



POUVOIR JUDICIAIRE

A/1362/2020

ATAS/1086/2020

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 17 novembre 2020

2^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié _____, à GENÈVE

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Blaise PAGAN, Président; Anny FAVRE, Christine TARRIT-DESHUSSES,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né en 1961 en Tunisie, est arrivé en Suisse en 1980, où il a travaillé notamment en tant que chauffeur de bus de 2004 à 2009.
2. L'assuré a déposé une première demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI) le 3 avril 2014, en raison d'un trouble anxio-dépressif chronique existant depuis 2010.
3. Par rapport du 4 juin 2014, le docteur B_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et psychiatre traitant, a diagnostiqué une anxiété généralisée (F41.1), une phobie sociale (F40.1), une dysthymie (F34.1) et une personnalité évitante (F60.6). La capacité de travail de l'assuré était nulle depuis 2009.
4. Mandaté par l'OAI, le docteur C_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a, par rapport du 6 mai 2016, diagnostiqué une dysthymie (F34.1) présente depuis 2011, sans effets sur la capacité de travail de l'assuré. L'assuré ne présentait ni une anxiété généralisée, ni une phobie sociale, ni un trouble de la personnalité.

D'emblée, l'expert se voyait confronté au problème de la fiabilité du discours de l'assuré. S'il n'y avait pas d'arguments clairs en faveur d'une simulation, il existait une majoration importante des symptômes. Étaient présentes des contradictions, une démonstrativité et une théâtralité. Tout portait à croire que dans la réalité, les ressources de l'assuré étaient supérieures à ce qu'il montrait. Les facultés cognitives réelles de l'assuré étaient supérieures à ce qu'il affichait. Ce qu'il rapportait de son état n'était pas toujours vérifié par ce qui était observé cliniquement. Les discordances n'étaient pas le fait d'une pathologie mentale et ses dires devaient être pris avec prudence.

Les critères généraux étaient non vérifiés ou insuffisamment vérifiés pour atteindre le seuil diagnostique d'un trouble de la personnalité retenu par le Dr B_____. Le diagnostic d'anxiété généralisée ne pouvait pas être retenu ; l'assuré ne présentait pas non plus une phobie sociale, mais possiblement une tendance au retrait social dans le contexte de sa dysthymie.

5. Par avis du 21 juin 2016, le service médical régional AI (ci-après : SMR) a retenu que l'assuré ne présentait aucune atteinte à la santé entraînant une incapacité de travail. La dysthymie, présente depuis 2011, n'était pas à l'origine d'une réduction de sa capacité de travail.
6. Par décision du 7 septembre 2016, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré, estimant que son atteinte à la santé n'était pas invalidante.
7. Par arrêt du 19 avril 2017, la chambre de céans a confirmé la décision de l'OAI. Il y avait lieu de reconnaître une pleine valeur probante au rapport d'expertise du Dr C_____, que les appréciations du Dr B_____ ne remettaient pas en question (ATAS/318/2017).

