



POUVOIR JUDICIAIRE

A/1338/2019

ATAS/520/2020

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 25 juin 2020

5^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à VERSOIX, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Mirolub VOUTOV

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Philippe KNUPFER, Président; Andres PEREZ et Pierre-Bernard
PETITAT, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1968, marié et père de trois enfants, a travaillé jusqu'en 2014 comme exportateur de voitures d'occasion.
2. Le 13 juillet 2014, l'assuré a été opéré au Liban (arthrotomie sous-méniscale externe avec réduction ouverte et fixation interne au moyen d'une plaque), après y avoir subi un accident de la voie publique, ayant provoqué une fracture séparation-enfoncement du plateau tibial externe du genou gauche.
3. Le 7 septembre 2015, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en y invoquant son atteinte du genou gauche.
4. Invités par l'OAI à compléter un rapport, les médecins de l'assuré se sont déterminés comme suit :
 - a. Le 19 septembre 2015, le docteur B_____, médecin généraliste, a retenu les diagnostics incapacitants de gonalgie gauche, de status post réduction ouverte et ostéosynthèse du plateau tibial gauche (en juillet 2014), ainsi que de status post ablation du matériel du genou gauche (en septembre 2015). Par ailleurs, il a évoqué une gastrectomie partielle et un « GIST » du fond de l'estomac, sans effet sur la capacité de travail. Le médecin a fait état de douleurs persistantes à la marche chez l'assuré, qui se déplaçait avec une canne. Le genou gauche était tuméfié, chaud et douloureux lorsqu'il était mobilisé. Dans l'activité habituelle, la capacité de travail était nulle ;
 - b. Le 8 octobre 2015, le docteur C_____, chirurgien-orthopédiste, a informé l'OAI que, deux semaines après une nouvelle opération, l'assuré ne pouvait ni marcher, ni porter, ni rester assis longtemps. Il ne pouvait dès lors pas travailler « pour l'instant » ;
 - c. Le 2 février 2016, le Dr C_____ a indiqué que l'assuré souffrait toujours de douleurs, qui le limitaient pour se déplacer dans des escaliers et en cas de charge. Un traitement de physiothérapie était en cours. À la question de savoir si un retour au travail était envisageable, le Dr C_____ a répondu par l'affirmative, tout en indiquant qu'il était « trop tôt pour se prononcer » ;
 - d. Invité par l'OAI à se prononcer sur l'évolution de l'atteinte et de la capacité de travail dans une profession ne sollicitant pas le genou gauche, le Dr C_____ a répondu, le 17 mars 2016, que l'état de santé était stationnaire et que la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée était de 50% depuis « fin juin 2016 ».
5. Le 17 juin 2016, la doctoresse D_____, du service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a préconisé la mise en œuvre d'une expertise orthopédique, au motif qu'elle ne pouvait pas tirer de conclusions des rapports du Dr C_____, qui ne fournissaient pas les éléments nécessaires.

6. L'OAI a ordonné l'expertise précitée auprès du Centre d'expertise médicale de Nyon (ci-après : le CEMed). L'assuré a été examiné le 25 août 2016 par le docteur E_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, lequel a rendu son rapport le 12 décembre 2016. L'expert a retenu les diagnostics avec effet sur la capacité de travail suivants : fracture du plateau tibial externe gauche (le 12 juillet 2014) ; syndrome douloureux régional complexe de type I (automne 2014) ; ostéosynthèse de la fracture puis ablation du matériel. L'assuré avait subi un accident de la circulation le 12 juillet 2014, qui lui avait provoqué une fracture du plateau tibial externe gauche. La fracture avait été traitée par chirurgie, puis des complications s'étaient produites (dystrophie de Südeck). L'ablation du matériel d'ostéosynthèse avait été suivie d'une infection, traitée par antibiothérapie pendant trois semaines, mais celle-ci n'avait pas beaucoup amélioré la symptomatologie douloureuse de la jambe gauche. Selon l'assuré, ses douleurs actuelles étaient comparables à celles qu'il présentait lorsque la dystrophie de Südeck lui avait été diagnostiquée. Comme ses limitations fonctionnelles actuelles concernaient son genou gauche, l'exercice d'une activité professionnelle ne pouvait se faire qu'en position assise, dans un poste de travail accessible avec deux cannes anglaises. De la physiothérapie avait été entamée pour essayer d'améliorer la situation, mais sa durée était d'au moins six mois. La situation n'était donc pas complètement stabilisée, mais il était légitime de s'interroger sur une combinaison des mesures médicales actuelles avec une formation professionnelle. En parallèle, l'assuré avait été traité par gastrectomie partielle pour une tumeur de l'estomac et avait été opéré de la cataracte au niveau des deux yeux, pour un résultat qu'il qualifiait d'insatisfaisant. L'expert indiquait qu'en tant que chirurgien-orthopédiste, il ne pouvait évaluer l'incidence de ces deux dernières atteintes. S'agissant de la capacité de travail, le dossier ne contenait aucune description précise de la profession antérieure, laquelle semblait néanmoins impliquer des déplacements à pied et la position debout ; si tel était bien le cas, l'expert jugeait l'état de santé incompatible avec la profession antérieure, depuis juillet 2014. Dans une activité adaptée, il était difficile de se prononcer en l'absence d'une stabilisation sur le plan médical. Toutefois, dans une telle activité (ne sollicitant pas les genoux et permettant d'éviter les longues marches, les stations debout et les flexions-extensions répétées), rien ne s'opposait à ce que l'assuré travaille à plein temps. Actuellement, l'exercice d'une activité professionnelle pouvait donc se faire en position assise, à condition que l'assuré puisse accéder à son poste de travail avec ses cannes. L'expert a précisé que son évaluation ne tenait compte, ni des troubles de la vision signalés par l'assuré, ni d'éventuelles conséquences à moyen terme de sa tumeur gastrique.
7. Dans un avis médical daté du 23 février 2017, la Dresse D_____ a relevé que selon l'expert E_____, rien ne s'opposait à ce que l'assuré exerce une activité lucrative à plein temps. Selon elle, la capacité de travail avait été nulle entre juillet 2014 et février 2016, soit jusqu'à ce que le Dr C_____ juge la situation stabilisée. Dès le 2 février 2016, date du rapport du Dr C_____, la capacité de travail était de 100% dans une activité adaptée. S'agissant des deux pathologies mentionnées par

