RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2732/2020 **ATAS/759/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 15 juillet 2021

5ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Caroline RENOLD — recourant

contre

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

Siégeant : Philippe KNUPFER, Président; Pierre-Bernard PETITAT et Monique STOLLER FÜLLEMANN, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en décembre 1974, d'origine franco-sénégalaise, s'est installé à Genève en 2005.

2. Il a géré un commerce d'importation de produits exotiques avant d'être hospitalisé, en juillet 2014, à la suite d'une toxidermie allergique médicamenteuse sévère (syndrome de Stevens-Johnson et Lyell) survenue après la prise d'Allopurinol. L'assuré a présenté une défaillance multi viscérale, avec atteintes rénale et pulmonaire, anémie et ulcérations cutanées sur 18% de la surface corporelle, ce qui a nécessité son transfert à l'hôpital des grands brulés du CHUV.

3. L'assuré a étudié le droit au Sénégal et a suivi une formation sur les techniques de transformation et de conservation des fruits et légumes. À Genève, il a suivi une formation en création et gestion d'entreprise auprès de B_____ avant de créer sa propre entreprise d'importation de produits exotiques.

4. Ses troubles de la santé ont entraîné la faillite de son entreprise et la séparation d'avec son épouse en 2015.

5. L'assuré a déposé une demande de prestations d'invalidité, en date du 17 août 2017, auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

   L'assuré exposait souffrir d'un syndrome de Steven-Johnson et être suivi par son médecin traitant, le docteur C_____, généraliste au groupe médical d'Onex. Il indiquait également avoir consulté, pour des problèmes d'épilepsie, le docteur D_____, neurologue, et mentionnait la doctoresse E_____, psychiatre et psychothérapeute.

6. Par courrier du 13 septembre 2017, le Dr D_____ a confirmé qu'il suivait le patient et que la demande de prestations AI était justifiée par une épilepsie généralisée avec crise tonico-cloniques d'origine cryptogénique, évoluant de longue date, un status post toxidermie médicamenteuse, avec syndrome de Steven-Johnson et une atteinte cutanée à 18% au mois d'août 2014, ainsi qu'un problème de goutte.

7. Dans un rapport du 17 octobre 2017, la Dresse E_____ a fait un status psychiatrique détaillé de l'assuré, rappelant son anamnèse et faisant les constatations objectives suivantes : patient calme et collaborant, thymie triste et anxiété présente en lien avec les difficultés socio-économiques et la santé. Diminution du plaisir et de l'intérêt, sommeil perturbé. Persistance des troubles de la concentration avec des oublis répétés et de la fatigue, l'assuré ayant de la peine à se mobiliser et à s'occuper des tâches quotidiennes. Persistance des sentiments de dévalorisation et de honte mais sans idées suicidaires. Discours cohérent et informatif avec quelques éléments projectifs. Le diagnostic posé était celui d'un épisode dépressif moyen F32.1 depuis 2015, avec traits de personnalité paranoïaque et épilepsie type tonico-cloniques, depuis 2007.

Les limitations fonctionnelles retenues comme incapacitantes étaient la thymie triste, l'anxiété, les difficultés de concentration, la fatigabilité et un rendement diminué. Le médecin a relevé des difficultés de compliance médicamenteuse, notamment en raison des conséquences de l'allergie médicamenteuse dont il avait souffert. De même, le médecin a relevé les difficultés au quotidien de l'assuré, pour ses différentes démarches administratives, l'assuré ayant besoin d'être soutenu, notamment dans le cadre de sa demande de prestations invalidité, de même que pour trouver un logement. C'était d'ailleurs les difficultés du patient et la nécessité d'un soutien plus global et pluridisciplinaire qui avait amené le personnel médical et infirmier et l'assistant sociale à adresser l'assuré au centre ambulatoire de psychiatrie et psychothérapie intégrée (ci-après : CAPPI).

S'agissant de la capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, la Dresse E_____ a estimé qu'il était difficile d'évaluer lesdites capacités, mentionnant toutefois qu'il était très important qu'il puisse bénéficier d'une réadaptation professionnelle qui aide l'assuré à réintégrer une activité de manière très graduelle, afin de favoriser la reprise d'un rythme, une meilleure structuration de son quotidien et améliorer l'estime de soi. La possibilité d'une réadaptation était un événement valorisant pour le narcissisme de patient qui vivait très mal son état actuel et le fait d'être assisté par l'hospice général. Le médecin évoquait un taux de 30 à 50% dans une activité adaptée, dans un premier temps, ce qui pourrait être graduellement augmenté en fonction de l'évolution.

8. Sur interpellation du service médical régional (ci-après : SMR) de l'OAI, le docteur F_____, du CAPPI des Eaux-Vives, a mentionné dans son rapport du 21 mars 2018 un diagnostic psychiatrique d'épisode dépressif moyen, se fondant sur le rapport de la Dresse E_____ daté du mois d'octobre 2017 et a globalement confirmé les appréciations de la Dresse E_____. Selon le médecin, d'un point de vue strictement psychiatrique, c'était le trouble de la personnalité paranoïaque F 60.0 qui avait un impact sur la capacité de travail de l'assuré.

   Il décrivait une journée type avec un réveil en fin de matinée et peu d'activités en dehors des démarches effectuées sur le plan social et juridique ; d'une manière générale l'assuré restait plutôt inactif et isolé. Le patient était considéré comme autonome et non limité dans les activités de la vie quotidienne, la limitation provenant de ses interactions sociales en lien avec ses traits de personnalité paranoïaque. Diverses tensions importantes avaient été relevées notamment avec la Dresse E_____, avec une infirmière référente du CAPPI, avec les répondants de l'hospice général, avec les intervenants dans la procédure juridique et avec la réceptionniste du fitness qu'il fréquentait.

   Selon le Dr F_____, l'assuré décrivait une motivation importante pour s'en sortir et faisait preuve d'une bonne capacité à se mobiliser sur le plan procédural notamment pour la recherche du logement et pour la procédure juridique intentée contre un médecin. En revanche, ses interactions sociales étaient très limitées et l'assuré avait peu d'entourage sur lequel compter.

Les limitations fonctionnelles incapacitantes de l'assuré étaient principalement les difficultés dans les interactions sociales liées à la personnalité paranoïaque, avec conflits récurrents et interprétation des actions d'autrui comme hostiles et méprisantes, ainsi qu'une tendance rancunière tenace. Une activité adaptée initialement dans un environnement aux interactions sociales limitées devait être envisagée. Les troubles du sommeil pouvaient représenter une limitation fonctionnelle mais pouvaient également s'améliorer avec la reprise d'une activité. Depuis le début de la prise en charge, en juillet 2017, le médecin constatait que l'évolution de la santé de l'assuré était favorable, notamment au niveau de la thymie, la qualité du lien thérapeutique semblant y contribuer.