8. Le 7 juin 2019, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations, en raison d'un trouble anxio-dépressif chronique existant depuis 2009.
9. Le 12 juin 2019, l'OAI a informé l'assuré qu'il lui appartenait de rendre plausible l'aggravation de son état de santé depuis la date de la première décision. À défaut, une décision de non entrée en matière serait rendue.
10. Le 26 juin 2019, l'OAI a réceptionné des certificats établis par le Dr B_____ attestant une incapacité de travail totale du 1^{er} août 2016 au 30 juin 2019.
11. Par projet de décision du 17 juillet 2019, l'OAI a informé l'assuré qu'il n'avait pas constaté une modification notable de sa situation professionnelle ou médicale. Partant, il n'entendait pas entrer en matière sur sa demande de prestations.
12. Le 29 août 2019, l'OAI a réceptionné un certificat attestant une incapacité de travail totale du 1^{er} au 31 juillet 2019.
13. Par rapport du 24 septembre 2019 adressé à l'OAI, le Dr B_____ a diagnostiqué une dépression majeure moyenne à sévère sans caractéristiques psychotiques (F32.2), un trouble de l'anxiété généralisée (F41.1), une phobie sociale (F40.1) ainsi qu'une personnalité évitante (F60.6) et dépendante (F60.7), entraînant une incapacité de travail totale, et ce de façon définitive. L'augmentation du Ciprallex® de 25 mg à 30 mg et du Tegretol® de 400 mg à 800 mg avait amélioré l'assuré sur le plan clinique et sur sa qualité de vie, avec une diminution de la tristesse et de l'anxiété. Cependant, le diagnostic de dépression de moyenne à sévère restait ferme et laissait comprendre que la possibilité d'une réintégration professionnelle, même occupationnelle, restait impossible. Depuis le printemps 2019, l'état clinique de l'assuré s'était sérieusement détérioré, progressivement, d'un degré de gravité moyen à sévère, même avec les traitements instaurés. Son état clinique s'était caractérisé par une insomnie accrue, de la tristesse, du désespoir, une anxiété par moment massive, un retrait social et un isolement avec des idées suicidaires qui apparaissaient de manière intermittente, sans projet concret. Comme éléments déclencheurs, il y avait l'incertitude face à l'avenir et la précarité psychosociale dans laquelle l'assuré vivait. L'état clinique de l'assuré avait pu être géré en traitement ambulatoire, cependant, son état psychologique restait très fragile, raisons pour lesquelles le traitement psychiatrique restait indispensable pour une durée indéterminée. Cet état anxieux et dépressif sévère faisait qu'un quelconque projet professionnel ou de réadaptation n'était pas envisageable, et ce pour une durée définitive. Les pronostics face à la reprise d'une activité professionnelle restaient très sombres. Actuellement, l'assuré présentait une incapacité de travail pleine et une rente d'invalidité était nécessaire.
14. Le 25 septembre 2019, l'OAI a informé l'assuré qu'il allait procéder à un nouvel examen de son dossier à la lumière du rapport du Dr B_____. Des mesures d'instruction complémentaires seraient peut-être nécessaires.
15. Par avis du 16 janvier 2020, le SMR a relevé qu'au vu des informations fournies par le Dr B_____, il était possible que l'état psychique de l'assuré se soit aggravé.

Toutefois, le SMR ne pouvait se positionner ni sur la sévérité des troubles psychiques, ni sur la durabilité de l'aggravation. Il était nécessaire de demander au psychiatre traitant de remplir « la lettre au spécialiste ».

16. Le 17 janvier 2020, l'intimé a informé l'assuré qu'il adressait un rapport à son médecin afin d'obtenir les renseignements médicaux indispensables pour l'instruction de son dossier.
17. Par courrier du même jour, l'OAI a indiqué au Dr B_____ que dans le but de procéder à une évaluation médicale visant à déterminer si son patient souffrait d'une affection incapacitante, il convenait qu'il réponde aux questions annexées.
18. Par rapport du 24 février 2020, le Dr B_____ a diagnostiqué un trouble de l'anxiété généralisée (F41.1), une phobie sociale (F40.1), une dysthymie (F34.1) et une personnalité évitante (F60.6) et dépendante (F60.7). S'agissant de l'anamnèse, le médecin s'est référé à ses rapports des 4 juin 2014 et 24 septembre 2019. Depuis son précédent rapport, le status clinique de l'assuré s'était péjoré avec la naissance d'un enfant avec sa compagne, laquelle s'était rapidement séparée de lui, événement qui l'avait passablement perturbé. La chronicité des troubles participait dans la perte d'espoir et dans la stagnation des fonctions cognitives. Son état clinique se caractérisait par des insomnies accrues très difficiles à juguler, de la tristesse, du désespoir, de l'anxiété par moments massive, un retrait social, un isolement, avec des idées suicidaires qui apparaissaient par intermittence sans projets concrets. L'assuré passait la plupart de la journée enfermé dans son appartement. Il avait quelques contacts sociaux, notamment avec un neveu, mais sinon son quotidien concernait la gestion de son ménage. Sa phobie sociale restait très invalidante. L'insomnie et l'instabilité de l'humeur provoquaient une grande fatigue. La capacité de travail de l'assuré était nulle depuis le 1^{er} février 2011 et le docteur D_____ de l'office cantonal de l'emploi avait certifié que le début de l'incapacité de travail avait débuté le 14 décembre 2010. Les limitations fonctionnelles incapacitantes étaient l'anxiété sociale et la fatigue ; il n'y avait pas d'activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles. L'assuré avait évolué de manière légèrement satisfaisante, avec un traitement instauré de Remeron® 15 mg, Zoldorm® 10 mg, Tranxilium® 10 mg, Tegretol® 400 mg, Ciprallex® 30 mg, avec une amélioration de sa qualité de vie. Néanmoins, les difficultés d'interaction sociale demeuraient chroniques par rapport à une éventuelle activité professionnelle. La capacité de travail de l'assuré demeurait nulle pour une durée définitive et sa compliance thérapeutique avait été optimale, même si aucun taux sérique des médicaments n'avait été effectué.
19. Par avis du 19 mars 2020, le SMR a estimé que l'état de santé psychique de l'assuré ne s'était pas modifié depuis la précédente décision de l'OAI. Le Dr B_____ reprenait les diagnostics déjà retenus lors de la première demande et il ne donnait aucun élément nouveau d'aggravation. Il indiquait que l'état psychique de l'assuré s'était aggravé lorsque sa conjointe s'était séparée de lui ; toutefois, il faisait une description de la symptomatologie identique aux descriptions précédentes (troubles

