

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1988/2010

ATAS/340/2011

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 30 mars 2011

5^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur V _____, domicilié au GRAND-SACONNEX,
représenté par UNIA GENEVE-Secrétariat régional M. Lionel
ROCHE

recourant

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE
GENEVE, sis rue de Lyon 97, GENEVE

intimé

**Siégeant : Maya CRAMER, Présidente; Monique STOLLER FÜLLEMANN et
Christine BULLIARD MANGILI, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur V_____ (ci-après l'assuré), suisse, né en 1967, serviceman de l'automobile de formation, a travaillé en qualité de laveur auprès de X_____ du 1^{er} janvier 2000 au 24 mai 2005, date à laquelle il a subi un arrêt de travail de durée indéterminée.
2. L'assureur perte de gain maladie de l'assuré a mandaté le Dr A_____, spécialiste FMH en maladies rhumatismales et médecine interne, en qualité d'expert, afin d'établir l'état de santé de l'assuré. Dans son rapport du 7 novembre 2005, l'expert a retenu les diagnostics de status après herniectomy pour hernie discale L5-S1 le 26 juin 2003, de lombalgies chroniques, de lombosciatalgies intermittentes, de canal lombaire étroit et probable lyse isthmique bilatérale, de tendinopathie chronique du sus-épineux de l'épaule gauche et d'épicondylite gauche chronique. L'incapacité de travail était actuellement entière tant dans l'activité de serviceman que dans une activité sans efforts de charge ni sollicitation du rachis lombaire. Il pensait toutefois qu'une activité respectant lesdites limitations allait pouvoir être effectuée, mais que des mesures de reclassement professionnel devaient être mises en place.
3. En date du 18 janvier 2006, le Dr A_____ a précisé qu'une activité adaptée, légère, moins répétitive et sans efforts pourrait être exercée à plein temps.
4. Par courrier du 7 février 2006, l'assureur perte de gain a informé l'assuré qu'il mettait fin au versement de l'indemnité journalière au 31 mars 2006, dans la mesure où il était capable d'exercer une activité adaptée.
5. Le 28 mars 2006, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité, aujourd'hui Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après l'OAI), sollicitant l'octroi d'un reclassement dans une nouvelle profession et d'une rente d'invalidité à 50%. Il a indiqué souffrir d'une hernie discale L5-S1 récidivante.
6. Dans le questionnaire du 5 avril 2006, le dernier employeur de l'assuré a déclaré qu'il travaillait à 90% et que son horaire de travail était de 37,8 heures par semaine, alors que l'horaire habituel dans son entreprise était de 7 heures par jour 6 jours par semaine. Le salaire annuel de l'assuré serait de 46'215 fr., s'il était toujours employé. Enfin, l'employeur a transmis à l'OAI les décomptes de salaire de l'assuré, desquels il ressort que son revenu annuel brut était de 42'541 fr. 50 en 2003, de 46'215 fr. en 2004 et de 39'460 fr. 50 en 2005.
7. Le 4 avril 2006, le Dr B_____, spécialiste FMH en neurologie et électroneuromyographie, a posé les diagnostics de lombosciatalgies bilatérales S1, existantes depuis 2003, et de status post-opération de hernie discale L5-S1 en 2003,

diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail. Il n'avait pas revu l'assuré depuis le mois de juin 2005, de sorte qu'il ne pouvait pas donner d'informations complémentaires.