D'un point de vue strictement psychiatrique, la capacité de travail dans une activité de commerçant indépendant était actuellement nulle et ce depuis juillet 2014. Le médecin partageait l'avis de la Dresse E_____ sur la nécessité d'un projet de reprise d'activité de manière graduelle, sans objectif initial de rendement, dans le cas de mesures de réinsertion. Une reprise à 50% lui semblait envisageable dès aujourd'hui.

Par avis médical du 4 septembre 2018, le SMR, sous la plume de la doctoresse G_____, a exposé la situation de l'assuré, son suivi neurologique et psychiatrique. Selon le médecin-conseil, une incapacité de travail de 100% dans l'activité habituelle était médicalement justifiée depuis le 22 juillet 2014 ; le début de l'aptitude à la réadaptation était fixé au 17 octobre 2017, à un taux de 30 à 50%. La capacité de travail était susceptible de s'améliorer avec la poursuite du traitement psychiatrique ; il était toutefois mentionné que l'activité adaptée devait éviter le travail de force, le travail sur machine les engins dangereux, la conduite professionnelle de véhicules, le travail en hauteur, les interactions sociales répétées, et le contact avec la clientèle. Il fallait préférer une activité dans un cadre structuré, fixe, au sein d'une équipe restreinte, sans exposition répétée aux rapports hiérarchiques. Le médecin concluait qu'il était recommandé d'interroger à nouveau le Dr C_____ et le psychiatre au courant du mois de mars 2019.

9. Sur demande de l'OAI, le Dr C_____, par courrier du 26 mars 2019, a indiqué qu'il constatait une discrète amélioration de l'assuré, celui-ci arrivant à se projeter dans l'avenir, à concevoir une possible reprise professionnelle sans en avoir une idée précise. Il manifestait une envie d'aller de l'avant. Ses limitations fonctionnelles résultaient des séquelles somatiques, soit éviter un emploi à forte exposition solaire en raison d'une hypersensibilité cutanée après lésion cutanée tendue, éviter le port de charges importantes, en raison de courbatures musculaires éviter la fatigabilité intellectuelle, en raison de l'épilepsie et éviter le travail en hauteur, en raison de sensations vertigineuses. Il était mentionné que l'assuré était en cours de divorce, ce qui avait directement un rapport avec la perte de ses capacités physiques et professionnelles. Il était en arrêt de travail en cours à 100%. À titre d'activité adaptée envisageable, le Dr C_____ mentionnait la gestion de commerce et ajoutait qu'une reprise de travail était envisageable notamment dans le

domaine de la gestion de commerce de détail que le patient connaissait bien, pour autant que les modalités soient précisées.

Le Dr C_____ communiquait, en annexe, un courrier du 3 septembre 2018 du Dr D_____, qui après un examen électroneuromyographique des membres inférieurs, indiquait une neurographie sensitive et une neurographie motrice normales. Il joignait également en annexe une consultation de neurologie du 16 octobre 2018, par la doctoresse H_____, neurologue, qui posait les diagnostics d'épilepsie cryptogénique avec crise généralisée tonico-cloniques, depuis 2007, ainsi qu'un syndrome de Steven-Johnson, d'origine médicamenteuse.

10. Sur demande de l'OAI, le docteur I_____, du CAPPI des Eaux-Vives, a remis un rapport médical intermédiaire daté du 24 avril 2019 dont il ressortait que le patient était diagnostiqué comme souffrant de troubles de la personnalité paranoïaque F60.0 avec un épisode dépressif moyen F32.1. Il bénéficiait d'un suivi médical à raison d'une fois par mois, avec une prescription de somnifères, mais pas de traitement antidépresseur, car ce dernier avait été stoppé par le patient en raison d'un manque d'efficacité. L'état de santé était défini comme stationnaire, sans aggravation. Une reprise de travail ne semblait actuellement pas possible bien qu'un retour au travail était considéré comme bénéfique pour le patient à moyen terme, cependant son activité indépendante dans le commerce semblait pour l'heure impossible à remettre en place. Le taux de travail devait également être évalué au vu du fait que le patient était en arrêt depuis maintenant plusieurs années.

11. Par courrier du 24 juillet 2019, l'OAI a informé l'assuré qu'il était nécessaire d'effectuer une expertise psychiatrique afin de clarifier le droit aux prestations. Celle-ci allait être confiée au docteur J_____, psychiatre et psychothérapeute. L'assuré était informé de ses droits et notamment de la possibilité de récuser l'expert et une copie du mandat d'expertise lui était également remise.

12. En date du 7 août 2019, une avocate s'est constituée pour la défense des intérêts de l'assuré et a demandé et obtenu de l'OAI une copie de l'intégralité du dossier.

13. Le Dr J_____ a rendu un rapport d'expertise daté du 9 octobre 2019. Il avait eu deux entretiens de trois heures chacun avec l'expertisé. Il avait passé en revue les différents rapports médicaux, notamment ceux établis par les médecins traitants de l'assuré, avait fait effectuer une anamnèse complète et s'était fait décrire par l'assuré le déroulement détaillé d'une journée type. Ce dernier exposait qu'il se réveillait entre 7 et 8h00, prenait un petit déjeuner, puis faisait des courses seul et sans difficulté ; par la suite, il faisait des promenades, lisait des livres, regardait les actualités et jouait parfois au football. Il voyait occasionnellement des connaissances et des amis et il avait des discussions téléphoniques avec sa famille. Sur le plan social, il déclarait avoir des relations sociales avec quelques amis et plusieurs connaissances, avec un isolement social partiel, mais pas total, depuis 2014 jusqu'à présent. S'agissant de ses loisirs, il y avait des sorties entre amis, des lectures, des promenades et du football. Il n'avait pas besoin d'aide pour le ménage

et faisait seul ses courses sans difficulté. Il se déplaçait en transports public seul et sans difficulté. Il n'avait pas pris de vacances depuis plusieurs années à cause de ses moyens financiers très limités. Il faisait ses courses une fois par semaine et se préparait deux à trois repas par jour seul et sans difficulté. C'est lui qui entretenait son logement, faisait le ménage tous les 2-3 jours ; il faisait seul sa lessive toutes les semaines sans difficulté et gérait seul les tâches administratives simples ou avait recours à un ami ou à l'hospice général pour les tâches administratives complexes.

