

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3952/2020

ATAS/1338/2021

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 22 décembre 2021

5^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à GENÈVE

recourante

contre

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

intimé

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

EN FAIT

A. a. Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en _____ 1982, a déposé une demande de prestations invalidité, en date du 16 septembre 2019, mentionnant de très nombreuses absences professionnelles, pour cause de maladie suite à une dépression.

b. Zurich assurances (ci-après : Zurich), assureur perte de gain en cas de maladie de son employeur, a fait procéder à une expertise psychiatrique de l'assurée, réalisée par le docteur B_____, psychiatre et psychothérapeute FMH à Vernier. Ce dernier a rendu un rapport d'expertise psychiatrique en date du 15 octobre 2019, faisant état de plaintes de l'assurée en raison de sa tristesse, avec des pleurs, des angoisses importantes, de la fatigue, un manque d'énergie, des ruminations, une diminution de l'appétit et des troubles du sommeil et de la concentration. À l'issue de son examen, l'expert a retenu que l'assurée souffrait d'un épisode dépressif récurrent sévère, sans symptômes psychotiques F33.2, actuellement en rémission partielle et présentait une symptomatologie dépressive actuellement moyenne, avec syndrome somatique F33.11, ledit diagnostic ayant une répercussion sur sa capacité de travail. Sur cette dernière, en tenant compte de l'ensemble du tableau clinique et en fonction de l'évolution actuelle, l'expert considérait que la capacité de travail médico-théorique de l'expertisée, d'un point de vue purement psychiatrique, auprès d'un autre employeur ou du chômage, était nulle jusqu'au 31 décembre 2019 et de 100 %, sans diminution de rendement, dès le 1^{er} janvier 2020, tout en notant que ce n'était pas certain, en raison de la fragilité de l'assurée, qui pouvait rechuter à nouveau. L'expert psychiatre recommandait un suivi psychiatrique intensif et de maintenir le traitement antidépresseur, six mois après la disparition symptomatique, afin de diminuer le risque de rechute dépressive, ce qui pouvait influencer positivement le pronostic psychiatrique.

c. À la demande de l'office de l'assurance invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé), la doctoresse C_____, psychiatre de l'assurée, a confirmé, par rapport médical du 23 novembre 2019, que l'assurée souffrait d'une dépression et qu'elle jugeait sa capacité de travail actuelle nulle, dès le 28 octobre 2019, et ceci pour une durée indéterminée. Elle estimait, toutefois, que cette capacité pouvait remonter à 50 %, dans une activité adaptée, selon évolution.

d. L'assurée a été licenciée par son employeur, avec effet au 31 janvier 2020.

e. En date du 23 janvier 2020, le service médical régional de l'OAI (ci-après : SMR), sous la plume du docteur D_____, a rendu un avis médical selon lequel l'expertise psychiatrique du Dr B_____ n'apparaissait pas comme pleinement convaincante, notamment en raison du fait que les indicateurs de la jurisprudence de novembre 2017 n'étaient pas présents et qu'il y avait une apparente contradiction entre la recommandation d'un suivi psychiatrique intensif et le fait

qu'une amélioration clinique était retenue. En ce qui concernait les symptômes somatiques, l'assurée se plaignait de fatigue et de douleurs ostéo-musculaires. Compte tenu de ces éléments, le SMR recommandait une expertise bi-disciplinaire en psychiatrie et en rhumatologie.

f. En date du 19 mars 2020, l'assurée s'est inscrite auprès de l'office régional de placement, indiquant chercher un taux d'activité à 80 %.

g. Suite au mandat donné par l'OAI, un rapport d'expertise bi-disciplinaire du 20 juillet 2020 a été rendu par le docteur E_____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie et la doctoresse F_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Après examen des pièces médicales, anamnèses et entretiens avec consultation, les deux experts ont considéré que l'assurée avait une capacité de travail entière, dans toute activité, sans diminution de rendement.