8. Par rapport du 9 mai 2006, le Dr C_____, généraliste et médecin traitant de l'assuré, a retenu l'existence de discopathies lombaires étagées prédominant en L5-S1 avec probable lyse isthmique bilatérale, entraînant des phénomènes d'instabilité vertébrale au même niveau et de tendinopathie chronique du sus-épineux, sans évidence de déchirure de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche, avec arthropathie acromioclaviculaire dégénérative de la même épaule, diagnostics ayant tous des répercussions sur la capacité de travail, et de status après cure de hernie discale gauche L5-S1 en 2003. La capacité de travail était nulle depuis le 24 mai 2005 dans son activité antérieure. L'assuré pouvait toutefois, d'après ce médecin, reprendre une activité lucrative à 50% dans un travail plus léger. Les limitations fonctionnelles concernaient la même position du corps pendant une longue période, la position à genoux ou accroupie, l'inclinaison du buste, le port de charges, le fait de se baisser, le travail en hauteur ou sur une échelle, les déplacements sur sol irrégulier ou en pente, un horaire de travail irrégulier et un environnement froid.
9. Dans un rapport du 19 juin 2006, le Dr D_____, généraliste et médecin conseil de l'OFFICE CANTONAL DE L'EMPLOI (ci-après l'OCE), a estimé que l'assuré présentait une incapacité de travail totale dans son activité antérieure et de 50% à 100% dans une activité respectant ses limitations fonctionnelles, lesquelles concernaient le maintien des positions assise ou debout pendant plus d'une demi-heure d'affilée, la position à genoux ou accroupie, l'inclinaison du buste, les parcours répétitifs de 20 à 50 mètres, le port de charges à gauche de plus de 2kg, les mouvements occasionnels du membre supérieur gauche, le travail en hauteur et les déplacements sur sol irrégulier. L'assuré pourrait notamment exercer une activité de petite manutention.
10. Dans son rapport d'expertise du 24 juillet 2006, sur la base d'un examen du 7 novembre 2005, le Dr A_____ a émis les diagnostics de discopathie L5 et de hernie discale, existant depuis 2003, et de tendinopathie chronique du sus-épineux, existant depuis 2004. L'assuré avait une capacité de travail nulle dans sa précédente activité depuis le 24 mai 2005, mais entière et sans diminution de rendement, dès le 1^{er} septembre 2006, dans une activité adaptée, laquelle devait éviter les positions debout ou assise de plus de 4 heures, l'inclinaison du buste, le parcours à pied de plus de 1000m, l'utilisation excessive du bras droit, le port de charges de plus de 5kg, ainsi que les mouvements répétitifs des membres ou du dos. Le médecin a précisé que l'activité de magasinier était, à titre d'exemple, adaptée aux limitations de l'assuré.
11. Par rapport du 28 août 2006, les responsables de l'Atelier de réadaptation préprofessionnelle des Hôpitaux Universitaires de Genève (ci-après HUG) ont

attesté que l'assuré avait suivi un stage dans leur atelier du 10 juillet au 8 août 2006, à plein temps, soit durant six heures par jour. Les activités effectuées étaient les suivantes : démontage d'appareils électriques et électroniques, diverses manutentions d'appareils et approche de quelques logiciels bureautiques sur PC. Ils ont constaté que l'assuré avait des difficultés à rester dans la position assise et que les ports de charges de 15kg avaient été un facteur de décompensation de son syndrome lombo-vertébral. Ils ont conclu que l'activité envisagée devait respecter la mixité des postures de travail et ont préconisé que l'assuré suive une formation informatique de base.

12. Sur requête de l'OAI, le Dr A _____ a précisé, le 19 septembre 2006, qu'eu égard aux lombalgies chroniques, aux lombosciatalgies et surtout à la tendinopathie chronique de l'épaule gauche et à l'épicondylite gauche, l'assuré présentait actuellement des limitations fonctionnelles importantes l'empêchant d'exercer ses activités antérieures et que son incapacité de travail était ainsi totale en tant que serviceman.
13. Le 8 novembre 2006, le Dr E _____, médecin au Service médical régional AI (ci-après SMR), a estimé qu'au vu des documents médicaux, les atteintes principales de l'assuré étaient les lombalgies chroniques et les lombosciatalgies intermittentes sur status après herniectomy discale L5-S1 et canal lombaire étroit. Il présentait une incapacité totale de travail dans son activité habituelle, mais était apte à exercer une activité adaptée à plein temps, soit une activité sans port de charges de plus de 5kg, travail en porte-à-faux du rachis, positions assise et debout statiques, position debout de plus de quatre heures par jour, utilisation répétitive de l'épaule gauche avec flexion, extension et rotations amples.
14. Le 3 avril 2007, l'assuré a été reçu en entretien par un collaborateur du Service de réadaptation professionnelle de l'OAI, entretien qui a été retranscrit dans une note du même jour. Il en ressort que l'assuré a fait part de son intérêt pour une mesure d'ordre professionnel. Toutefois, le collaborateur lui a précisé qu'une mesure de reclassement au sens de l'art. 17 LAI n'était pas envisageable.
15. Selon le rapport du 11 juillet 2007 du Service de réadaptation professionnelle de l'OAI, l'assuré se plaignait notamment de douleurs lombaires, irradiant dans les membres inférieurs et apparaissant parfois dès le matin ou lorsqu'il sollicitait le tronc. Il souffrait également de douleurs dans l'épaule gauche, ce qui limitait également le port de charges et les mouvements répétitifs. Durant le stage qu'il venait d'effectuer à la fondation Intégration pour tous, il avait effectué du petit câblage dans un atelier d'électricité, avec la possibilité d'alterner les positions assise et debout. Durant le stage, les douleurs s'étaient accentuées progressivement et il avait dû cesser le stage pour cette raison. Il a dès lors estimé qu'il était capable de travailler dans une activité légère, mais avec un taux réduit à 50 -60%. Il est mentionné en outre dans ce rapport que l'assuré avait décidé en 2001 de réduire son