Le score obtenu au test des matrices de Raven faisait apparaître des capacités de concentration et intellectuelles légèrement sous la moyenne, mais correspondant à son âge. Il n'avait pas de problème de dépendance. Il se considérait comme n'étant pas malade ou légèrement malade par rapport à l'échelle PANSS d'évaluation des symptômes psychotiques. Il n'avait pas d'idées de mort, décrivait la présence d'idées noires passives fluctuantes sans idée de passage à l'acte ou de tentative de suicide. Les chefs d'estimation de la sévérité de la manie YOUNG faisaient apparaître un score de 9, soit une absence de manie. L'échelle de dépression de Hamilton aboutissait à un score de 17, soit une dépression légère et l'échelle d'anxiété de Hamilton aboutissait à un score de 12, soit une anxiété mineure.

S'agissant du diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail, il n'y en avait aucun, selon la jurisprudence de novembre 2017. Les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail étaient des troubles dépressifs récurrents moyens et puis légers, depuis 2014 jusqu'à présent F33.11 et F33.0, sans indice de gravité et des traits de la personnalité paranoïaque et anxieuse, mais sans influence sur la capacité de travail Z73.1. Selon l'expert, les troubles dépressifs récurrents moyens et légers avaient provoqué, depuis 2017, des limitations fonctionnelles non significatives cliniquement, soit une fatigue subjective, sans ralentissement psychomoteur, des troubles de la concentration subjectifs non objectivables, une tristesse légère présente la plupart de la journée, mais sans impact sur le quotidien, une faible estime de soi, un isolement social partiel, sans anhédonie, ni aboulie et avec une méfiance et une intolérance à la frustration.

En réponse aux questions de l'OAI, la capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici était évaluée à 100%, sans baisse de rendement, depuis 2014 jusqu'à présent. Le nombre d'heures de présence que la personne pouvait assurer était de 100%, soit huit heures par jour, sans baisse de rendement. Sa performance était également de 100%, sans baisse de rendement. L'expert précisait que la capacité de travail pouvait rester à 100% surtout en cas de traitement antidépresseur, mais que l'assuré était ambivalent quant à une réadaptation professionnelle ; la situation n'était pas stabilisée et devait être réévaluée dans 12 mois en fonction de l'évolution. Il était conseillé qu'il exerce une activité avec une hiérarchie simple et bienveillante, avec un coaching positif, sans relations sociales complexes. La capacité de travail pouvait rester à 100% en cas d'évolution positive stationnaire suite à la place à la mise en place d'un traitement antidépresseur et d'une aide au placement professionnel. Enfin, l'expert recommandait la mise en place d'une prise

en charge psychothérapeutique hebdomadaire, centrée sur les avantages secondaires et sur la nécessité de la prise d'un traitement antidépresseur avec des chances de guérison de 75% dans une année en cas de traitement pharmacologique et psychothérapeutique adéquat. En cas d'absence de traitement adéquat, le risque de rechute dépressive moyenne, voire sévère, était augmenté. L'expert encourageait vivement une aide à la réinsertion professionnelle.

14. Dans son rapport du 5 novembre 2019, le SMR, sous la plume de la Dresse G_____, a récapitulé les troubles de la santé de l'assuré, puis s'est prononcé sur l'expertise du Dr J_____. Le médecin-conseil s'est rallié aux conclusions de l'expert et a considéré que d'un point de vue somatique, les séquelles dermatologiques, l'épilepsie et l'arthropathie cristalline n'entraînaient pas de limitations fonctionnelles dans une activité adaptée légère et sédentaire. En l'absence de limitations fonctionnelles psychiatriques et de complications au plan somatique, on devait considérer que la capacité de travail était entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles somatiques, depuis octobre 2017

15. En date du 19 décembre 2019, l'OAI a notifié à l'assuré un projet de décision de refus de rente d'invalidité et de mesures professionnelles. La détermination du degré d'invalidité, jointe au projet de décision et effectuée en date du 6 novembre 2019 se fondait sur les statistiques salariales résultant de l'ESS, plus particulièrement le tableau TA1, tous secteurs confondus et retenait un salaire annuel brut sans invalidité de CHF 67'102.-. Après un abattement de 15%, le salaire était réduit à CHF 57'036.-, correspondant au revenu annuel brut avec invalidité, ce qui donnait, après comparaison des revenus, un taux d'invalidité de 15%. Le taux d'invalidité retenu étant inférieur à 40% ne donnait pas droit à une rente, ni à des mesures de reclassement professionnel, dès lors que le taux était inférieur à 20%.

16. En date du 22 janvier 2020, l'assuré a contacté l'OAI téléphoniquement afin de les informer qu'il entendait contester le projet de décision et avait rendez-vous avec son médecin traitant. Par la suite, l'avocate de l'assuré a demandé des délais, à plusieurs reprises, afin de pouvoir faire parvenir des pièces médicales complémentaires à l'OAI.

17. En date du 29 avril 2020, la mandataire de l'assuré a communiqué à l'OAI un rapport du Dr C_____, daté du 8 avril 2020, concluant à ce que l'assuré devait avoir une capacité de travail estimée à 60%. Par ailleurs, la mandataire a contesté le taux d'abattement de 15%, estimant qu'au vu des critères jurisprudentiels, c'était un taux minimum de 20% qui devait être retenu.

18. Par avis médical du 12 mai 2020, le SMR, sous la plume de la Dresse G_____, s'est prononcé sur le rapport du Dr C_____ et a estimé que les diagnostics psychiatriques retenus par l'expert, établis selon des critères nosologiques précis et conformes aux indices jurisprudentiels, devaient être confirmés ; dans ce contexte, les conclusions du rapport final SMR du 5 novembre 2019 restaient valables.

19. En date du 9 juillet 2020, l'OAI a rendu une décision de rejet de la demande de rente d'invalidité et de mesures professionnelles, considérant que l'assuré avait une incapacité de travail à 100%, dans toute activité, dès le 22 juillet 2014 (début du délai d'attente d'un an), mais qu'à l'échéance du délai d'attente d'une année, soit au 22 juillet 2015, la capacité de gain était jugée entière. Après comparaison entre le gain sans invalidité, fixé à CHF 67'102.-, et le gain avec invalidité, fixé à CHF 57'036.- la perte de gain s'élevait à CHF 10'066.-, soit 15%. Partant, le degré d'invalidité étant inférieur à 40%, l'assuré n'avait pas droit à une rente. S'agissant des mesures professionnelles, au vu du large éventail d'activités non qualifiées que recouvraient les secteurs de la production et des services, il n'était pas nécessaire d'intervenir pour une orientation professionnelle. D'autre part, les mesures de reclassement professionnel ne pouvaient pas être octroyées dès lors que la perte de gain était inférieure à 20%.