du sommeil, tristesse, anxiété et phobie sociale). De même, le traitement médicamenteux était identique. Il attestait une capacité de travail nulle, mais depuis le 1^{er} février 2011. Par conséquent, les conclusions précédentes du SMR étaient encore valables.

20. Par décision du 22 mars 2020, l'OAI a confirmé son refus d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations de l'assuré. Le dossier médical de l'assuré avait été réexaminé et les éléments produits en procédure d'audition ne contenaient aucun nouvel élément permettant de s'éloigner des précédentes conclusions.
21. Par courrier du 20 avril 2020 à l'OAI, le Dr B_____ a fait valoir qu'il existait, dans le cadre de la chronicisation des troubles, une péjoration globale très significative de la santé mentale de son patient, dont la sévérité des troubles. Le médecin retenait les diagnostics posés dans son précédent rapport. Selon lui, l'assuré gardait une stabilité très précaire avec un traitement psychopharmacologique lourd lui permettant de maintenir une certaine qualité de vie. En outre, des vertiges s'étaient développés, pris en charge par le docteur E_____, spécialiste FMH en otorhinolaryngologie (ci-après : ORL), et par Monsieur F_____, physiothérapeute.
22. Le 29 avril 2020, l'OAI a rappelé à l'assuré que s'il entendait contester la décision du 22 mars 2020, il avait la possibilité de recourir auprès de la chambre de céans.
23. Par acte du 8 mai 2020, l'assuré a interjeté recours contre la décision du 22 mars 2020, concluant à ce que son dossier soit réexaminé. Le recourant a expliqué être toujours suivi par le Dr B_____. En raison de ses vertiges, il avait consulté M. F_____ et le Dr E_____, lequel avait estimé que les vertiges étaient causés par les médicaments. Par ailleurs, le recourant a indiqué qu'en raison du coronavirus, il présentait plus d'angoisses, de vertiges et de maux de tête.

Le recourant a joint un rapport du 27 avril 2020 de M. F_____, attestant une prise en charge du 15 novembre 2019 au 27 février 2020 en raison de vertiges et de troubles de l'équilibre. Des vertiges au changement de position persistaient. Le recourant décrivait également un grand manque de concentration et des oublis.

24. Par réponse du 8 juin 2020, l'intimé a conclu au rejet du recours. Selon l'avis du SMR du 19 mars 2020, l'état de santé psychique du recourant ne s'était pas modifié depuis la précédente décision, de sorte qu'une décision de non entrée en matière avait été rendue.
25. Le recourant n'a pas répliqué dans le délai accordé.
26. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

