère que le jeune n'est pas prêt à intégrer une formation professionnelle. Il vient au CMP avec des écarts mais une certaine régularité quand même. Il est très angoissé, notamment en ce qui concerne les déplacements. En effet, il est obligatoire de l'accompagner lorsqu'il doit se rendre à l'OFP par exemple. Selon sa référente, le jeune aura besoin de rester de nombreux mois en centre de jour avant de pouvoir envisager une orientation professionnelle. Des mesures de réadaptation ne sont pas envisageables à l'heure actuelle. ».

Le mandat de réadaptation a été liquidé au vu de ce rapport.

c. La mère de l'assuré a déposé une nouvelle demande de mesures professionnelles le 2 octobre 2018 (formation professionnelle initiale). Constatant que son fils allait atteindre ses 18 ans le 2 juillet 2019, l'OAI l'a invitée à lui faire parvenir une demande de prestations pour les assurés adultes, dans le cas où il devrait poursuivre une formation prise en charge par l'assurance-invalidité ou bénéficier d'une éventuelle rente d'invalidité, ce à quoi elle s'est conformée le 4 mars 2019, précisant que la demande était fondée sur une incapacité de concentration à long terme et une hyperactivité avec déficit d'attention depuis quatre ans.

d. Une observation professionnelle a été mise en place du 3 juin au 1er septembre 2019 selon communication du 18 juin 2019, soit un stage (art. 69 RAI) au sein du secteur Jeunes des Établissements pour l'intégration (ci-après : EPI), dans le cadre

de mesures de réadaptation, ainsi qu'un entraînement à l'endurance (art. 14 LAI) du 2 septembre au 1er décembre 2019 auprès des EPI, selon communication du 17 septembre 2019.

Il ressort de la note de travail établie à la fin de la mesure d'entraînement le 26 novembre 2019 que l'assuré présente des troubles de conduite qui semblent se surajouter aux éléments TDAH et compliquent gravement l'adaptation sociale et les possibilités de formation. Les EPI indiquent qu'une formation n'est actuellement pas possible dans leur établissement (rapports EPI des 23 septembre et 19 décembre 2019).

Interrogé par l'OAI, le Dr C_____ a indiqué le 16 mars 2020 que, depuis son dernier rapport, son patient n'avait malheureusement pas évolué favorablement. Selon le médecin en effet, « il persiste principalement une difficulté motivationnelle, que ce soit pour une formation ou une activité professionnelle, se reflétant systématiquement par une forte difficulté à se lever et se rendre à l'heure aux formations ou activités. Les attentes du patient restent toutefois irréalistes par rapport aux réelles possibilités qui peuvent lui être offertes dans ce contexte empêchant la situation d'évoluer ». Le médecin se demande si un diagnostic complémentaire ne devrait pas être retenu, celui d'un trouble envahissant du développement (TED). Il considère que le pronostic n'est à ce jour pas favorable et que si une capacité d'apprentissage existe, elle est très difficile à mettre en œuvre vu l'absence de motivation.

La division de réadaptation professionnelle a constaté, dans une note du 6 mai 2020, qu'actuellement des mesures de réadaptation n'étaient subjectivement et objectivement pas indiquées, l'assuré ne parvenant pas à remplir les objectifs de la première phase (entraînement à l'endurance) d'une mesure de réinsertion préparant à la réadaptation.

e. Sur proposition du SMR du 9 juin 2020, l'OAI a confié un mandat d'expertise au docteur D_____, spécialiste FMH en psychiatrie, avec la mission de procéder à un examen neuropsychologique, à des tests de validation des symptômes et à des tests de QI, dans le but d'évaluer l'existence d'un éventuel diagnostic incapacitant selon les critères de la CIM 10.