l'expert – à savoir une tumeur de l'estomac pour laquelle l'assuré avait bénéficié d'une gastrectomie partielle en 2014 et une atteinte ophtalmologique – elles n'influençaient pas la capacité de travail, d'après le médecin de l'assuré, le Dr B_____, qu'elle avait contacté par téléphone.

8. Le 13 mars 2017, l'OAI a transmis à l'assuré un préavis de décision, lui refusant l'octroi d'une rente et de mesures d'ordre professionnel.
9. Par pli du 27 mars 2017, l'assuré s'est opposé au préavis et a requis un entretien afin de faire valoir son droit d'être entendu.
10. Par l'intermédiaire de son assistante sociale, l'assuré a fait valoir, le 11 avril 2017, qu'il contestait la « décision » de l'OAI et notamment le refus de mesures d'ordre professionnel, lesquelles pourraient l'aider à se réinsérer dans une nouvelle profession.
11. Le 2 mai 2017, l'assuré a transmis à l'OAI diverses pièces, dont un rapport d'examen électroneuromyographique établi le 6 avril 2017 par le docteur F_____, neurologue, diagnostiquant un syndrome radiculaire algique, hypodesthésique et discrètement parétique au niveau L5 gauche.
12. Le 4 juillet 2017, le docteur G_____, de l'unité de médecine physique et réadaptation orthopédique des HUG, a rédigé un rapport à l'issue d'un « bilan ergo-préprofessionnel » effectué par l'assuré. Le patient s'était montré démonstratif avec ses douleurs, tout en effectuant malgré tout les exercices demandés. L'intéressé donnait l'impression de transférer toute la charge sur la jambe droite et la zone lombaire. Il apparaissait une sur-sollicitation du dos au lieu des membres inférieurs et supérieurs, qui ne présentaient pas de difficulté. À l'issue du bilan, le médecin estimait qu'il était difficile d'imaginer l'assuré dans une quelconque activité professionnelle. Un bilan complémentaire des membres inférieurs et un travail de renforcement de la ceinture abdominale au niveau des membres paraissaient toutefois opportuns.
13. Dans un rapport du 27 juin 2017, le docteur H_____, ophtalmologue, a exposé que si l'assuré disposait d'une bonne acuité visuelle, il se plaignait d'une sécheresse oculaire bilatérale, ce qui le gênait beaucoup dans sa vie quotidienne. L'assuré ressentait des brûlures, qui l'obligeaient à fermer les yeux dès qu'il devait fixer un détail. Le ressenti de cette sécheresse était subjectivement très fort et paraissait devoir être pris en compte dans le cadre d'une réorientation professionnelle.
14. À l'issue d'un entretien avec l'assuré, un collaborateur de l'OAI a rédigé un rapport de réadaptation professionnelle le 19 juillet 2017, dans lequel on pouvait lire : « [...] pour [l'assuré], c'est difficile d'imaginer exercer une activité adaptée à 100% et [il] ne conçoit pas laquelle [...]. En l'état, une mesure d'orientation n'est pas pertinente, les conditions ne sont pas réunies. Pour des raisons médicales, il conteste toujours sa capacité de travail. Il ne se considère pas apte à reprendre à 100% [...] ».