20. Par écritures du 8 septembre 2020, postées le même jour, la mandataire de l'assuré a recouru contre la décision du 9 juillet 2020, concluant préalablement à ce que la chambre de céans ordonne une expertise médicale judiciaire comprenant des volets psychiatrique, neuropsychiatrique et neurologique, et principalement, à ce que la décision querellée soit annulée et que l'OAI verse une rente d'invalidité à l'assuré dès le mois de février 2018 et lui octroie des mesures professionnelles et / ou tout autre mesure auquel il aurait droit. Selon le recourant, l'expertise n'avait peut-être pas été réalisée par le Dr J_____, mais par la psychologue, Madame K_____ ; ce point devait être éclairci. Sur le fond, les diagnostics retenus par l'expert étaient contestés notamment au regard du rapport du 8 septembre 2020, extrêmement complet et détaillé de la doctoresse L_____, cheffe de clinique auprès du CAPPI des Eaux-Vives et qui était joint au recours. Cette dernière retenait un diagnostic d'état de stress post-traumatique et de trouble dépressif récurrent avec épisode actuel sévère sans symptômes psychotique de même qu'un diagnostic de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe et considérait que la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée était de 40%. Les conclusions de l'expert devaient donc être écartées face aux conclusions convaincantes et détaillées des docteurs L_____ et C_____.

21. Par réponse du 6 octobre 2020, l'OAI a considéré que le rapport d'expertise était plus détaillé que les autres pièces au dossier et se fondait sur une étude attentive de celui-ci. L'ensemble des pièces médicales avait été pris en compte par l'expert qui s'y était référé pour fonder son appréciation et conclure à une capacité de travail de 100% d'un point de vue psychiatrique. S'agissant du taux d'abattement de 15%, l'OAI a considéré qu'il se justifiait en tenant compte des limitations fonctionnelles et des années de service. Par ailleurs, des mesures d'ordre professionnel n'avaient pas besoin d'être octroyées dès lors qu'en tenant compte des limitations fonctionnelles du recourant, le marché équilibré du travail offrait une palette suffisamment large d'activités non qualifiées et adaptées auxdites limitations.

En annexe à la réponse, figurait un avis médical du SMR du 22 septembre 2020, sous la plume de la doctoresse M_____ qui considérait que la nouvelle pièce fournie par le recourant, soit le rapport du 8 septembre 2020 de la Dresse L_____, était inexacte, en ce sens que cette dernière écrivait que l'expert faisait mention d'un trouble d'adaptation et/ou n'excluait pas sa présence, alors que l'expert psychiatre n'avait pas retenu le diagnostic de trouble de l'adaptation dans son expertise.

22. Par réplique du 11 novembre 2020, la mandataire du recourant a insisté sur la pertinence des remarques des médecins, notamment celles de la Dresse L_____. Par ailleurs, la description du quotidien du recourant faite par l'expert a été à nouveau critiquée comme étant manifestement erronée. Selon la mandataire, l'appréciation de la Dresse M_____, du SMR, n'était pas pertinente en raison de l'absence de spécialisation en psychiatrie de cette dernière, le recourant concluant que l'avis de la Dresse L_____ avait plus de valeur que celui du SMR. Le recourant a persisté dans ses conclusions.

23. Par duplique du 30 novembre 2020, l'intimé s'est opposé à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire pour évaluer la capacité de travail, considérant que le dossier contenait suffisamment d'indications médicales fiables. S'agissant de la remarque du recourant sur l'absence de titre de spécialiste en psychiatrie de la Dresse M_____, du SMR, l'intimé a rappelé la jurisprudence du Tribunal fédéral considérant qu'indépendamment de sa spécialisation, un médecin était capable d'apprécier la cohérence du rapport d'un confrère. L'OAI a persisté dans ses conclusions.

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

EN DROIT

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

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

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

3. Le 1er janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Toutefois, dans la mesure où le recours était, au 1er janvier 2021, pendant devant la chambre de céans, il reste soumis à l'ancien droit (cf. art. 82*a* LPGA ; RO 2020 5137 ; FF 2018 1597 ; erratum de la CdR de l'Ass. féd. du 19 mai 2021, publié le 18 juin 2021 in RO 2021 358).

4. Les modifications du 18 mars 2011 de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (révision 6a), entrées en vigueur le 1er janvier 2012, entraînent la modification de certaines dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité.

   Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références).

   En l'espèce, au vu des faits pertinents jusqu'à la décision du 9 juillet 2020, le droit éventuel aux prestations doit être examiné en fonction des modifications de la LAI, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329).

5. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

   Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais pour la période du 15 juillet au 15 août inclusivement (art. 38 al. 4 let. b LPGA et art. 89C let. b LPA), le recours est recevable.

6. Le litige porte sur le bien-fondé de la décision du 9 juillet 2020 refusant toute prestation d'invalidité au recourant.

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

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

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

8. a. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les

diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c; ATF 102 V 165 consid. 3.1; VSI 2001 p. 223 consid. 2b; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanent d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 ; ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1; ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

b. Dans l'ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a revu et modifié en profondeur le schéma d'évaluation de la capacité de travail, respectivement de l'incapacité de travail, en cas de syndrome douloureux somatoforme et d'affections psychosomatiques comparables. Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'un catalogue d'indicateurs (ATF 141 V 281 consid. 4). Le Tribunal fédéral a ensuite étendu ce nouveau schéma d'évaluation aux autres affections psychiques (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références). Aussi, le caractère invalidant d'atteintes à la santé psychique doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance du trouble psychique à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 143 V 409 consid. 4.4; arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2019 du 17 mars 2020 consid. 3 et les références).

Le Tribunal fédéral a en revanche maintenu, voire renforcé la portée des motifs d'exclusion définis dans l'ATF 131 V 49, aux termes desquels il y a lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble au sens de la classification sont réalisées. Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psycho-social intact (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1 et 2.2.2; ATF 132 V 65 consid. 4.2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_16/2016 du 14 juin 2016 consid. 3.2).

c. L'organe chargé de l'application du droit doit, avant de procéder à l'examen des indicateurs, analyser si les troubles psychiques dûment diagnostiqués conduisent à

la constatation d'une atteinte à la santé importante et pertinente en droit de l'assurance-invalidité, c'est-à-dire qui résiste aux motifs dits d'exclusion tels qu'une exagération ou d'autres manifestations d'un profit secondaire tiré de la maladie (cf. ATF 141 V 281 consid. 2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_756/2018 du 17 avril 2019 5.2.2 et la référence).

d. Pour des motifs de proportionnalité, on peut renoncer à une appréciation selon la grille d'évaluation normative et structurée si elle n'est pas nécessaire ou si elle est inappropriée. Il en va ainsi notamment lorsqu'il n'existe aucun indice en faveur d'une incapacité de travail durable ou lorsque l'incapacité de travail est niée sous l'angle psychique sur la base d'un rapport probant établi par un médecin spécialisé et que d'éventuelles appréciations contraires n'ont pas de valeur probante du fait qu'elles proviennent de médecins n'ayant pas une qualification spécialisée ou pour d'autres raisons (arrêt du Tribunal fédéral 9C_101/2019 du 12 juillet 2019 consid. 4.3 et la référence ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_724/2018 du 11 juillet 2019 consid. 7). En l'absence d'un diagnostic psychiatrique, une telle appréciation n'a pas non plus à être effectuée (arrêt du Tribunal fédéral 9C_176/2018 du 16 août 2018 consid. 3.2.2).