Le Dr D_____ a établi son rapport d'expertise le 8 octobre 2020. Il a constaté que l'assuré pouvait assumer une activité adaptée à 100%, sans baisse de rendement, en raison de limitations fonctionnelles non significatives depuis janvier 2018, mais recommande une aide à la réinsertion professionnelle, « car ceci pourrait améliorer le pronostic ».

f. Le 3 novembre 2020, le SMR a pris note des diagnostics retenus par l'expert, aucun n'ayant d'effet sur la capacité de travail, soit des troubles dépressifs récurrents légers depuis janvier 2018 jusqu'à présent, un trouble mixte de la personnalité émotionnelle labile de type impulsif et anxieux actuellement non décompensé, une dépendance primaire au cannabis utilisation épisodique depuis

l'adolescence, et un trouble de l'attention avec hyperactivité depuis l'enfance, ainsi que de sa conclusion relative à la capacité de travail, soit un 100% dans une activité adaptée dès 2018.

Le 5 novembre 2020, l'OAI a transmis à l'assuré un projet de décision, qu'il a confirmé le 22 décembre 2020, selon lequel sa demande de rente d'invalidité était rejetée, au motif qu'« à l'heure actuelle, en l'absence d'une atteinte à la santé strictement du ressort de l'AI, il n'y a pas de raison médicale permettant de justifier une incapacité de travail, respectivement de gain ».

C. a. L'assuré, soit pour lui sa mère, a interjeté recours le 22 janvier 2021 contre la décision du 22 décembre 2020. Il demande à ce que celle-ci soit revue et à ce qu'un suivi possible soit pris en considération.

Il a joint à son courrier le rapport d'examen du 30 mars 2005 de Madame E_____, psychologue et spécialiste en neuropsychologie.

b. Dans sa réponse du 2 mars 2021, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il rappelle que les mesures mises en place, soit le stage d'observation professionnelle du 3 juin au 1er septembre 2019 et la mesure d'entraînement à l'endurance du 2 septembre au 1er décembre 2019, n'ont pas permis d'envisager l'octroi d'une formation professionnelle initiale et que, selon le rapport d'expertise psychiatrique du 8 octobre 2020, auquel il convient de reconnaître pleine valeur probante, aucune atteinte à la santé incapacitante n'a été retenue. L'OAI constate enfin que le rapport d'examen neuropsychologique du 30 mars 2005 produit par l'assuré a déjà été pris en considération par l'expert.

c. Par courrier du 13 mai 2021, la mère de l'assuré a tenu à souligner que l'évolution de celui-ci ne lui donnait pas la possibilité « de faire un pas vers le monde extérieur », ajoutant que « je ne vois pas comment il pourrait faire le pas de lui-même pour une formation dans une structure normale, car ses progrès à ce jour restent les mêmes et je ne suis pas convaincue que cela changera un jour. Entre ses mots et la réalité, il y a une énorme différence ». Elle conclut à ce que ses problèmes psychologiques soient pris en considération.

d. Dans sa duplique du 8 juin 2021, l'OAI a déclaré qu'il persistait intégralement dans ses conclusions tendant au rejet du recours.

e. Ce courrier a été transmis à l'assuré et la cause 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. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA).

3. Il y a lieu de constater que l'OAI a intitulé la décision litigieuse « aucun droit à la rente » et ne se prononce que sur cette question. Dans son préavis du 2 mars 2021, il précise toutefois que le stage d'observation professionnelle et la mesure d'entrainement à l'endurance n'ont pas permis d'envisager la prise en charge d'une formation professionnelle initiale. Dans son recours, l'assuré a conclu à l'octroi d'une telle mesure.

   Il importe de rappeler préalablement que les mesures de réadaptation ont la priorité sur la rente. D'après la jurisprudence, on applique en effet 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 (sur ce principe général du droit des assurances sociales, voir ATF 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 consid. 4b et les arrêts cités). La réadaptation par soi-même est un aspect de l'obligation de diminuer le dommage et prime aussi bien le droit à une rente qu'à celui des mesures de réadaptation (art. 21 al. 4 LPGA).

   Le litige porte ainsi, principalement, sur le droit de l'assuré à des mesures de formation professionnelle, plus particulièrement à une formation professionnelle initiale et, subsidiairement, à une rente entière d'invalidité dès le 1er janvier 2018.

4. Selon l'art. 8 al. 1er LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b).

   Le droit aux mesures de réadaptation n'est pas lié à l'exercice d'une activité lucrative préalable. Lors de la fixation de ces mesures, il est tenu compte de la durée probable de la vie professionnelle restante (art. 8 al. 1bis LAI).