15. Invitée par l'OAI à se déterminer, la doctoresse I_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a établi un rapport le 9 décembre 2017, faisant suite à un précédent rapport rédigé en juillet 2017. Globalement, l'état psychique était stationnaire et se caractérisait par une légère amélioration de l'anxiété – fluctuante – mais avec des pics paroxystiques sévères récurrents, malgré un changement d'antidépresseur et une augmentation du traitement psychotrope. Le discours de l'assuré était centré sur ses problèmes de santé et ses problèmes familiaux. La symptomatologie dépressive était modérée à sévère (caractérisée par une tristesse modérée, une irritabilité, une aboulie, une forte diminution de l'estime de soi, un isolement social etc). Elle évaluait la capacité de travail à 50% dans toute activité, depuis le mois de mai 2017, c'est-à-dire depuis le début du suivi psychiatrique de l'assuré.
16. L'OAI a ordonné une seconde expertise auprès du docteur J_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Dans un rapport daté du 25 octobre 2018 et contresigné par Madame K_____, psychologue, l'expert n'a retenu aucun diagnostic avec effet sur la capacité de travail. Il a diagnostiqué, sans répercussion sur la capacité de travail, des troubles dépressifs moyens avec syndrome somatique et légers depuis 2017, ainsi que des traits de la personnalité émotionnellement labile et anxieuse, actuellement non décompensés. S'agissant du degré de gravité fonctionnelle, l'expert relevait que les limitations fonctionnelles – une légère tristesse, une intolérance au stress, une fatigue (subjective) sans ralentissement psychomoteur, des troubles de la concentration (subjectifs) et un isolement social seulement partiel – n'étaient pas significatives, de sorte que cet indicateur était partiellement absent. S'agissant du succès du traitement, l'état de santé, caractérisé par des troubles dépressifs moyens, puis légers, était stationnaire, malgré un traitement psychiatrique mensuel. L'adhésion thérapeutique au traitement médicamenteux était partielle et la motivation de l'assuré pour une réadaptation professionnelle, faible. Sous l'angle de la personnalité, il existait des traits de la personnalité émotionnellement labile et anxieuse, ponctuellement décompensés, dans le contexte d'un trouble dépressif moyen (avec syndrome somatique), puis léger. Ces traits de la personnalité n'avaient toutefois pas empêché l'assuré de gérer son quotidien et de conduire sa voiture. S'agissant du contexte social, il n'y avait pas d'isolement total et l'assuré parvenait au contraire à garder de bonnes relations avec les membres de sa famille et quelques amis, qu'il fréquentait ponctuellement. Sa vie sociale avait néanmoins diminué dès 2017, lorsqu'étaient apparus les troubles dépressifs moyens, puis légers. S'agissant de la cohérence, les plaintes subjectives correspondaient aux constatations de l'expert ; le décalage avec la fatigue déplorée par l'assuré et sa faible motivation pour une reprise d'activité professionnelle s'inscrivait dans un contexte de traits de la personnalité mixte, émotionnellement labile et anxieuse, avec des bénéfices primaires et secondaires. Depuis 2017, aucune limitation uniforme du niveau d'activité dans tous les domaines comparables de la vie n'était constatée, car l'assuré avait gardé des capacités et des ressources personnelles, parvenant entre autres à gérer son

quotidien sans difficulté, à avoir certains contacts sociaux, à faire des promenades et à conduire sa voiture. L'expert a conclu qu'au regard de la jurisprudence, les « indices de gravité » n'étaient pas remplis pour les troubles dépressifs modérés, puis légers dont avait souffert l'assuré. La capacité de travail était de 100% depuis 2017, y compris dans l'activité professionnelle antérieure, qui était adaptée. S'agissant du traitement, l'expert recommandait la poursuite de la psychothérapie, la prise du traitement antidépresseur et un monitoring sanguin en cas de mauvaise évolution. Il convenait de réévaluer l'état de santé dans une année, à la suite d'une amélioration de la prise en charge pharmacologique et d'une aide à la réinsertion professionnelle. L'expert précisait cependant que l'évolution d'un nodule pulmonaire – en cours de surveillance – et l'issue de l'intervention cardiaque du fils de l'assuré, étaient des éléments susceptibles d'influencer l'état de santé de l'intéressé.