taux d'activité à 90% en raison des douleurs lombaires et qu'il aurait conservé son plein temps si son état de santé le lui avait permis. Enfin, le Service de réadaptation professionnelle a procédé à une comparaison des revenus de l'assuré pour l'année 2006, de laquelle il résultait un degré d'invalidité de 3%, taux n'ouvrant pas de droit à une rente ou à un reclassement. En revanche, sur demande motivée de l'assuré, le service de placement pouvait être mandaté, afin d'évaluer l'éventualité de la mise en œuvre de mesures professionnelles.

16. Le 20 juillet 2007, le conseiller de l'assuré auprès de l'OCE a pris note qu'il avait été adressé chez la fondation Intégration pour tous (ci-après IPT), afin de déterminer une cible professionnelle et de vérifier sa capacité de travail de 100%. Lors du stage en entreprise en tant que monteur de tableaux électriques, l'assuré avait uniquement pu travailler à 50%, mais s'était investi dans son travail, malgré ses limitations fonctionnelles. Par la suite, l'assuré a également suivi deux ateliers. Le premier, soit l'atelier de gestion du changement, avait été suivi avec enthousiasme et intérêt, mais le second, intitulé « vers une nouvelle activité professionnelle », n'avait pas pu l'être, en raison d'un arrêt de travail dès le 5 mars 2007.
17. Le 20 septembre 2007, l'OAI a signifié à l'assuré un projet d'acceptation de rente d'invalidité limitée du 25 mai au 30 novembre 2006 et de refus de mesures professionnelles de reclassement. L'OAI a retenu que l'incapacité de travail de l'assuré était totale dans toute activité du 24 mai 2005 au 31 août 2006. Depuis cette dernière date, le SMR avait retenu qu'il pouvait à nouveau travailler à plein temps dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. De plus, le degré d'invalidité de l'assuré était de 3% dès le mois de décembre 2006, de sorte qu'il n'avait plus droit à une rente depuis lors.
18. Le 4 octobre 2007, le Dr C _____ a transmis à l'OAI un courrier du 31 août 2007 du Dr F _____, spécialiste FMH en neurochirurgie, lequel a attesté l'existence d'une spondylolyse, de sorte qu'il a adressé l'assuré au Dr G _____, médecin adjoint auprès du Service de neurochirurgie des HUG, afin qu'il donne son avis concernant une spondylodèse.
19. Le 18 octobre 2007, le Dr G _____, médecin auprès du Service de neurochirurgie des HUG, a constaté que les radiographies montraient une lyse isthmique, soit une lyse L5 bilatérale sans listhésis. Il résultait de l'examen clinique, un syndrome vertébral important avec des difficultés au redressement à la flexion latérale et une contracture para-vertébrale. Dans ce contexte de lumbago persistant devenant très handicapant, le médecin a préconisé que de nouvelles radiographies soient effectuées.
20. Par décision du 12 août 2008, l'OAI a confirmé son projet de décision du 20 septembre 2007. Cette décision n'a pas été contestée.