9. Selon la jurisprudence, en cas de troubles psychiques, la capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant d'évaluer globalement, sur une base individuelle, les capacités fonctionnelles effectives de la personne concernée, en tenant compte, d'une part, des facteurs contraignants extérieurs incapacitants et, d'autre part, des potentiels de compensation (ressources) (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). L'accent doit ainsi être mis sur les ressources qui peuvent compenser le poids de la douleur et favoriser la capacité d'exécuter une tâche ou une action (arrêt du Tribunal fédéral 9C_111/2016 du 19 juillet 2016 consid. 7 et la référence).

   Il y a lieu de se fonder sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4).

   - Catégorie « Degré de gravité fonctionnel » (ATF 141 V 281 consid. 4.3),

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

        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).

Les indicateurs appartenant à la catégorie « degré de gravité fonctionnel » forment le socle de base pour l'évaluation des troubles psychiques (ATF 141 V 281 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.2).

10. Selon la jurisprudence rendue jusque-là à propos des dépressions légères à moyennes, les maladies en question n'étaient considérées comme invalidantes que lorsqu'on pouvait apporter la preuve qu'elles étaient « résistantes à la thérapie » (ATF 140 V 193 consid 3.3; arrêts du Tribunal fédéral 9C_841/2016 du 8 février 2017 consid. 3.1 et 9C_13/2016 du 14 avril 2016 consid. 4.2).

    Dans l'ATF 143 V 409 consid. 4.2, le Tribunal fédéral a rappelé que le fait qu'une atteinte à la santé psychique puisse être influencée par un traitement ne suffit pas, à lui seul, pour nier le caractère invalidant de celle-ci; la question déterminante est en effet celle de savoir si la limitation établie médicalement empêche, d'un point de vue objectif, la personne assurée d'effectuer une prestation de travail. A cet égard, toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références). Ainsi, le caractère invalidant des atteintes à la santé psychique doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance du trouble psychique à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 143 V 409 consid. 4.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_142/2018 du 24 avril 2018 consid. 5.2).

    Dans les cas où, au vu du dossier, il est vraisemblable qu'il n'y a qu'un léger trouble dépressif, qui ne peut déjà être considéré comme chronifié et qui n'est pas non plus associé à des comorbidités, aucune procédure de preuve structurée n'est généralement requise (arrêt du Tribunal fédéral 9C_14/2018 du 12 mars 2018 consid 2.1).

11. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1). La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. Dans le cas des maladies psychiques, les indicateurs sont importants pour évaluer la capacité de travail, qui - en tenant compte des facteurs incapacitants externes d'une part et du potentiel de compensation (ressources) d'autre part -, permettent d'estimer la capacité de travail

réellement réalisable (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_286/2020 du 6 août 2020 consid. 4 et la référence).

b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). Il faut en outre que le médecin dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêt du Tribunal fédéral 9C_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les références).

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

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

Le fait qu'une expertise psychiatrique n'a pas été établie selon les nouveaux standards - ou n'en suit pas exactement la structure - ne suffit cependant pas pour lui dénier d'emblée toute valeur probante. En pareille hypothèse, il convient bien plutôt de se demander si, dans le cadre d'un examen global, et en tenant compte des spécificités du cas d'espèce et des griefs soulevés, le fait de se fonder définitivement sur les éléments de preuve existants est conforme au droit fédéral. Il y a lieu d'examiner dans chaque cas si les expertises administratives et/ou les expertises judiciaires recueillies - le cas échéant en les mettant en relation avec d'autres rapports médicaux - permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants. Selon l'étendue de l'instruction déjà mise en oeuvre, il peut s'avérer suffisant de requérir un complément d'instruction sur certains points précis (ATF 141 V 281 consid. 8; ATF 137 V 210 consid. 6 ; arrêts

du Tribunal fédéral 9C_808/2019 du 18 août 2020 consid. 5.2. et 9C_109/2018 du 15 juin 2018 consid. 5.1).

d. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3).

e. En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

f. On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. 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).

12. En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptible d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine).

13. a. Le point de départ de l'évaluation prévue pour les troubles somatoformes douloureux (ATF 141 V 281), les troubles dépressifs (ATF 143 V 409), les autres troubles psychiques (ATF 143 V 418) et les troubles mentaux du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives (ATF 145 V 215) est l'ensemble des éléments médicaux et constatations y relatives. Les experts doivent motiver le diagnostic psychique de telle manière que l'organe d'application du droit puisse comprendre non seulement si les critères de classification sont remplis (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1), mais également si la pathologie diagnostiquée présente un degré de gravité susceptible d'occasionner des limitations dans les fonctions de la vie courante (arrêt du Tribunal fédéral 9C_551/2019 du 24 avril 2020 consid. 4.1 et la référence).

    b. Dans un arrêt de principe du 2 décembre 2019 (ATF 145 V 361), le Tribunal fédéral, à la lumière de l'ATF 141 V 281, a notamment posé une délimitation, entre l'examen (libre), par les autorités chargées de l'application du droit, de l'admission

d'une incapacité de travail par l'expert psychiatre, d'une part, et une appréciation juridique parallèle inadmissible, d'autre part.

Selon le Tribunal fédéral, dans tous les cas, l'administration et, en cas de recours, le juge, doivent examiner si et dans quelle mesure les experts ont suffisamment et de manière compréhensible étayé leur évaluation de l'incapacité de travail, en tenant compte des indicateurs pertinents (questions de preuve). À cette fin, les experts doivent établir un lien avec la partie précédente de l'expertise médico-psychiatrique (avec extraits du dossier, anamnèse, constatations, diagnostics, etc.), c'est-à-dire qu'ils doivent se référer en détails aux résultats médico-psychiatriques des examens et explorations cliniques menés dans les règles de l'art qui relèvent de leur compétence. Le médecin doit donc exposer de manière détaillée les raisons médico-psychiatriques pour lesquelles les éléments constatés sont susceptibles de restreindre la capacité fonctionnelle et les ressources psychiques en termes qualitatifs, quantitatifs et temporels (ATF 143 V 418 consid. 6). A titre d'exemple, dans le cadre de troubles dépressifs récurrents de degrés légers à modérés qui sont souvent au premier plan dans l'examen de l'invalidité au sens de l'AI, cela signifie qu'il ne suffit pas que l'expert psychiatre déduise directement de l'épisode dépressif diagnostiqué une incapacité de travail, quel qu'en soit le degré ; il doit bien plutôt démontrer si et dans quelle mesure les constatations qu'il a faites (tristesse, désespoir, manque de dynamisme, fatigue, troubles de la concentration et de l'attention, diminution de la capacité d'adaptation, etc.), limitent la capacité de travail, en tenant compte - à des fins de comparaison, de contrôle et de plausibilité - des autres activités personnelles, familiales et sociales de la personne requérant une rente. Si les experts s'acquittent de cette tâche de manière convaincante, en tenant compte des éléments de preuve établis par l'ATF 141 V 281, l'évaluation des répercussions de l'atteinte psychique sera également valable du point de vue des organes chargés de l'application du droit, que ce soit l'administration ou le juge. A défaut, il se justifie, juridiquement, de s'en écarter (ATF 145 V 361 consid. 4.3 et la référence).