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

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

2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.
3. Interjeté dans les forme et délai prévus 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 - E 5 10] ; art. 1 et 2 de l'ordonnance sur la suspension des délais dans les procédures civiles et administratives pour assurer le maintien de la justice en lien avec le coronavirus [COVID-19] du 20 mars 2020).
4. Le litige porte sur le point de savoir si l'intimé était en droit de refuser d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée par le recourant le 7 juin 2019.
5. a. Lorsque la rente d'invalidité a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI ; RS 831.201]). Les conditions d'entrée en matière prévues par l'art. 87 al. 2 et 3 RAI ont pour but de restreindre la possibilité de présenter de manière répétée des demandes de rente identiques (ATF 133 V 108 consid. 5.3.1). L'exigence du caractère plausible d'une modification de l'état de santé susceptible d'influencer les droits de l'assuré doit permettre à l'administration d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes, respectivement des demandes de révision dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; ATF 130 V 64 consid. 5.2.3 ; ATF 125 V 410 consid. 2b). À cet égard, une appréciation différente de la même situation médicale ne permet pas encore de conclure à l'existence d'une aggravation (ATF 112 V 371 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.3).
b. Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière (ATF 125 V 410 consid. 2b ; ATF 117 V 198 consid. 4b et les références). À cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le

juge doit en principe respecter (ATF 109 V 108 consid. 2b). Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 114 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.2).

c. Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (cf. art. 43 al. 1 LPGA), ne s'applique pas à la procédure de l'art. 87 al. 3 RAI (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5). Eu égard au caractère atypique de celle-ci dans le droit des assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que l'administration pouvait appliquer par analogie l'art. 73 aRAI (cf. art. 43 al. 3 LPGA depuis le 1^{er} janvier 2003) - qui permet aux organes de l'AI de statuer en l'état du dossier en cas de refus de l'assuré de coopérer - à la procédure régie par l'art. 87 al. 3 RAI, à la condition de s'en tenir aux principes découlant de la protection de la bonne foi (cf. art. 5 al. 3 et 9 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 [Cst. - RS 101] ; ATF 124 II 265 consid. 4a). Ainsi, lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations ou une procédure de révision sans rendre plausible que son invalidité s'est modifiée, notamment en se bornant à renvoyer à des pièces médicales qu'il propose de produire ultérieurement ou à des avis médicaux qui devraient selon lui être recueillis d'office, l'administration doit lui impartir un délai raisonnable pour déposer ses moyens de preuve, en l'avertissant qu'elle n'entrera pas en matière sur sa demande pour le cas où il ne se plierait pas à ses injonctions. Enfin, cela présuppose que les moyens proposés soient pertinents, en d'autres termes qu'ils soient de nature à rendre plausibles les faits allégués. Si cette procédure est respectée, le juge doit examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait à l'administration au moment où celle-ci a statué (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5; arrêts du Tribunal fédéral 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2 et 9C_708/2007 du 11 septembre 2008 consid. 2.3). Son examen se limite, ainsi, au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifient ou non la reprise de l'instruction du dossier (arrêt du Tribunal fédéral 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 4.1).

e. L'exigence relative au caractère plausible ne renvoie pas à la notion de vraisemblance prépondérante usuelle en droit des assurances sociales. Les exigences de preuves sont, au contraire, sensiblement réduites en ce sens que la conviction de l'autorité administrative n'a pas besoin d'être fondée sur la preuve pleinement rapportée qu'une modification déterminante est survenue depuis le moment auquel la décision refusant les prestations a été rendue. Des indices d'une telle modification suffisent lors même que la possibilité subsiste qu'une instruction plus poussée ne permettra pas de l'établir (Damien VALLAT, La nouvelle demande

de prestations AI et les autres voies permettant la modification de décisions en force, RSAS, 2003, p. 396 ch. 5.1 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 724/99 du 5 octobre 2001 consid. 1c/aa).

6. a. En l'espèce, il est rappelé que l'intimé a rejeté la première demande de prestations du recourant, par décision du 7 septembre 2016, entrée en force, au motif que l'intéressé disposait d'une entière capacité de travail. Cette appréciation était fondée sur le rapport d'expertise du Dr C_____ du 6 mai 2016, aux termes duquel était retenue l'existence d'une dysthymie depuis 2011, sans répercussion sur la capacité de travail du recourant. Par arrêt du 19 avril 2017, la chambre de céans a estimé que les rapports du Dr B_____, psychiatre traitant, ne permettaient pas de remettre en question les conclusions du Dr C_____ (ATAS/318/2017).

b. Le recourant a déposé une nouvelle demande de prestations le 7 juin 2019, en raison d'un trouble anxio-dépressif chronique existant depuis 2009.