17. Dans un rapport daté du 12 novembre 2018, la doctoresse L._____, du SMR, s'est ralliée aux conclusions de l'expert-psychiatre et a confirmé les conclusions antérieures du SMR, à savoir que l'assuré disposait d'une capacité de travail nulle dès le 12 juillet 2014, puis entière, dès le 2 février 2016, dans toute activité adaptée aux limitations fonctionnelles découlant de son atteinte au genou.
18. Par décision du 1^{er} mars 2019, l'OAI a refusé d'accorder à l'assuré une rente d'invalidité et des mesures d'ordre professionnel. Selon le SMR, sa capacité de travail était nulle, depuis juillet 2014, dans son activité habituelle, mais entière, depuis février 2016, dans toute activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. À l'issue du délai de carence d'un an, au 1^{er} juillet 2015, le degré d'invalidité était de 100%. Toutefois, au vu de la date du dépôt de la demande, le droit à la rente ne pouvait naître avant le 1^{er} mars 2016 et à cette date, son degré d'invalidité était nul, eu égard à la pleine capacité de travail qu'il avait recouvré dans une activité adaptée. Compte tenu de son degré d'invalidité, l'assuré ne pouvait prétendre ni à une rente, ni à des mesures d'ordre professionnel.
19. Par acte du 1^{er} avril 2019, l'assuré a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la CJCAS) d'un recours contre cette décision, concluant, sous suite de frais et dépens, principalement à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité dès le 7 septembre 2015, subsidiairement au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision. À titre préalable, il a requis son audition et la mise en œuvre d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire.

Le SMR l'avait jugé pleinement capable de travailler depuis février 2016 en se fondant sur deux expertises, l'une psychiatrique et l'autre orthopédique, émanant respectivement du Dr J._____ et du CEMed. Il ne souffrait toutefois pas seulement de problèmes psychiatriques et orthopédiques, mais également d'affections à la colonne vertébrale, à l'estomac et aux yeux, de sorte que les deux expertises diligentées à ce stade ne suffisaient pas à déterminer sa capacité de gain et son droit à la rente. En outre, l'expertise orthopédique, datée du 14 novembre 2016, ne se prononçait que sur sa capacité de travail d'alors et non sur sa capacité de travail

future. Sous l'angle psychique, la Dresse I_____ avait estimé la capacité de travail à 50% depuis mai 2017, ce dont on pouvait déduire a contrario qu'elle était antérieurement nulle. De son côté, l'expert J_____ n'avait pas précisé depuis quand une activité adaptée aux limitations fonctionnelles était exigible à 100%, de sorte que l'expertise était incomplète sur ce point. Pour sa part, le Dr G_____ avait conclu qu'il ne pouvait exercer une quelconque activité professionnelle. Quant au Dr E_____, il n'avait pas pu se prononcer sur l'influence du traitement qu'il avait subi pour sa tumeur de l'estomac. En définitive, l'OAI avait omis de prendre en considération les avis subséquents de ses médecins et s'était limité à diligenter des expertises orthopédiques et psychiatriques, sans tenir compte de ses autres problèmes de santé. Aussi ne pouvait-il raisonnablement conclure à une capacité résiduelle de travail de 100% dès le mois de février 2016. L'assuré a notamment joint à son recours :

- divers certificats d'arrêt de travail signés par la Dresse I_____, renouvelés de mois en mois depuis mai 2017 ;
- divers certificats d'arrêt de travail prescrits par le Dr G_____, couvrant la période de janvier 2017 à juin 2018 ;
- divers certificats d'arrêt de travail signés par le Dr C_____, couvrant la période d'octobre 2015 à février 2016 ;
- un rapport établi par le Dr B_____ le 7 avril 2017, attestant que l'assuré marchait toujours avec une canne et souffrait toujours de douleurs liées à une gonarthrose gauche ainsi qu'à une lombosciatalgie gauche avec atteinte sensitivo-moteur L5. La mise en place d'une prothèse avait été déconseillée par les orthopédistes, tout comme une opération de décompression de L5, vu la chronicité des douleurs ;
- un bilan d'imagerie par résonance magnétique de la colonne lombosacrée, daté du 30 janvier 2019, au terme duquel le docteur M_____, radiologue, a conclu à une discopathie dégénérative modérée (D10-D11 ; D11-D12 et D12-L1), avec des protrusions disco-ostéophytaires postérieures, ainsi qu'à une arthrose interapophysaire postérieure bilatérale (L4-L5).

20. Dans sa réponse du 2 mai 2019, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il ne ressortait du dossier aucune affection de la colonne vertébrale, de l'estomac ou des yeux qui n'aurait déjà été prise en considération par l'office et serait susceptible d'influencer la capacité de travail. En effet, le SMR avait tenu compte des atteintes invoquées par le recourant dans deux avis datés des 23 février 2017 et 12 novembre 2018. S'agissant du grief selon lequel l'expertise orthopédique du CEMed, datée du 14 novembre 2016, ne se prononcerait pas sur la capacité de travail future, l'intimé rétorquait que l'écoulement du temps jusqu'au prononcé d'une décision ne permettait pas, en soi, de remettre en cause la valeur probante d'un avis médical jugé convaincant. En outre, il n'avait pas été mis en évidence d'aggravation objective de l'état de santé postérieurement à l'expertise orthopédique, de sorte que

l'office était fondé à se rallier aux conclusions de l'expert. Sous l'angle psychiatrique, l'expert J_____ n'avait retenu aucun diagnostic incapacitant et avait expliqué pourquoi il s'était écarté de l'avis du psychiatre traitant. À l'aune des indicateurs topiques, il n'existait pas de limitation uniforme dans toutes les activités de la vie quotidienne, puisque le recourant avait gardé de bonnes capacités et ressources personnelles. Pour le reste, la situation médicale avait été investiguée de manière exhaustive et des mesures d'instruction complémentaires s'avéraient superflues.