h. Dans son rapport SMR du 1^{er} septembre 2020, le Dr D_____ a résumé les rapports d'expertise. Sur le plan somatique, l'expert ne retenait pas de diagnostic incapacitant et l'examen rhumatologique était sans particularité. En l'absence de limitations fonctionnelles significatives, l'expert rhumatologue attestait une capacité de travail entière dans toute activité, depuis toujours. Sur le plan psychiatrique, l'expert ne retenait pas de psychopathologie incapacitante. Le status psychiatrique était dans la norme et l'assurée ne prenait pas de traitement psychotrope. En dehors d'une incapacité de travail totale, de courte durée, du 1^{er} octobre au 1^{er} décembre 2019 - en lien avec un trouble de l'adaptation (F 43.22) en réaction à l'annonce de son licenciement - l'expert ne retenait pas de limitations fonctionnelles psychiatriques et attestait d'une capacité de travail entière dans toute activité. L'assurée n'était pas limitée dans son fonctionnement quotidien, qu'elle organisait et planifiait de façon adéquate ; elle était affirmée et disposait d'une capacité de jugement conservée, de bonnes aptitudes relationnelles, de capacités d'adaptation, de flexibilité ainsi que de nombreuses ressources. Ces dernières lui permettaient, en particulier, d'assumer son ménage, de s'adonner à différents loisirs et de s'occuper seule de son fils de trois ans. Elle restait dynamique et proactive au quotidien, ayant pu travailler précédemment dans un poste à 100 %, tout en gérant l'éducation de son enfant. Elle avait, par ailleurs, de bonnes connaissances professionnelles. Compte tenu de ces éléments, le SMR considérait que l'assurée ne présentait pas d'atteinte à la santé durablement incapacitante.

B. a. En se fondant sur le préavis du SMR, l'OAI a rendu un projet de décision, daté du 16 septembre 2020, concluant qu'il n'y avait pas de droit à une rente dès lors qu'aucune atteinte à la santé invalidante n'avait pu être retenue, comme ayant une répercussion sur la capacité de travail de l'assurée, de façon durable.

b. L'assurée n'a pas réagi.

c. Par décision du 26 octobre 2020, l'absence de droit à la rente a été confirmée ; l'OAI a également considéré que des mesures professionnelles n'étaient pas

indiquées, dès lors qu'elles ne seraient pas de nature à améliorer la capacité de gain de l'assuré.

C. a. Par acte posté le 24 novembre 2020, l'assurée a interjeté recours auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans), contre la décision du 26 octobre 2020. Elle concluait à ce qu'il lui soit reconnu une incapacité de travail à 100 %, pour la période allant de mai 2019 à avril 2020 et à ce qu'il lui soit reconnu, depuis avril 2020, un taux d'invalidité, entre 25 % et 50 %. Elle mentionnait que depuis mai 2020, sa peur de sortir de la maison et du quartier, de croiser des gens et autres événements invalidants s'était améliorée et elle pouvait désormais se déplacer sans angoisse et prendre en main certaines tâches, sans attaque de panique ; mais elle avait tous les jours plusieurs douleurs, fatigues et autres troubles qui avaient une répercussion sur sa capacité de travail, sur les tâches du quotidien et sur sa vie sociale ; elle pensait que ces éléments avaient causé les soucis qu'elle avait rencontrés avec ses anciens employeurs, de même qu'avec la crèche où elle plaçait son enfant. Par contre, elle était tout à fait d'accord que des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées pour améliorer sa capacité de gain.

b. Par réponse du 23 décembre 2020, l'intimé a maintenu la décision querellée au motif que les atteintes dont se plaignait la recourante n'avaient pas un caractère invalidant durable. De surcroît, les facteurs psychosociaux ou socioculturels ne pouvaient pas être pris en compte, même si l'OAI admettait qu'il était manifeste que la recourante avait vécu une situation de vie difficile qui l'avait exposée à de multiples reprises à se sentir débordée, épuisée et à avoir besoin d'un soutien financier, le temps de reprendre ses forces. Toutefois, ces éléments ne pouvaient pas être pris en compte au niveau de l'octroi d'une rente invalidité, ce d'autant moins au vu des résultats de l'expertise bi-disciplinaire qui avait été effectuée. Enfin, l'OAI concluait au rejet du recours, mais invitait respectueusement la chambre de céans à renoncer à percevoir des frais judiciaires.