Dans sa décision litigieuse, l'intimé, en se basant sur les conclusions du SMR du 19 mars 2020, a estimé que la situation du recourant ne s'était pas notablement modifiée depuis le 7 septembre 2016 et a refusé d'entrer en matière sur sa nouvelle demande de prestations, ce que l'intéressé conteste en se référant aux appréciations de son psychiatre traitant.

Il convient par conséquent d'examiner si le recourant a rendu plausible une aggravation de son état de santé depuis le 7 septembre 2016.

Par rapport du 24 septembre 2019, le Dr B_____ a diagnostiqué une dépression majeure moyenne à sévère, un trouble de l'anxiété généralisée, une phobie sociale et une personnalité évitante et dépendante. Selon ce médecin, l'état clinique du recourant s'était sérieusement détérioré depuis le printemps 2019, malgré une augmentation de son traitement médicamenteux.

À la lecture de ce rapport, comme l'a indiqué le SMR dans son avis du 16 janvier 2020, il était « possible » que l'état psychique du recourant se soit aggravé. En effet, le Dr B_____ faisait état de l'existence d'une dépression majeure moyenne à sévère sans caractéristiques psychotiques, et non plus d'une dysthymie, telle que diagnostiquée par le Dr C_____ en mai 2016. Cela étant, le rapport complémentaire du psychiatre traitant, établi le 24 février 2020, n'a pas permis de confirmer le caractère plausible de l'aggravation de l'état de santé du recourant. En effet, alors que le Dr B_____ estimait, dans son rapport du 24 septembre 2019, que le diagnostic de dépression moyenne à sévère restait « ferme » et que ce dernier laissait comprendre que la possibilité d'une réintégration professionnelle était impossible, il n'a, dans son rapport du 24 février 2020, plus fait état de ce diagnostic, mais seulement d'une dysthymie, sans fournir la moindre explication sur ce changement. En outre, les plaintes relevées par le Dr B_____ dans ses rapports des 24 septembre 2019 et 24 février 2020 sont identiques à celles qui existaient déjà en mai 2016, soit lorsque l'expert psychiatre a examiné le recourant : des insomnies, de la tristesse, du désespoir, de l'anxiété, un retrait social (rapport

d'expertise p. 8), ainsi que des idées suicidaires qui apparaissent par intermittence sans projets concrets (cf. rapport d'expertise p. 4 dernier paragraphe). Or, selon les conclusions du Dr C_____ - auxquelles la chambre de céans a octroyé pleine valeur probante (ATAS/318/2017 du 19 avril 2017) -, les plaintes précitées, contrairement à ce qu'avait retenu le Dr B_____ le 4 juin 2014 déjà, ne relevaient ni d'un trouble de l'anxiété généralisée, ni d'une phobie sociale, ni d'un trouble de la personnalité, mais seulement d'une dysthymie. Enfin, si, dans le cadre de la nouvelle demande de prestations du recourant, le psychiatre traitant a certes attesté une incapacité de travail totale, il était toutefois d'avis qu'elle remontait à 2011 (rapport du 24 février 2020), ce qui ne permet nullement de corroborer l'existence d'une aggravation de l'état de santé du recourant à compter du 7 septembre 2016.

Compte tenu de ce qui précède, une péjoration de l'état de santé du recourant, postérieurement au 7 septembre 2016, n'apparaît pas plausible au sens de l'art. 87 al. 2 et 3 RAI.

Enfin, dans la mesure où l'existence de vertiges, de troubles de l'équilibre et de maux de tête a été évoquée dans le cadre du recours ou postérieurement à celui-ci (cf. rapports du Dr B_____ du 20 avril 2020 et de M. F_____ du 27 avril 2020), ces troubles ne sauraient être pris en compte par la chambre de céans, dès lors que le juge doit examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait à l'administration au moment où celle-ci a statué.

Compte tenu de ce qui précède, le recourant n'a pas rendu plausible l'existence d'une aggravation, depuis le 7 septembre 2016, de son état de santé, de sorte que c'est à juste titre que l'intimé a refusé d'entrer en matière sur sa nouvelle demande de prestations du 7 juin 2019.

7. Le recours sera donc rejeté.
8. Au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner le recourant au paiement d'un émolument de CHF 200.- (art. 69 al. 1bis LAI).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Met un émolument de CHF 200.- à la charge du recourant.
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

Sylvie CARDINAUX

Blaise PAGAN

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