c. En ce qui concerne l'évaluation du caractère invalidant des affections psychosomatiques et psychiques, l'appréciation de la capacité de travail par un médecin psychiatre est soumise à un contrôle (libre) des organes chargés de l'application du droit à la lumière de l'ATF 141 V 281 (ATF 145 V 361 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_585/2019 du 3 juin 2020 consid. 2 et les références). Il peut ainsi arriver que les organes d'application du droit se distancient de l'évaluation médicale de la capacité de travail établie par l'expertise sans que celle-ci ne perde sa valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 9C_128/2018 du 17 juillet 2018 consid. 2.2 et les références). Du point de vue juridique, il est même nécessaire de s'écarter de l'appréciation médicale de la capacité de travail si l'évaluation n'est pas suffisamment motivée et compréhensible au vu des indicateurs pertinents, ou n'est pas convaincante du point de vue des éléments de preuve instaurés par l'ATF 141 V 281. S'écarter de l'évaluation médicale est alors

admissible, du point de vue juridique, sans que d'autres investigations médicales ne soient nécessaires (arrêt du Tribunal fédéral 9C_832/2019 du 6 mai 2020 consid. 2.2). Toutefois, lorsque l'administration ou le juge, au terme de son appréciation des preuves, parvient à la conclusion que le rapport d'expertise évalue la capacité de travail en fonction des critères de médecine des assurances établis dans l'ATF 141 V 281 et qu'il satisfait en outre aux exigences générales en matière de preuves (ATF 134 V 231 consid. 5.1), il a force probante et ses conclusions sur la capacité de travail doivent être suivies par les organes d'application de la loi. Une appréciation juridique parallèle libre en fonction de la grille d'évaluation normative et structurée ne doit pas être entreprise (cf. ATF 145 V 361 consid. 4.3 ; arrêts du Tribunal fédéral 8C_213/2020 du 19 mai 2020 consid. 4.3 et les références).

En fin de compte, la question décisive est toujours celle des répercussions fonctionnelles d'un trouble. La preuve d'une incapacité de travail de longue durée et significative liée à l'état de santé ne peut être considérée comme rapportée que si, dans le cadre d'un examen global, les éléments de preuve pertinents donnent une image cohérente de l'existence de limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation invalidante de la capacité de travail n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_423/2019 du 7 février 2020 consid. 3.2.2 et les références).

14. 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).

15. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; ATF 122 II 464 consid. 4a; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d).

16. 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).

17. En l'espèce, le recourant conteste la valeur probante de l'expertise.

    Il est reproché à l'expert d'avoir suivi la grille d'analyse requise par la jurisprudence, mais sans motiver son analyse et sans pondérer les différents éléments.

    L'expertise, pages 33 à 36, décrit, au contraire, les différents indices de gravité, l'atteinte à la santé, les comorbidités etc. et les analyse, tout en mentionnant des conclusions. Dès lors, ce grief ne saurait être retenu.

    La mandataire reproche également à l'expert d'avoir tenté d'analyser juridiquement le cas, dépassant ainsi l'objet de son mandat et de ses compétences. Bien que n'expliquant pas précisément à quelle analyse juridique éventuelle se réfère la mandataire, celle-ci ne saurait être suivie, dès lors que la chambre de céans est libre de se distancer d'éventuelles appréciations juridiques sortant du champ de compétence de l'expert.

    Enfin, la mandataire allègue que le mandat d'expertise aurait été réalisé par un tiers, soit la psychologue et non par l'expert mandaté mais n'apporte aucun élément qui pourrait rendre vraisemblable cette hypothèse qui doit, dès lors, être écartée.

    Les reproches très généraux décrits *supra*, dépourvus d'exemples précis, allégués par la mandataire du recourant, ne sauraient être suivis pour nier le caractère probant de l'expertise.

    Dans un second temps, la mandataire du recourant oppose les conclusions de l'expert à celles de la Dresse L_____ et du Dr C_____ qui sont, selon elle, plus convaincantes que celles de l'expert, qui devraient ainsi être écartées.

Dans son rapport du 8 septembre 2020 adressé à la mandataire du recourant, la Dresse L_____ pose le diagnostic d'un état de stress post-traumatique (F43.1) ayant menacé l'intégrité physique et psychique du patient, en raison de l'allergie médicamenteuse qui s'est produite en 2014 et du fait que l'hospitalisation du patient aurait entraîné la faillite de l'entreprise de ce dernier ainsi que son divorce. Le médecin poursuit en considérant que le trouble dépressif récurrent de l'assuré est actuellement en épisode sévère sans symptômes psychotiques en raison du fait que, contrairement à ce qui est noté dans l'expertise, le patient aurait de grandes difficultés à gérer son quotidien, à faire le ménage, à faire ses courses et n'aurait aucun lien contact social. Elle ajoute encore un diagnostic de modification durable de la personnalité, après une expérience de catastrophe (F 62.0), considérant qu'une modification de la personnalité s'est produite après 2014, ayant pour effet d'exacerber les traits paranoïaques du recourant. La capacité de travail du recourant est estimée à 40%. Selon la Dresse L_____, l'expert aurait sous-estimé l'intensité des syndromes dépressifs ainsi que la gravité et l'intensité des symptômes anxieux. De surcroît, l'expertise ne ferait pas mention du diagnostic de stress post-traumatique et omettrait toute la série de symptômes évoqués par la Dresse L_____.

Avant toute chose, il sied de préciser le statut de la Dresse L_____, qui n'est pas mentionnée dans la synthèse du dossier effectuée par l'expert et qui n'a apparemment jamais rendu de rapports médical, avant celui du 8 septembre 2020, postérieur à la décision querellée et transmis au stade de la procédure devant la chambre de céans.