21. Le recourant a répliqué le 17 juin 2019, persistant dans ses conclusions. L'intimé soutenait à tort qu'il n'existait pas d'autre affection propre à influencer la capacité de travail que celle qu'il avait déjà retenue. Or, la Dresse I_____ avait conclu, au plan psychique, à une capacité résiduelle de travail de 50% dans une activité adaptée. De son côté, le Dr G_____ avait conclu qu'il ne pouvait effectuer une quelconque activité professionnelle. Enfin, de nouveaux certificats médicaux annexés à ses écritures faisaient état d'une totale incapacité de travail. Contrairement à ce que prétendait l'OAI, les expertises ne tenaient pas compte de son état psychique actuel, lequel s'était péjoré depuis qu'elles avaient été rendues. Le recourant a notamment joint à sa réplique :

- divers certificats d'arrêt de travail prescrits par le Dr B_____, renouvelés de mois en mois depuis août 2018 ;
- un bilan d'échographie inguinale bilatérale rédigé le 24 avril 2019 par le docteur N_____, radiologue, faisant état d'une « protrusion herniaire inguinale directe assez importante, avec un collet d'environ 3cm » ;
- un rapport de consultation établi le 11 juin 2019 par le Dr M_____, en lien avec une arthrose inter-apophysaire postérieure gauche (L4-L5 et L5-S1) et une sciatalgie gauche (L5).

22. L'intimé a dupliqué le 4 juillet 2019. Les certificats d'arrêt de travail produits par le recourant, dénués d'explication, n'étaient pas probants et ne justifiaient donc pas une totale incapacité de travail. En outre, la décision litigieuse avait été rendue le 1^{er} mars 2019 et seule la situation antérieure à cette date était déterminante pour le juge, conformément à la jurisprudence. L'éventuelle aggravation de l'état de santé liée à une hernie inguinale devait faire l'objet d'une procédure distincte.

L'intimé a joint à sa duplique un nouvel avis médical du SMR : il y était relevé, d'une part, que les lombosciatalgies évoquées par le Dr M_____ dans son rapport du 11 juin 2019 étaient déjà connues et avaient été jugées non incapacitantes par le SMR, d'autre part, que la hernie inguinale mentionnée dans le rapport du Dr N_____ du 24 avril 2019 ne remettait pas non plus en question les conclusions du SMR. En effet, cette atteinte avait été diagnostiquée postérieurement à la décision attaquée et pouvait être traitée par une intervention chirurgicale. En conséquence, le SMR maintenait ses conclusions.

23. Les parties ont été entendues en audience le 6 février 2020.

Le recourant a déclaré qu'à la suite de son accident de scooter, en juillet 2014, il avait subi une fracture du tibia et des lésions du genou. Depuis lors, il ne travaillait plus et marchait avec deux cannes. Depuis 2017, il consultait un psychiatre une fois par mois et prenait des antidépresseurs (20 mg par jour). S'agissant de sa tumeur de l'estomac, elle était antérieure à l'accident, puisqu'elle avait été découverte en mars 2014 et opérée en septembre 2014 ; actuellement, il n'y avait pas de récurrence. S'agissant de ses yeux, il avait été opéré de la cataracte 2-3 ans auparavant, ensuite de quoi il avait subi quelques troubles de la vision et avait été réopéré une année plus tard. Sa cornée était désormais plus sensible et devait être régulièrement hydratée. Il consultait un ophtalmologue une fois par année et pour sa tumeur de l'estomac, il faisait une fois par année des examens par endoscopie.

S'il demandait une expertise, c'était surtout en raison de son dos – à cause d'une discopathie – et de son genou, car il avait été constaté qu'une arthrose commençait à se développer. Par ailleurs, son neurologue et son neurochirurgien lui avaient conseillé de supporter les douleurs avant de faire une opération. Il devait donc supporter chaque jour ses douleurs et évitait de prendre des antalgiques, lesquels étaient susceptibles d'aggraver ses problèmes d'estomac. En 2019, il avait subi quatre injections de cortisone, mais sans obtenir de résultat probant. Les ultrasons n'avaient pas non plus soulagé ses douleurs.