   L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent les mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital).

   Pour déterminer si une mesure est de nature à maintenir ou à améliorer la capacité de gain d'un assuré, il convient d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2 et les références). Celles-ci ne seront pas allouées si elles sont vouées à l'échec, selon toute vraisemblance (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 388/06 du 25 avril 2007 consid. 7.2). Le droit à une mesure de réadaptation suppose en outre qu'elle soit appropriée au but de la réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité, tant objectivement, en ce qui

concerne la mesure, que sur le plan subjectif, en ce qui concerne la personne de l'assuré (VSI 2002 p. 111 consid. 2 et les références). Selon la jurisprudence constante, le droit à des mesures de reclassement (et à d'autres mesures de réadaptation professionnelle) à cause d'invalidité ne peut être refusé en raison du manque de faculté subjective de reclassement que dans la mesure où la procédure de mise en demeure prescrite à l'art. 21 al. 4 LPGA a été observée (arrêt du Tribunal fédéral 9C_100/2008 du 4 février 2009 consid 3.2 et les références).

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

On rappellera qu'il n'existe pas un droit inconditionnel à obtenir une mesure professionnelle (voir par ex. l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_385/2009 du 13 octobre 2009).

Contrairement à ce qui prévaut en matière de rentes (art. 28 al. 1er LAI), la loi ne dit pas à partir de quel degré d'invalidité l'assuré peut prétendre des mesures de réadaptation. Si une perte de gain de 20% environ ouvre en principe droit à une mesure de reclassement dans une nouvelle profession (ATF 124 V 108 consid. 2b et les arrêts cités), la question reste ouverte s'agissant des autres mesures d'ordre professionnel prévues par la loi (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_464/2009 du 31 mai 2010).

D'après la circulaire sur les mesures de réadaptation d'ordre professionnel de l'Office fédéral des assurances sociales (ci-après : CMRP, valable à partir du 1er janvier 2014), n'entrent en considération, pour l'octroi de prestations, que les mesures qui correspondent aux capacités et, dans la mesure du possible, aux dispositions des assurés et qui visent à atteindre le but de la réadaptation de manière simple et adéquate. Cette exigence implique un rapport raisonnable entre, d'une part, la durée et les coûts de la mesure et, d'autre part, le résultat économique (au sens de l'efficacité de la réadaptation). La formation professionnelle répondra en outre aux exigences du marché du travail et aura lieu autant que possible sur le marché primaire de l'emploi et dans des centres de formation pour bien portants (CMRP ch. 1006).

Concernant les handicapés psychiques, les mesures d'ordre professionnel sont aménagées autant que possible, quant au temps et à l'organisation, de manière à

pouvoir tenir compte des variations de l'état de santé de manière appropriée. Ces mesures ne sont pas appliquées uniquement pour des raisons thérapeutiques. Toutefois, une mesure professionnelle produisant un effet secondaire positif sur le plan thérapeutique peut entrer en considération si l'accent est mis sur la réadaptation professionnelle immédiate.

À teneur de l'art. 16 LAI, l'assuré qui n'a pas encore eu d'activité lucrative et à qui sa formation professionnelle initiale occasionne, du fait de son invalidité, des frais beaucoup plus élevés qu'à un non-invalide a droit au remboursement de ses frais supplémentaires si la formation répond à ses aptitudes (al. 1). Est notamment assimilée à la formation professionnelle initiale la préparation à un travail auxiliaire ou à une activité en atelier protégé (al. 2 let. a).

L'art. 5 al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI-RS 831.201) prévoit que sont réputées formation professionnelle initiale toute formation professionnelle initiale au sens de la loi fédérale du 13 décembre 2002 sur la formation professionnelle, ainsi que la fréquentation d'écoles supérieures, professionnelles ou universitaires faisant suite aux classes de l'école publique ou spéciale fréquentées par l'assuré, de même que la préparation professionnelle à un travail auxiliaire ou à une activité en atelier protégé.

Il faut entendre par formation professionnelle initiale le développement systématique d'une personne ayant terminé sa formation scolaire et fait son choix professionnel, dans le but précis de la rendre apte à exercer une profession et dans la perspective d'aptitudes suffisamment utilisables au plan économique (RCC 1982, p. 470). La formation scolaire est réputée achevée lorsque toutes les conditions scolaires et personnelles pour suivre une formation professionnelle initiale sont remplies (art. 16 LAI).