c. Par réplique du 29 janvier 2021, la recourante a transmis à la chambre de céans de nouvelles pièces médicales, notamment un certificat du 18 janvier 2021 du docteur G_____, rhumatologue, notant des douleurs sur les deux avant-pieds de la recourante et recommandant le port de supports plantaires. Était joint, un rapport radiologique du docteur H_____, rhumatologue, daté du 20 août 2020 et faisant état, à l'étage dorsal, d'une scoliose dextro-convexe avec un angle de Cobb estimé à 15°, centrée en D5 ainsi que de signes indirects de discopathie en C5-C6.

d. En date du 1^{er} février 2021, la recourante a encore transmis un certificat daté du 12 novembre 2020 et signé par la Dresse C_____, qui répondait à un courrier datant du 17 septembre 2020 de l'ASSUAS et qui indiquait que la capacité de travail de l'assurée, dans son ancienne activité, pouvait être limitée à huit heures par semaine, et que dans une activité adaptée, la durée maximum serait de douze heures par semaine. Se déterminant par rapport à la conclusion de l'expertise du

Dr B_____, la Dresse C_____ pensait qu'il persistait un trouble anxieux fluctuant.

e. Par avis médical du 22 février 2021, le SMR de l'OAI s'est prononcé sur les pièces médicales transmises par la recourante. Sous la plume de la doctoresse I_____, le SMR a pris note des troubles de la santé liés aux pieds et a considéré qu'aucun élément médical objectif nouveau n'était amené. Concernant le diagnostic de fibromyalgie, qui avait été posé par le Dr G_____ en janvier 2020, il était rappelé que l'expert rhumatologue E_____ avait conclu en août (recte : juillet) 2020 à un diagnostic de douleurs généralisées, en relation avec une hyperlaxité ligamentaire, mise en évidence lors de son examen clinique. Cette même laxité avait d'ailleurs été relevée par le podologue au niveau des pieds de l'assurée. Conformément aux indicateurs standards, les experts rhumatologique et psychiatrique avaient tenu compte des répercussions des douleurs sur le quotidien de l'assurée, ainsi que sur sa capacité de travail. Enfin, la symptomatologie douloureuse au niveau des pieds devait être soulagée par le port de supports plantaires, de chaussures adaptées et d'étirements ; cela n'entraînait pas de limitations fonctionnelles dans l'activité habituelle de l'assurée, qui était sédentaire.

f. Par observations complémentaires du 17 mars 2021, la recourante a considéré que ses douleurs étaient sous-estimées par l'OAI alors qu'elles l'empêchaient de dormir correctement, d'avoir un sommeil réparateur, et donc d'améliorer son aptitude au travail. Elle se disait lasse des démarches administratives que nécessitait l'instruction de son cas, ainsi que celle de son recours.

g. 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. Le 1^{er} janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Toutefois, dans la mesure où le recours était, au 1^{er} janvier 2021, pendant devant la chambre de céans, il reste soumis à l'ancien droit (cf. art. 82a 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).

3. 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, le recours est recevable.

4. Le litige porte sur le bien-fondé de la décision de refus de prestations invalidité du 26 octobre 2020.

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

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

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

- 6.

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

La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tels 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).

6.2 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).

6.3 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).

6.4 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).

7.

7.1 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).

7.2 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 détail 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). À 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. À défaut, il se justifie, juridiquement, de s'en écarter (ATF 145 V 361 consid. 4.3 et la référence).

7.3 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).

- 8.** 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). 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).

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

Dans l'ATF 143 V 409 consid. 4.2, le Tribunal fédéral a rappelé que le fait qu'une atteinte à la santé psychique puisse être influencée par un traitement ne suffit pas, à lui seul, pour nier le caractère invalidant de celle-ci ; la question déterminante est en effet celle de savoir si la limitation établie médicalement empêche, d'un point de vue objectif, la personne assurée d'effectuer une prestation de travail. À cet égard, toutes les affections psychiques doivent en

principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références). 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).