À la question de savoir ce qu'il faisait de ses journées, le recourant répondait qu'il ne faisait rien, qu'il restait devant la télévision et effectuait de temps en temps des courses avec son épouse. Il avait envie de travailler et si une activité adaptée lui était proposée, il serait disposé à l'accepter. Toutefois, il ne se sentait bien que couché et les stations debout comme assise le faisaient souffrir. Il ne conduisait que sur de petits trajets.

Le recourant a indiqué qu'à l'époque où il avait rencontré les représentants de l'OAI et de l'Hospice général, en 2017, il était au plus bas, souffrait et marchait avec des béquilles. À ce moment-là, il ne s'imaginait pas reprendre un travail. Actuellement, il était disposé à travailler, mais ne voyait pas dans quelle fonction on pourrait l'accepter, eu égard à ses problèmes de santé.

Le mandataire du recourant a suggéré la mise en œuvre d'une expertise pour le dos, le genou et le tibia de son client, relevant que de nouveaux éléments justifiaient à son sens une nouvelle expertise.

De son côté, la représentante de l'intimé a fait valoir que ces troubles avaient déjà fait l'objet d'expertises, que le dossier était en état d'être jugé et que l'office demandait la confirmation de sa décision. Par ailleurs, le recourant avait déposé une demande de rente et non de réadaptation.

24. Le mandataire du recourant a produit en audience un nouveau bordereau de pièces, comprenant notamment :

- un rapport rédigé le 14 novembre 2019 par le docteur O_____, neurochirurgien, suggérant une intervention chirurgicale (foraminotomie L4-L5 avec distraction interépineuse) ;
- un compte-rendu opératoire émanant du docteur P_____, dont il ressort que l'assuré a été opéré, le 28 janvier 2020, d'une hernie inguinale gauche.

25. Sur quoi, 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. La LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, est applicable
3. Interjeté dans la forme et le délai prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA ; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - [LPA-GE - E 5 10]).
4. L'objet du litige dans la procédure administrative subséquente est le rapport juridique qui – dans le cadre de l'objet de la contestation déterminé par la décision – constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaqué. D'après cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige sont identiques lorsque la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais non pas dans l'objet du litige (ATF 125 V 414 consid. 1b et 2).

En l'espèce, dans la décision attaquée, l'intimé a refusé d'accorder à l'assuré une rente d'invalidité et des mesures d'ordre professionnel. Dans son recours, l'assuré se limite à requérir l'octroi d'une rente, sans remettre en question le refus de l'intimé de lui accorder des mesures d'ordre professionnel. Est donc seul litigieux, devant la chambre de céans, son droit éventuel à une rente d'invalidité.

5. L'assuré a droit à une rente lorsqu'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art.8 LPGA) à 40% au moins (cf. art. 28 al. 1 let. b et c LAI, en sa teneur en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008 – 5^{ème} révision AI). 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.

En vertu de l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le dix-huitième anniversaire de l'assuré.

6. 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 ou mentale 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).

Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

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

Dans sa jurisprudence récente (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7), le Tribunal fédéral a modifié sa pratique lors de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques. La jurisprudence développée pour les troubles somatoformes douloureux, selon laquelle il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (ATF 141 V 281), s'applique dorénavant à toutes les maladies psychiques, en particulier aux dépressions légères à moyennes. En effet, les maladies psychiques ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée. La question des effets fonctionnels d'un trouble doit dès

lors être au centre. La preuve d'une invalidité ouvrant le droit à une rente ne peut en principe être considérée comme rapportée que lorsqu'il existe une cohérence au niveau des limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation de la capacité de travail invalidante n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée. 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 E. 3.3 p. 197; arrêts du Tribunal fédéral 9C_841/2016 du 8 février 2017 consid. 3.1; 9C_13/2016 du 14 avril 2016 consid. 4.2). Selon la nouvelle jurisprudence, il importe plutôt de savoir, si la personne concernée peut objectivement apporter la preuve d'une incapacité de travail et de gain invalidante. Le fait qu'une dépression légère à moyenne est en principe traitable au moyen d'une thérapie, doit continuer à être pris en compte dans l'appréciation globale des preuves, dès lors qu'une thérapie adéquate et suivie de manière conséquente est considérée comme raisonnablement exigible.

8. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), 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 125 V 351 consid. 3).

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

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).

9. Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Conformément au principe inquisitoire, l'administration est tenue d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure. En particulier, elle doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (arrêt 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2).
10. 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).

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). Un renvoi

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. 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_646/2010 du 23 février 2011 consid. 4).

11. En l'espèce, la décision du 1^{er} mars 2019, fondée sur l'expertise orthopédique réalisée par le Dr E_____ en août 2016 et sur l'expertise psychiatrique effectuée par le Dr J_____ en octobre 2018, retient que la capacité de travail de l'assuré est nulle, depuis juillet 2014, dans sa profession antérieure d'exportateur de voitures, mais entière, depuis février 2016, dans toute activité lucrative adaptée à ses limitations fonctionnelles. Au 1^{er} mars 2016, six mois après le dépôt de sa demande (art. 29 al. 1 LAI), son degré d'invalidité était nul, partant insuffisant pour permettre l'octroi d'une rente d'invalidité ou de mesures d'ordre professionnel.