Les conditions suivantes doivent être remplies de façon cumulative :

- il doit s'agir d'une invalidité qui limite considérablement l'assuré dans sa formation professionnelle et entraîne d'importants frais supplémentaires dus à l'invalidité ;
- l'assuré doit être apte à la réadaptation, c'est-à-dire qu'il doit être objectivement et subjectivement en état de suivre avec succès des mesures de formation professionnelle ;
- la formation doit être adaptée au handicap et correspondre aux capacités de l'assuré ; en outre, simple et adéquate, elle doit lui permettre de s'insérer dans la vie active ou dans le domaine d'activité prévu ; l'AI ne prend pas en charge les frais d'une formation qui n'aboutira vraisemblablement pas à un travail suffisamment rentable sur le plan économique ; un travail est réputé suffisamment rentable sur le plan économique lorsqu'il permet de réaliser un salaire au rendement d'au moins CHF 2,55 par heure (CMRP ch. 3010).

Ont droit à une formation professionnelle initiale les assurés :

- qui n'avaient pas encore achevé leur formation professionnelle avant la survenance de l'atteinte à la santé ;
- qui ont dû, à la suite d'une atteinte à leur santé, interrompre leur formation professionnelle initiale et qui, durant celle-ci, n'avaient pas encore acquis en dernier lieu un revenu supérieur à 30% du montant maximum de l'indemnité journalière (art. 6 al. 2 RAI, a contrario) ;
- qui n'ont jamais pu achever une formation en raison de leur invalidité et qui ont exercé ensuite diverses activités d'une durée limitée (CMRP ch. 3011).

Les assurés qui remplissent les conditions d'une formation professionnelle initiale peuvent être préparés à une activité auxiliaire sur le marché primaire de l'emploi ou à une activité en atelier protégé pour autant que la formation offre une perspective de mise en valeur économique suffisante (ch. 3010) et qu'il soit impossible, sans ces mesures, d'envisager un placement sur le marché primaire de l'emploi ou en atelier protégé (CMRP ch. 3013).

5. Concernant les handicapés psychiques, les mesures d'ordre professionnel sont aménagées autant que possible, quant au temps et à l'organisation, de manière à pouvoir tenir compte des variations de l'état de santé de manière appropriée. Ces mesures ne sont pas appliquées uniquement pour des raisons thérapeutiques. Toutefois, une mesure professionnelle produisant un effet secondaire positif sur le plan thérapeutique peut entrer en considération si l'accent est mis sur la réadaptation professionnelle immédiate.

6. 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).

7. Il convient en l'espèce de déterminer si l'assuré peut prétendre à l'octroi d'une formation professionnelle initiale.

   Il n'est pas contesté qu'il souffre d'une infirmité congénitale qui lui a ouvert le droit à diverses prestations de la part de l'OAI et qui diminuera probablement ses possibilités de gain sur le marché du travail équilibré.

   Il n'est pas non plus contesté qu'il a achevé sa scolarité obligatoire, qu'il a bénéficié d'un suivi psychothérapeutique d'une mesure scolaire spéciale au CMP et qu'il n'a encore jamais exercé d'activité lucrative ou suivi de formation.

Partant, l'assuré, présumé invalide, peut en principe prétendre à l'octroi d'une formation professionnelle initiale.

8. Il s'agit à ce stade d'examiner son aptitude à suivre une telle formation.

a. Le Dr D_____ a réalisé une expertise le 8 octobre 2020, à la demande de l'OAI.

Il y a lieu de constater que le rapport remplit sur le plan formel toutes les exigences auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document. Il contient le résumé du dossier les indications subjectives de l'assuré, des observations cliniques, ainsi qu'une discussion générale du cas. Ses conclusions sont claires et bien motivées. Il y a toutefois lieu de constater qu'il a, d'une part, évalué la capacité de travail à 100%, sans baisse de rendement, dès 2018, dans une activité adaptée comprenant une hiérarchie simple sans relations sociales complexes dans une activité légère intellectuellement tenant compte de ses désirs, et, d'autre part, recommande une aide à la réinsertion professionnelle, « car ceci pourrait améliorer le diagnostic ».