21. Le 16 janvier 2009, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI, requérant l'octroi d'une rente. Il a indiqué souffrir d'une hernie discale L5-S1 récidivante et avoir subi une nouvelle intervention à la fin du mois de mars 2008 pour une instabilité vertébrale.
22. Par courrier du 29 janvier 2009, l'assuré a signalé que son état de santé s'était fortement aggravé, avec des douleurs lombaires devenant de plus en plus invalidantes, lesquelles ne s'étaient pas améliorées par l'intervention chirurgicale du 18 mars 2008 aux HUG. Il était ainsi handicapé dans sa vie quotidienne, malgré les médicaments anti-inflammatoires et antidouleurs qu'il prenait tous les jours. Il a transmis à l'OAI
- un résumé d'observation du 31 mars 2008 établi par le Dr G_____, duquel il ressort que l'assuré avait subi une intervention de fixation postérieure L5-S1 en date du 18 mars 2008 et qu'il avait séjourné aux HUG jusqu'au 26 mars 2008. L'incapacité de travail était totale jusqu'au 2 juin 2008 ;
 - un courrier du 3 octobre 2008 du Dr G_____, lequel a retenu que les radiographies effectuées montraient un status post-fixation postéro-latérale L5-S1 avec absence de mouvements anormaux aux tests fonctionnels en flexion-extension. L'assuré était toujours sous traitement antalgique et n'était pas apte, d'après lui, à reprendre une activité lucrative. Il lui suggérait ainsi de déposer une demande de prestations d'assurance-invalidité, en raison des douleurs persistantes suite aux interventions lombaires, étant précisé qu'il était psychologiquement éprouvé par sa situation médicale et financière ;
 - un certificat médical du 29 janvier 2009 du Dr C_____, qui a attesté d'une aggravation des douleurs lombaires depuis 2007 et relevé qu'une IRM du mois de novembre 2007 avait mis en évidence une lyse isthmique L5 bilatérale avec spondylolisthésis L5-S1 de grade 1 et une hernie discale intra-foraminale droite, expliquant la symptomatologie décrite par l'assuré. Il a conclu que celui-ci ne pouvait pas reprendre son activité lucrative, malgré deux interventions chirurgicales lombaires et préconisait l'octroi d'une rente entière d'invalidité.
23. Dans un avis du 17 mars 2009, le Dr H_____, médecin au SMR, a retenu une aggravation de l'état de santé de l'assuré depuis le mois de novembre 2007, laquelle avait entraîné une incapacité de travail de plus de trois mois, de sorte qu'il y avait lieu d'entrer en matière sur sa demande de révision.
24. Le 23 mars 2009, le dernier employeur de l'assuré a confirmé les informations fournies en date du 5 avril 2006 et a informé l'OAI que, si l'assuré travaillait toujours dans son entreprise, il percevrait un salaire mensuel de 3'755 fr. environ,

versé 12 fois l'an ainsi qu'une gratification. Par ailleurs, il a notamment indiqué que l'activité de l'assuré consistait essentiellement à prélever les véhicules avant le tunnel de lavage et qu'elle nécessitait d'être en position debout, de marcher et de porter des charges de moins de 10kg.

25. Dans son rapport du 1^{er} avril 2009, le Dr C_____ a posé le diagnostic de lyse isthmique L5 bilatérale avec spondylolisthésis L5-S1 de grade 1, de hernie discale intra-foraminale droite et de status post-PLIF L5-S1 le 18 mars 2008, diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail. L'assuré présentait une totale incapacité de travail depuis le 19 avril 2007 dans toute activité lucrative.
26. Par communication du 3 juin 2009, l'OAI a informé l'assuré qu'aucune mesure de réadaptation professionnelle n'était actuellement envisageable en raison de son état de santé.
27. Le Dr A_____ a été mandaté par l'OAI, en qualité d'expert, afin de déterminer si l'état de santé de l'assuré s'était modifié de manière notable. Dans son rapport d'expertise du 24 août 2009, sur la base de l'examen de l'assuré en date du 23 juillet 2009, il a retenu les diagnostics de status après hémionomie pour hernie discale L5-S1 le 26 juin 2003 et après fixation postérieure L5-S1 le 18 mars 2008, de lombalgies chroniques, de canal lombaire étroit, de tendinopathie chronique du sus-épineux de l'épaule gauche, d'épicondylite gauche chronique et d'état dépressif. L'anamnèse actuelle révélait, depuis le début de l'année 2009, une amélioration des douleurs lombaires estimées à 50% et la persistance de paresthésies dans les deux jambes. Lors de l'examen clinique, l'expert a mis en évidence l'existence d'une douleur élective à la palpation de l'épicondyle, une symptomatologie douloureuse à l'extension du poignet à la pronation contrariée ainsi qu'une importante hypomobilité du segment rachidien lombaire et une diminution des mouvements de latéro-flexion. Il a déclaré que l'état de santé de l'assuré ne s'était pas modifié, dans la mesure où les lombalgies persistantes avaient nécessité une nouvelle intervention sous la forme d'une spondylodèse L5. Pour ce qui était de son épaule, la situation s'était en revanche améliorée depuis l'arrêt de son activité lucrative. Il a estimé que la capacité de travail était nulle dans l'activité de serviceman, mais de 50% environ dans une activité adaptée, sans efforts au niveau des membres inférieurs ni port de charges.
28. Dans un avis du 7 janvier 2010, le Dr I_____, médecin au SMR, a pris note du contenu du rapport d'expertise du Dr A_____ et a conclu que l'état de santé de l'assuré s'était aggravé depuis le mois d'octobre 2007 (cf. rapport du Dr G_____ d'octobre 2007) et qu'il y avait lieu de retenir une totale incapacité de travail dans toute activité lucrative depuis le 24 mai 2005, une capacité de travail entière dans une activité respectant les limitations fonctionnelles (cf. rapport du SMR du 8 novembre 2006) dès le mois de septembre 2006, puis de 50% dès le