- 10.** Des traits de personnalité signifient que les symptômes constatés ne sont pas suffisants pour retenir l'existence d'un trouble spécifique de la personnalité. Ils n'ont, en principe, pas valeur de maladie psychiatrique et ne peuvent fonder une incapacité de travail en droit des assurances au sens des art. 4 al. 1 LAI et 8 LPGA (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2019 du 17 mars 2020 consid. 5.3 et les références).

- 11.**

11.1 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 et - 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).

11.2 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). 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.

11.3 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).

11.4 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).

11.5 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 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI - RS 831.201] ; 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).

11.6 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).

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

- 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 susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels ; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine).
- 13.** 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).

14. En l'espèce, la décision de l'intimé se fonde sur les avis médicaux du SMR ainsi que sur l'expertise bi-disciplinaire de juillet 2020.

L'expertise bi-disciplinaire du Dr E_____ et de la Dresse F_____ remplit, sur le plan formel, plusieurs exigences auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document. En effet, elle contient une anamnèse détaillée, le résumé des pièces principales du dossier, les indications subjectives et les plaintes de la recourante, les observations cliniques, ainsi qu'une discussion générale du cas.

La recourante ne remet d'ailleurs pas en question la valeur probante de l'expertise, mais elle allègue que, même si ses troubles de la santé ne remplissent pas le critère « invalidant », il n'en reste pas moins que ses peurs de sortir de la maison, de croiser des gens, ses douleurs et sa fatigue ont un effet sur son quotidien.

Les conclusions de l'expert rhumatologue sont cohérentes, l'expertise ne montrant pas de contradictions internes. L'expert reconnaît l'existence de difficultés algiques en raison de douleurs rachidiennes ou périphériques se présentant de manière inopinée, sans toutefois qu'elles présentent un caractère incapacitant et durable.

Les conclusions de l'expert psychiatrique sont également cohérentes et ne montrent pas de contradictions internes. L'anamnèse est détaillée, avec une description des données subjectives de l'expertisée. Les constatations objectives sont décrites sans contradiction. Aucun test psychologique n'est effectué, au motif qu'il n'existe pas de diagnostic psychopathologique incapacitant. Les diagnostics sont décrits, ne faisant apparaître aucun diagnostic incapacitant, ni limitations fonctionnelles. S'ensuit une évaluation de la cohérence et de la plausibilité suivie d'une appréciation des capacités, des ressources et des difficultés de l'expertisée.

Les appréciations sont parfois données « a minima », notamment au niveau de la cohérence et de la plausibilité ; bien que l'expertise psychiatrique puisse être qualifiée de sommaire dans certaines rubriques, cela n'a pas pour effet de lui dénier d'emblée toute valeur probante ; aucun diagnostic incapacitant sur le plan psychique ne ressort des plaintes de l'assurée et sa capacité à s'affirmer et à faire face à la situation ressort clairement de la rubrique consacrée à la description de ses capacités, ressources et difficultés. S'agissant des plaintes et du status clinique, l'expertise de la Dresse F_____ peut être utilement complétée par les appréciations du Dr B_____, dans son expertise du 15 octobre 2019.

À la lumière des explications données par la recourante sur sa vie quotidienne, l'experte psychiatre conclut que l'assurée possède de nombreuses ressources qui lui ont notamment permis de travailler tout en s'occupant de son fils, sans aide extérieure.

L'experte relève que l'assurée a, de sa propre initiative, interrompu son traitement d'antidépresseurs, depuis le mois de mai 2020 et consulte un psychologue et/ou un psychothérapeute à un rythme de deux fois par mois.

Ces éléments objectifs amènent l'experte F_____ à prendre ses distances par rapport au diagnostic de son confrère, le Dr B_____, qui – selon l'experte – a pu confondre le trouble dépressif récurrent qu'il a retenu, avec un diagnostic de trouble de la personnalité.

Il sied d'ajouter que l'absence de prise en charge spécialisée (le suivi psychiatrique intensif recommandé par le Dr B_____) et l'arrêt volontaire des antidépresseurs par l'assurée, confortent le diagnostic de l'experte et l'existence de ressources importantes chez l'expertisée.