De son côté, le recourant reproche à l'intimé d'avoir insuffisamment instruit son dossier en n'évaluant pas les répercussions sur sa capacité de travail de ses atteintes de la colonne vertébrale, de l'estomac et des yeux. En outre, il juge l'expertise du Dr J_____ incomplète, dans la mesure où l'expert n'a pas précisé depuis quand l'on pouvait exiger de lui qu'il exerce à 100% une activité adaptée à ses limitations. Il ajoute que l'expert E_____ n'a pas pu se prononcer sur l'influence du traitement qu'il a subi pour sa tumeur de l'estomac. S'agissant de ses médecins, il relève que la Dresse I_____ a estimé sa capacité de travail à 50% depuis mai 2017, tandis que le Dr G_____ l'a jugé incapable d'exercer la moindre activité professionnelle. Eu égard à ces éléments, le recourant estime que l'administration ne pouvait retenir une capacité résiduelle de travail de 100% dès le mois de février 2016. Il conclut principalement à l'octroi d'une rente d'invalidité et subsidiairement au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire.

12. a. Sur le plan psychiatrique, la chambre de céans constate que l'intimé a instruit la cause de manière satisfaisante en ordonnant une expertise. L'expertise du Dr J_____ est fondée sur une anamnèse complète, effectuée en connaissance du dossier médical, sur les indications subjectives de l'assurée, des observations cliniques, ainsi qu'une discussion détaillée, dont on précisera qu'elle reprend à juste titre la grille d'analyse prescrite par la jurisprudence en matière de troubles psychiques (ATF 143 V 418 consid. 6-7 ; ATF 141 V 281 consid. 4.3-4.4). En outre, ses conclusions sont motivées, de sorte qu'elle satisfait aux réquisits jurisprudentiels topiques en matière de valeur probante.

b. Après avoir exposé que l'assuré avait développé, dès 2017, des troubles dépressifs moyens, puis légers, dont il a apprécié les éventuelles répercussions sur la capacité de travail à l'aune des indicateurs prescrits par la jurisprudence, l'expert J_____ est parvenu à la conclusion que l'assuré présentait, depuis 2017, une pleine capacité de travail, y compris dans son activité antérieure, qui était adaptée. L'expert a en outre précisé que les troubles dépressifs (non incapacitants) avaient de bonnes chances de guérison, moyennant un changement d'antidépresseur. Il n'y

a pas lieu de s'écarter du point de vue de l'expert. Contrairement à ce que soutient le recourant, on ne saurait reprocher à l'expert d'avoir omis de fixer avec précision le moment à partir duquel une activité adaptée pouvait être exercée, dès lors qu'il ressort clairement de son rapport que les troubles dépressifs apparus dès 2017 n'ont pas entravé la capacité de travail, quelle que soit la profession envisagée. S'agissant de la psychiatre traitante, elle chiffre certes la capacité résiduelle de travail à 50% depuis mai 2017, soit depuis que le recourant l'a consultée. Toutefois, cette praticienne se livre à une simple appréciation divergente de la capacité de travail, sans faire état d'un quelconque élément objectif qui pourrait avoir été ignoré par l'expert J_____. Il n'y a donc pas lieu de s'écarter des conclusions de l'expert-psychiatre.

C'est le lieu de rappeler que pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il ne suffit pas de prétendre que l'expert(e) aurait dû logiquement présenter des conclusions différentes. Pour qu'il en aille différemment, il appartient à la partie recourante de mettre en évidence des éléments objectivement vérifiables - de nature notamment clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés et qui seraient suffisamment pertinents pour en remettre en cause le bien-fondé (arrêt du Tribunal fédéral 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3).

13. a. Sur le plan somatique, il convient de rappeler que dans sa demande de prestations, l'assuré avait fait valoir une fracture du plateau tibial du genou gauche. Afin d'en évaluer les répercussions sur sa capacité de travail, l'intimé a confié une expertise au Dr E_____, lequel a examiné l'assuré le 25 août 2016.
- b. La chambre de céans constate que cette expertise satisfait, d'un point de vue formel, aux réquisits jurisprudentiels permettant de lui reconnaître pleine valeur probante, dès lors qu'elle repose sur un examen complet des membres inférieurs, effectué en connaissance du dossier médical, que le Dr E_____ a tenu compte des plaintes de l'assuré et qu'il a motivé ses conclusions. Sur ce point, il convient de relever que si l'expert a jugé « délicat » d'évaluer depuis quand l'exercice d'une profession adaptée pouvait être exigé – compte tenu du fait qu'un traitement de physiothérapie était toujours en cours – il a néanmoins indiqué que l'exercice d'une activité professionnelle en position assise était « actuellement » possible, à condition que l'assuré puisse accéder à son poste de travail avec ses cannes. On peut en déduire qu'à la date à laquelle il a été expertisé, soit le 25 août 2016, le recourant disposait d'une pleine capacité de travail dans toute activité adaptée à ses troubles du genou gauche.
- c. Certes, l'intimé a retenu que l'assuré était pleinement capable d'exercer toute activité adaptée dès le mois de février 2016 déjà, en se fondant sur un très bref rapport émanant du Dr C_____. Toutefois, on ne saurait considérer que l'assuré était alors déjà pleinement capable d'exercer une activité adaptée, puisque dans son rapport de février 2016, le Dr C_____ a jugé prématuré de se prononcer sur une reprise d'activité professionnelle. De surcroît, dans un rapport subséquent établi en