Il considère en effet que cette capacité de travail pourrait devenir nulle « selon la jurisprudence en vigueur » en cas d'évolution négative vers un épisode dépressif sévère probable, en cas d'absence de soutien pour une réadaptation professionnelle. Le pronostic psychiatrique est en revanche positif en cas de réadaptation professionnelle. La capacité de travail peut en effet être améliorée par des mesures médicales dans le sens d'une réadaptation professionnelle et d'une aide à la réinsertion professionnelle après la réalisation d'un bilan de compétences et mise en place d'un suivi psychiatrique hebdomadaire avec sevrage du cannabis pour diminuer le déconditionnement.

Le Dr D_____ a à cet égard relevé que dans cette situation clinique, sans le TDAH, l'assuré aurait pu obtenir des meilleurs résultats professionnels, mais malgré la présence du trouble et ses limitations dans les activités nécessitant une constance optimale, il ne présente pas de limitations fonctionnelles objectivables l'empêchant de faire une formation s'il était motivé. Le déconditionnement, les abus de substances expliquent sa situation professionnelle actuelle. De plus, le cannabis augmente le déconditionnement de l'assuré et diminue les chances de réinsertion professionnelle et de conserver un emploi stable.

Il a retenu un trouble mixte de la personnalité émotionnellement labile de type impulsif et anxieuse qui décompense ponctuellement, dans le contexte d'un trouble dépressif récurrent léger depuis janvier 2018 au présent. Il souligne toutefois que ce trouble de la personnalité, présent depuis le début de l'âge adulte, n'a pas empêché l'assuré d'avoir des liens sociaux quotidiens, sans limitations, et n'a pas nécessité de traitement psychotrope durable ni hospitalisation psychiatrique, ce qui prouve qu'il n'est pas durablement décompensé.

Il a considéré qu'au moment de l'expertise, l'assuré avait de bonnes capacités et ressources personnelles, car il arrive à gérer son quotidien sans difficultés d'un

point de vue purement psychiatrique et garder des bonnes relations avec plusieurs amis, mais a reconnu qu'un isolement social partiel était probable.

Il a constaté que l'assuré présentait une motivation ambivalente pour une réadaptation professionnelle dans un contexte de déconditionnement et une motivation nulle pour un sevrage au cannabis. Selon l'expert, les avantages secondaires sont clairement exprimés chez un assuré qui explique que son déconditionnement et sa démotivation seraient en lien avec la question du pourquoi il doit travailler si de toute façon soit sa mère, soit le social, soit la rente AI, seraient d'accord de le payer pour continuer à faire des jeux vidéo huit heures par jour et voir ses copains quotidiennement.

Il a conclu à l'existence d'une « discordance entre une diminution de la capacité de travail selon le psychiatre traitant et l'absence de limitations fonctionnelles selon la journée type, mais aussi selon les plaintes de l'assuré et selon même l'appréciation du psychiatre traitant qui met en avant le fait que l'assuré pourrait se former s'il n'avait pas de manque de motivation ».

Le médecin traitant considère quant à lui que le pronostic n'est à ce jour pas favorable et que si une capacité d'apprentissage existe, elle est très difficile à mettre en œuvre vu l'absence de motivation.

b. Il résulte du rapport établi par les EPI le 23 septembre 2019 à l'issue du stage au sein du secteur Jeunes des EPI, auquel l'assuré a été soumis en vue d'évaluer la faisabilité d'une réadaptation professionnelle, que les troubles d'attention et de concentration, les difficultés d'organisation et de planification, ainsi que sa mémoire aléatoire ne lui permettent pas de développer les apprentissages théoriques. Les absences sont fréquentes. Certaines sont dues à des vertiges, des nausées et des céphalées ou à une nuit blanche qui ne lui permet pas de se rendre au secteur Jeunes le lendemain. D'autres sont restées inexpliquées. Il est régulièrement en retard de 15 à 40 minutes le matin, ainsi qu'au retour de pause, de 5 à 15 minutes. Il ne reconnaît pas ses difficultés. Il s'est engagé à plusieurs reprises à améliorer son comportement, mais il est dans l'incapacité de trouver par lui-même les solutions pour y parvenir. Il lui est également arrivé d'être sur la défensive et/ou en opposition et d'adopter un ton agressif et provocateur. Compte tenu de ces difficultés dans la gestion du quotidien et dans les nouveaux apprentissages, il a été considéré qu'une orientation en vue d'une formation, mais en Centre, était prématurée, et qu'une mesure visant à ce qu'il retrouve progressivement un taux de présence suffisant et régulier était nécessaire au préalable. Il a ainsi été proposé de mettre l'assuré au bénéfice d'une mesure de type Réinsertion Endurance en application de l'art. 14 LAI dans le cadre du secteur Jeunes.