S'agissant des dernières pièces médicales transmises par la recourante, notamment en ce qui concerne la problématique des pieds, il n'en ressort pas d'incapacité au sens de l'AI, ce d'autant moins que des supports plantaires peuvent, dans une certaine mesure, compenser ces troubles.

Les autres éléments, notamment dorsaux, ont été déjà pris en compte dans le cadre de l'expertise rhumatologique.

En ce qui concerne la pièce médicale rédigée par la psychiatre C_____, cette dernière n'est visiblement pas au courant des résultats de l'expertise psychiatrique du mois de juillet 2020 et donne donc un avis médical non réactualisé, se fondant sur le rapport d'expertise du Dr B_____ du mois d'octobre 2019 et à l'état de la recourante à ce moment-là.

Étant précisé que l'experte F_____ a relevé que la recourante avait vécu des moments difficiles à la fin de l'année 2019, dans un contexte d'annonce de son licenciement, ce qui a pu avoir des effets passagers sur son humeur et influencer le diagnostic de son médecin traitant et du Dr B_____.

Le Dr B_____ note la présence d'une dépression actuellement moyenne (soit en octobre 2019, p. 18) alors même qu'il reconnaît à l'assurée une capacité de travail de 100%, dès le 1^{er} janvier 2020, tout en insistant sur la nécessité d'une prise en charge sous forme d'un suivi psychiatrique intensif.

Or, au mois de juillet 2020, la Dresse F_____ ne note aucune trace de dépression, ce qui conforte l'évolution pressentie par le Dr B_____, mais sans que l'assurée n'ait eu recours à un suivi psychiatrique intensif.

Compte tenu de ces éléments, on remarque une convergence de l'expertise du Dr B_____ et de celle de la dresse F_____ sur le fait que l'état de santé de l'assurée s'est stabilisé et qu'elle dispose d'une pleine capacité de travail en début d'année 2020.

S'agissant de la capacité de travail dans une activité adaptée, la jurisprudence a retenu dans des causes relevant de l'assurance-invalidité que tant que l'état de

santé de l'assuré n'est pas stabilisé, l'examen porte sur la capacité de travail dans l'activité habituelle et qu'il doit porter sur la capacité de travail exigible dans une activité adaptée depuis sa stabilisation (arrêt du Tribunal fédéral 9C_881/2010 du 23 août 2011 consid. 3.2 ; ATAS/56/2016 du 27 janvier 2016 consid. 10 ; cf. également ATAS/784/2016 du 29 septembre 2016 consid. 11).

L'activité habituelle de l'assurée s'est terminée formellement au 31 janvier 2020, date de la fin des rapports de travail, mais matériellement lors du dernier trimestre de l'année 2019, lorsqu'elle a appris qu'elle serait licenciée, étant rappelé qu'elle a été dispensée de travailler pendant les mois de préavis. Dans ces conditions, on peut admettre que la stabilisation de l'état de l'assurée, sur le plan psychique, est intervenue en janvier 2020 et que – la fin des rapports de travail dans l'activité habituelle ayant été formellement fixée au 31 janvier 2020 – il est conforme à la jurisprudence d'avoir établi sa capacité de travail dans une activité adaptée.

Compte tenu de ce qui précède, il peut être admis au degré de la vraisemblance prépondérante que l'expertise bi-disciplinaire du mois de juillet 2020 revêt une valeur probante, que ses conclusions peuvent être suivies et que l'assurée dispose d'une capacité de travail entière, depuis le mois de janvier 2020, dans toute activité, en l'absence de limitations fonctionnelles.

La chambre de céans précisera encore qu'elle ne remet pas en question les difficultés traversées par la recourante, au niveau somatique et psychique, mais qu'elle se doit de juger par rapport à un cadre juridique fixé par la loi fédérale sur l'invalidité et la jurisprudence qui s'y rapporte.

15. À l'aune de ce qui précède, la recourante ne présente pas de trouble de la santé durable pouvant fonder une incapacité de travailler et la chambre de céans n'a d'autre choix que de rejeter le recours.
16. Il convient de renoncer, exceptionnellement, à la perception d'un émolument, en raison de la situation de la recourante, comme proposé par l'OAI.

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Renonce à percevoir des émoluments.
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

Le président

Véronique SERAIN

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