mars 2016 et exempt de toute motivation, le Dr C_____ n'a envisagé l'exercice d'une activité adaptée qu'à partir du mois de juin 2016 (à 50%). La chambre de céans retiendra donc que c'est depuis le 25 août 2016, date de l'expertise du Dr E_____ (et non depuis le 2 février 2016), que l'assuré a recouvré une pleine capacité de travail dans toute activité adaptée à ses limitations.

14. a. Cela étant, postérieurement à l'expertise du Dr E_____, l'état de santé somatique du recourant pourrait s'être aggravé, dès lors que des troubles lombaires semblent s'être ajoutés aux problèmes du genou gauche, le dossier ne permettant toutefois pas en l'état de se prononcer sur ce point. En effet, il ressort notamment d'un rapport du Dr F_____, daté du 6 avril 2017, que l'assuré a souffert d'un syndrome radiculaire au niveau L5. Dans son rapport du 7 avril 2017, le Dr B_____ a confirmé l'existence d'une lombosciatalgie gauche, avec atteinte sensitivo-moteur L5. Par ailleurs, il ressort d'un bilan IRM du Dr M_____ que l'assuré s'est vu diagnostiquer, le 30 janvier 2019, une discopathie dégénérative modérée (D10-D11 ; D11-D12 et D12-L1), avec des protrusions disco-ostéophytaires postérieures, ainsi qu'une arthrose interapophysaire postérieure bilatérale (L4-L5). Cette éventuelle aggravation de l'état de santé est intervenue avant que l'intimé ne rende sa décision, en date du 1^{er} mars 2019, et n'a pas été instruite par ce dernier. Or, selon la jurisprudence, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). Par la suite, il n'est pas exclu que des aggravations subséquentes soient intervenues, dès lors que l'assuré a été opéré, en janvier 2020, d'une hernie inguinale.

Au vu de ce qui précède, il y a lieu de renvoyer le dossier à l'intimé pour qu'il complète l'instruction – au moyen d'un complément d'expertise, voire d'une nouvelle expertise – au sujet de l'évolution de l'état de santé du recourant et de sa capacité de travail postérieurement au 25 août 2016, date de l'expertise du Dr E_____, notamment en ce qui concerne ses atteintes dorsales.

b. En revanche, contrairement à ce que voudrait le recourant, il n'apparaît a priori pas nécessaire d'étendre ce complément d'instruction aux atteintes dont il se prévaut au niveau de l'estomac et des yeux, puisque son propre médecin généraliste, le Dr B_____, a conclu qu'elles étaient sans répercussion sur la capacité de travail. Ce praticien l'a d'ailleurs confirmé à l'occasion d'un entretien téléphonique avec le SMR (cf. rapport du Dr B_____ du 19 septembre 2015 et avis du SMR du 23 février 2017).

c. À défaut d'instruction complète par l'intimé, la chambre de céans n'est pas en mesure de statuer définitivement sur la capacité de travail, partant sur le degré d'invalidité et le droit aux prestations. Il se justifie en conséquence d'admettre partiellement le recours, d'annuler la décision du 1^{er} mars 2019 et de renvoyer la cause à l'intimé pour qu'il complète l'instruction dans le sens qui précède, puis rende une nouvelle décision.

15. Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 1'500.- lui est accordée à titre de participation à ses frais et dépens, à charge de l'intimé (art. 61 let. g LPGA ; art. 89H al. 3 LPA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 - RFPA ; RS E 5 10.03).
16. La procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice, un émolument de CHF 300.- est mis à charge de l'intimé (art. 69 al. 1 bis LAI).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement et annule la décision du 1^{er} mars 2019.
3. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision, dans le sens des considérants.
4. Condamne l'intimé à verser au recourant une indemnité de CHF 1'500.- à titre de dépens.
5. Met un émolument de CHF 300.- à la charge de l'intimé.
6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

Le président

Nathalie LOCHER

Philippe KNUPFER

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