Il s'est avéré cependant que les objectifs principaux visés par cette mesure d'entraînement à l'endurance, soit la présence et la ponctualité, n'avaient pas été atteints. Aucun progrès significatif n'avait été constaté. Il a au contraire été observé

que « les priorités actuelles de l'assuré ne sont pas en lien avec un projet professionnel. Il en comprend d'ailleurs difficilement le sens ».

Les EPI en ont finalement conclu le 19 décembre 2019, qu'une mesure de mise en place d'un projet professionnel était prématurée.

c. Les constatations de l'expert et du médecin traitant, selon lesquelles une mesure de réadaptation professionnelle devrait être mise en place, mais que la réalisation de cette mesure se heurterait au manque de motivation de l'assuré, sont confirmées par celles des EPI. Force est de constater qu'en l'état une formation, quelle qu'elle soit, serait vraisemblablement vouée à l'échec. Or, selon la jurisprudence, aucune mesure réadaptée ne peut être allouée dans ce cas (cf. également ATAS/356/2017 a contrario). Aussi le droit à une telle mesure de réadaptation ne peut-il être reconnu à l'assuré en l'état.

Il est vrai toutefois qu'une formation professionnelle, dans une économie libre et sans soutien, est difficilement réalisable pour l'assuré. Seule une formation encadrée et dispensée dans un milieu spécialisé devrait être envisagée. Aussi convient-il d'attirer l'attention de l'assuré sur le fait qu'il lui sera loisible de déposer une nouvelle demande de formation professionnelle lorsqu'il sera prêt à adhérer à un tel projet.

9. Reste à examiner le droit de l'assuré à une rente d'invalidité.

10. 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. 28a al. 1 LAI).

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 des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais 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. Selon l'art. 29 al. 3 LAI, la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance.

Lorsque les revenus avec et sans invalidité sont basés sur la même tabelle statistique, il n'est pas nécessaire de les chiffrer précisément, dans la mesure où le taux d'invalidité se confond avec le taux d'incapacité de travail. Même s'il n'est pas indispensable de déterminer avec précision les salaires de références, il n'en demeure pas moins que, dans cette situation, l'évaluation de l'invalidité repose sur des données statistiques. Par conséquent, une réduction supplémentaire du revenu d'invalide (abattement) est possible en fonction des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (arrêt du Tribunal fédéral 9C_842/2018 du 7 mars 2019 consid. 5.1 et les références).

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 102 V 165 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

En 2017, 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. En effet, celles-ci ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée. 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 (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7).

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).

Il convient dorénavant 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), à l'aide des indicateurs suivants :

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. 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.

Il convient encore d'examiner le succès du traitement et de la réadaptation ou la 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.

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 psychique avec l'ensemble des pathologies concomitantes. Un trouble qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidant en tant que tel n'est pas une comorbidité, mais doit à la rigueur être pris en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité.

Il convient ensuite 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.

Si des difficultés sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles ne doivent 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 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.

Il s'agit, encore, 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 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.

Il faut examiner ensuite la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, pour 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.

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.

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 la CIM ou le DSM-5 (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).

Ce diagnostic 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 difficultés décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses difficultés 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 (cf. ATF 131 V 49 consid. 1.2).

11. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical (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, à ce motif, 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 et les références).

    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.

    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).

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).

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).