Le dossier mentionne que l'assuré a consulté auprès du CAPPI des Eaux-Vives, la Dresse E_____, le Dr I_____ et le Dr F_____, mais la Dresse L_____ n'est jamais mentionnée, celle-ci n'expliquant d'ailleurs pas quels rapports médicaux elle aurait consultés avant de rédiger son propre rapport, ni même si elle a examiné l'assuré.

S'agissant du syndrome de stress post-traumatique, il sied de préciser que ce dernier n'a jamais été évoqué par les psychiatres du CAPPI, la Dresse E_____ et les Drs I_____ et F_____ alors même que ces derniers connaissaient parfaitement la situation médicale de l'assuré et le suivaient régulièrement. Dans ces conditions, le diagnostic de la Dresse L_____ apparaît comme un élément tout à fait isolé, jamais envisagé par les psychiatres ayant traité l'assuré, pas plus que par l'expert. Il est par ailleurs inexact de prétendre que ce diagnostic serait partagé par le Dr C_____, ce dernier parlant du traumatisme vécu par le patient lors de l'intoxication médicamenteuse, mais n'établissant pas un diagnostic d'état de stress post-traumatique

Compte tenu de ce qui précède, ce diagnostic ne saurait être retenu par la chambre de céans au degré de la vraisemblance prépondérante.

S'agissant du trouble dépressif récurrent, la Dresse L_____ le considère comme sévère en opposant aux appréciations de l'expert les déclarations du patient, décrivant l'état de son appartement comme quasiment insalubre et n'ayant aucun lien ou contact social. Une telle appréciation uniquement fondée sur les déclarations de l'assuré ne saurait être suivie car ne s'appuyant sur aucun élément objectif probant ; la sévérité de l'épisode de dépression n'est d'ailleurs pas partagée par les psychiatres du CAPPI qui n'ont évoqué qu'un épisode dépressif moyen. Enfin, contrairement à ce qu'avance la Dresse L_____, il est totalement inexact d'alléguer que l'expert n'exclut pas la présence d'un trouble d'adaptation car un tel trouble est au contraire exclu par l'expert, comme cela ressort clairement de la page 32 de l'expertise : « la personne examinée présente des troubles dépressifs récurrents légers ce qui nous permet d'exclure un trouble de l'adaptation ».

Il résulte de ce qui précède que l'avis médical de la Dresse L_____ ne saurait être suivi et ne présente pas les garanties d'objectivité et de rigueur qui permettraient de remettre en question la valeur probante de l'expertise du Dr J_____.

S'agissant des remarques du Dr C_____, le médecin-traitant relève, notamment, les différences dans la description d'une journée type, telles qu'elles ressortent de l'expertise et des autres éléments au dossier.

Il est exact que la description d'une journée type par l'assuré semble fluctuante ; celle qui est faite à l'expert, en 2019, est globalement positive, montrant un assuré capable d'assumer, sans aide, les tâches de la vie quotidienne, la tenue du ménage ainsi que les démarches administratives alors même que, dans le rapport du 17 octobre 2017 de la Dresse E_____, il est mentionné que le patient a de la peine à se mobiliser et à s'occuper des tâches quotidiennes.

Dans son rapport du 21 mars 2018, le Dr F_____ décrit un assuré se réveillant en fin de matinée en raison de ses troubles du sommeil et ayant peu d'activité dans le courant de la journée. Il expose également les interactions sociales très limitées du patient tout en notant que celui-ci décrit une motivation importante pour s'en sortir et fait preuve d'une bonne capacité à se mobiliser sur le plan procédural.

Face à ces éléments, qui résultent des déclarations différentes de l'assuré aux trois psychiatres susmentionnés, la chambre de céans considère qu'il faut retenir une autonomie et une motivation faible en 2017 (rapport de la Dresse E_____), puis s'améliorant en 2018 (rapport du Dr F_____) et en 2019 (expertise du Dr J_____). Cette progression est compatible avec les déclarations du Dr C_____ notant l'évolution de son patient dans son courrier du 26 mars 2019.

Le point de vue du Dr C_____ sur la capacité de travail du recourant se distance de celui de l'expert ; le médecin traitant considère notamment que les troubles de la santé intervenus depuis l'allergie médicamenteuse de 2014 ont pu avoir un effet sur la capacité de travail qui pourrait encore être limitatif à l'heure actuelle et critique notamment, l'appréciation de l'expert selon laquelle les comorbidités psychiatriques, soit les traits de la personnalité paranoïaque et anxieuse de l'assuré,

seraient des troubles qui entraîneraient peu de limitations fonctionnelles significatives psychiatriques, car, bien que présents depuis le départ et le début de l'âge adulte, n'auraient pas empêché un travail durant plusieurs années (expertise page 35).

Il s'agit d'une appréciation différente du médecin traitant par rapport à l'expert quant aux effets des comorbidités sur les limitations fonctionnelles du recourant ; toutefois une telle différence d'appréciation ne saurait remettre en question la valeur probante de l'expertise dès lors que, selon la jurisprudence, en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, 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).

En l'état, la question de savoir si les tendances paranoïaques du recourant peuvent avoir un effet limitatif dans la vie professionnelle du recourant, comme le suggère le Dr C_____, peut être prise en compte au niveau des limitations fonctionnelles du recourant.

Du point de vue de la chambre de céans les divergences d'opinion entre l'expert et le médecin traitant ne font pas apparaître d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés par l'expert et qui conduiraient à une remise en question des conclusions de ce dernier.

Il résulte de ce qui précède que l'expertise doit se voir reconnaître une pleine valeur probante, ayant été réalisée de manière complète et précise, se fondant sur des éléments objectifs, ne contenant pas de contradictions, ayant tenu compte des plaintes de l'assuré ainsi que de l'ensemble de la documentation médicale figurant au dossier.

Compte tenu de la qualité de l'expertise psychiatrique, il est inutile d'ordonner une expertise judiciaire multi-disciplinaire, comme demandé par le recourant.

De même, l'audition du Dr C_____ et de la Dresse L_____ s'avère également superflue, leur point de vue médical étant connu de la chambre de céans, de par les certificats médicaux fournis et partant de l'appréciation anticipée qu'une audition ne pourrait qu'aboutir à une répétition orale desdits éléments.

La chambre de céans considère, dès lors qu'une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée, en tenant compte des limitations fonctionnelles somatiques et psychiques du recourant, peut être admise.

18. Au niveau du calcul du salaire opéré par l'intimé, le recourant ne remet pas en question ce dernier mais estime que le taux d'abattement octroyé est insuffisant au regard de ses limitations fonctionnelles.

    La question de savoir s'il se justifie de procéder à un abattement sur le salaire statistique à ce titre dépend de la nature des limitations fonctionnelles présentées. Une réduction pour ce motif n'entre en considération que si, dans un marché du travail équilibré, il n'y a plus un éventail suffisamment large d'activités accessibles à l'assuré (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_661/2018 du 28 octobre 2019 consid. 3.3.4.3. et la référence).