12. Dans son rapport d'expertise du 8 octobre 2020, dont la valeur probante a déjà été admise, le Dr D_____ n'a pas retenu les troubles de la concentration et de l'attention relevés par le Dr C_____, et a considéré que les troubles d'hyperactivité et d'impulsivité étaient certes présents dans l'enfance de l'assuré, mais ne l'étaient plus à présent. Il a en revanche admis un trouble de la personnalité, sans décompensation, puisqu'il n'y avait eu ni traitement ni hospitalisation psychiatrique.

Selon l'expert enfin, la dépendance au cannabis n'a pas eu pour effet des limitations psychiatriques qu'il est possible d'objectiver à un degré irréversible. Il a évalué la capacité de travail dans une activité adaptée, à 100%, sans baisse de rendement, depuis janvier 2018.

13. Lorsqu'une appréciation repose sur une évaluation médicale complète, comme celle des médecins du SMR, il faut pour la contester faire état d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et suffisamment pertinents pour en remettre en cause les conclusions. 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. notamment ATF 9C_618/2014 consid. 6.2.3 du 9 janvier 2015).

Le Dr C_____, psychiatre traitant, a retenu, les 24 mars et 24 mai 2017, des troubles du comportement dès 2015 et un TDAH (« diagnostic posé semble-t-il dès l'âge de 4-5 ans »). Le 29 décembre 2017, il a précisé que le patient souffrait d'un manque de motivation et que le TDAH compliquait son adaptation sociale et ses possibilités de formation. Le 16 mars 2020 enfin, il a à nouveau souligné le manque de motivation de l'assuré pour une formation ou une activité professionnelle, une forte difficulté à se lever et à se rendre à l'heure aux formations ou aux activités, des attentes irréalistes sur le plan professionnel et une banalisation de ses difficultés.

La mère de l'assuré fait valoir que Mme E_____ avait observé le 30 mars 2005 l'existence d'une importante agitation psychomotrice, d'une irritabilité, d'une attitude oppositionnelle et de gestes hétéro-agressifs qui rendent la passation d'épreuves psychométriques très difficile, voire impossible. Elle avait également mentionné des signes croissants d'anxiété, sous la forme de gestes répétitifs, à caractère obsessionnel, ainsi que d'une auto-agressivité de plus en plus marquée.

Force est de constater que le Dr D_____ a expressément cité le rapport de Mme E_____ parmi les documents médicaux figurant dans le dossier dont il a pris connaissance. Il a du reste proposé un suivi psychiatrique hebdomadaire abordant l'exigibilité d'un sevrage au cannabis, ses avantages assécurologiques primaires et son lien au monde professionnel, un traitement antidépresseur et un traitement pour le TDAH après le sevrage.

Il a déjà été rappelé qu'un droit à la rente est exclu aussi longtemps que des mesures de réadaptation peuvent influer sur l'invalidité au point de la faire tomber au-dessous du niveau justifiant l'octroi d'une rente (art. 28, al. 1, let. a, LAI ; RCC 1984 p. 359, 1982 p. 471, 1981 p. 123, 1970 p. 162 et 395, 1969 p. 424).

Plus la mise à contribution de l'assureur est importante, plus les exigences posées à l'obligation de réduire le dommage devront être sévères. C'est le cas, par exemple, lorsque la renonciation à des mesures destinées à réduire le dommage conduirait à l'octroi d'une rente ou au reclassement dans une profession entièrement nouvelle

(ATF 113 V 22 consid. 4d p. 32 et les références citées; arrêts du Tribunal fédéral 9C_578/2009 consid. 4.2.3 et 9C_224/2011).

Il y a lieu de constater en l'espèce, que les observations du médecin traitant et de Mme E_____, ne suffisent pas à mettre en doute les conclusions du Dr D_____. Ce dernier n'a retenu aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail. L'assuré présente certes des troubles dépressifs récurrents légers depuis janvier 2018, mais ceux-ci ne remplissent pas les indices de gravité jurisprudentiels, ainsi qu'un trouble de l'attention avec hyperactivité depuis l'enfance, qui ne l'a toutefois pas empêché de suivre la scolarité obligatoire.

Aussi le recours ne peut-il être que rejeté.

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

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

La greffière	La présidente
Nathalie LOCHER	Doris GALEAZZI

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