    Les limitations fonctionnelles observées ont été jugées cohérentes et plausibles et en concordance avec l'examen clinique selon l'expert (expertise ch. 8.3.2. page 38). Ce dernier suggère une activité adaptée avec une hiérarchie simple et bienveillante, un coaching positif, sans relations sociales complexes.

    Conformément à la jurisprudence, la chambre de céans, doit faire preuve de retenue par rapport à l'appréciation de l'OAI. Cependant, il y a lieu de tenir compte des tendances paranoïaques de l'assuré, qui rendent difficiles ses interactions sociales et ont notamment conduit à des tensions importantes, avec des membres du personnel médical, des répondants de l'hospice général et d'autres personnes. Cette difficulté dans les interactions sociales, qui représente une indéniable limitation fonctionnelle, ne semble pas suffisamment avoir été prise en compte au niveau de l'abattement calculé par l'intimé.

    En effet, si l'on prend en compte l'éloignement du marché du travail, que l'on y ajoute les limitations fonctionnelles physiques et les importantes limitations fonctionnelles psychiatriques, notamment les tendances paranoïaques soulignées par le Dr C_____, il est vraisemblable qu'un certain nombre d'activités simples, mais demandant tout de même des interactions sociales, seront exclues. Dans ces conditions, la chambre de céans est d'avis que le taux d'abattement de 15 % est insuffisant et considère qu'un taux d'abattement de 20 % s'impose.

    Il s'ensuit que le taux d'invalidité calculé par l'intimé doit être revu à la hausse, le taux d'abattement retenu de 20% aboutissant, par comparaison des revenus, à un gain avec invalidité de CHF 53'682.-, soit une perte de gain de 20% par rapport au gain sans invalidité de CHF 67'102.- fixé par l'intimé.

    Ce taux d'invalidité étant inférieur à 40% n'ouvre toutefois pas le droit à une rente.

19. Le recourant conclut, à titre subsidiaire, à l'octroi de mesures professionnelles ou de toute autre mesure auquel il aurait droit.

    Selon l'art. 17 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée (al. 1er). La rééducation dans la même profession est assimilée au reclassement (al. 2). Sont considérées comme un reclassement les mesures de formation destinées à des assurés qui en ont

besoin, en raison de leur invalidité, après achèvement d'une formation professionnelle initiale ou après le début de l'exercice d'une activité lucrative sans formation préalable, pour maintenir ou pour améliorer sensiblement leur capacité de gain (art. 6 al. 1 RAI).

Par reclassement, la jurisprudence entend l'ensemble des mesures de réadaptation de nature professionnelle qui sont nécessaires et suffisantes pour procurer à l'assuré une possibilité de gain à peu près équivalente à celle que lui offrait son ancienne activité. La notion d'équivalence approximative entre l'activité antérieure et l'activité envisagée ne se réfère pas en premier lieu au niveau de formation en tant que tel, mais aux perspectives de gain après la réadaptation (arrêt du Tribunal fédéral 9C_644/2008 du 12 décembre 2008 consid. 3). En règle générale, l'assuré n'a droit qu'aux mesures nécessaires, propres à atteindre le but de réadaptation visé, mais non pas à celles qui seraient les meilleures dans son cas (ATF 124 V 110 consid. 2a et les références ; VSI 2002 p. 109 consid. 2a). En particulier, l'assuré ne peut prétendre à une formation d'un niveau supérieur à celui de son ancienne activité, sauf si la nature et la gravité de l'invalidité sont telles que seule une formation d'un niveau supérieur permet de mettre à profit d'une manière optimale la capacité de travail à un niveau professionnel plus élevé. Pour statuer sur le droit à la prise en charge d'une nouvelle formation professionnelle, on notera aussi que si les préférences de l'intéressé quant au choix du genre de reclassement doivent être prises en considération, elles ne sont en principe pas déterminantes, mais bien plutôt le coût des mesures envisagées et leurs chances de succès, étant précisé que le but de la réadaptation n'est pas de financer la meilleure formation possible pour la personne concernée, mais de lui offrir une possibilité de gain à peu près équivalente à celle dont elle disposait sans invalidité (cf. VSI 2002 p. 109 consid. 2a; RJJ 1998 p. 281 consid. 1b, RCC 1988 p. 266 consid. 1 et les références). Cela étant, si en l'absence d'une nécessité dictée par l'invalidité, une personne assurée opte pour une formation qui va au-delà du seuil d'équivalence, l'assurance-invalidité peut octroyer des contributions correspondant au droit à des prestations pour une mesure de reclassement équivalente (substitution de la prestation ; VSI 2002 p. 109 consid. 2b et les références).

La personne assurée qui s'est vue allouer par l'assurance-invalidité une mesure de reclassement a droit, selon les circonstances, à des mesures supplémentaires de reclassement. Tel est le cas lorsque la formation prise en charge n'est pas de nature à procurer à la personne assurée un revenu satisfaisant et qu'elle doit recourir à des mesures supplémentaires pour obtenir un gain comparable à celui qu'elle obtenait dans son activité antérieure avant la survenance de l'invalidité. Dans ce contexte, le droit à ces mesures ne dépend pas du fait que le seuil minimal requis pour fonder le droit au reclassement soit atteint (ATF 139 V 399 consid. 5.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C_409/2014 du 7 novembre 2014 consid 5.1).

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).

20. En l'occurrence, comme cela résulte du calcul effectué *supra*, on constate que la perte de gain qui résulte de la comparaison entre une activité sans invalidité et une activité avec invalidité est de 20% et ouvre donc le droit à une mesure de reclassement professionnel.

    Une telle mesure s'avère nécessaire au vu des limitations fonctionnelles importantes du recourant, qui l'empêchent d'exercer un certain nombre d'occupations simples et rendent nécessaire la recherche d'une activité adaptée spécifique, correspondant auxdites limitations et notamment aux grandes difficultés d'interactions sociales, afin de lui offrir une possibilité de gain à peu près équivalente à celle dont il disposait sans invalidité.

    Étant précisé que l'ensemble des médecins, y compris l'expert, s'est prononcé en faveur de mesures d'accompagnement pour un retour à la vie professionnelle du recourant.

21. Compte tenu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis et la décision du 9 juillet 2020 sera annulée. Le recourant obtenant partiellement gain de cause et étant assisté d'une avocate, une indemnité de CHF 1'500.- lui sera accordée 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]).

22. Au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.- (art. 69 al. 1bis LAI).

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision du 9 juillet 2020.
4. Dit que le recourant a droit à des mesures de reclassement professionnel.
5. Condamne l'intimé à verser une indemnité de CHF 1'500.- au recourant à titre de participation à ses frais et dépens.
6. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
7. 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