mois d'octobre 2007, hormis une période d'incapacité totale de travail du 17 mars au 2 juin 2008, en raison de l'intervention du 18 mars 2008.

29. Le 11 janvier 2010, l'OAI a signifié à l'assuré un projet d'octroi d'un quart de rente d'invalidité dès le 1^{er} janvier 2009. Il a principalement retenu que, conformément au dernier rapport du SMR, l'assuré avait subi une péjoration de son état de santé dès le 1^{er} octobre 2007, date à laquelle sa capacité de travail n'était plus que de 50% dans une activité adaptée. Il a dès lors procédé à une comparaison des revenus pour l'année 2007, de laquelle il résultait un degré d'invalidité de 42%, taux ouvrant le droit à un quart de rente. Il sera précisé que dans son calcul du revenu d'invalidé, l'OAI n'a pas tenu compte d'un abattement, dans la mesure où les limitations fonctionnelles de l'assuré avaient, d'après lui, déjà été prises en considération dans le cadre de sa capacité de travail.
30. Par décision du 6 mai 2010, l'OAI a confirmé ledit projet de décision.
31. Par acte du 7 juin 2010, l'assuré, représenté par son mandataire, a interjeté recours contre cette décision, sollicitant préalablement, l'autorisation de compléter son recours, principalement, l'annulation de la décision et l'octroi d'une rente entière d'invalidité, sous suite de dépens, et subsidiairement, la mise en œuvre d'une expertise médicale. Il a fait valoir que son état de santé s'était notablement aggravé depuis le mois de mars 2006, tant d'un point de vue somatique, attendu qu'il avait dû subir une opération de fixation postérieure L5-S1, que d'un point de vue psychique, dans la mesure où il souffrait d'une dépression consécutive à sa situation de santé, à son inactivité professionnelle et à sa précarité matérielle. A l'appui de son recours, il a produit :
- un rapport du 23 mars 2010 du Dr G_____, duquel il ressort que l'assuré décrivait une aggravation de ses douleurs depuis le mois d'août 2009, moins importantes toutefois qu'avant la dernière intervention, le limitant dans ses activités de la vie quotidienne; ses douleurs lombaires en barre irradiaient parfois aux deux membres inférieurs avec un aspect pseudo-radiculaire; le médecin a conclu à une capacité de travail de 30%, étant précisé que cette capacité de travail allait pouvoir s'élever à 50% dans un futur proche, dans une activité adaptée à ses problèmes dorsaux ;
 - un certificat médical du 25 mai 2010 du Dr C_____, qui a attesté d'une capacité de travail nulle de durée indéterminée dès le 19 juillet 2007.
32. Sur demande du Tribunal cantonal des assurances sociales, compétent à l'époque, le mandataire du recourant lui a transmis, en date du 16 juin 2010, l'acte de recours signé ainsi qu'une procuration en sa faveur.

33. En date du 17 juin 2010, le recourant, représenté par son mandataire, a allégué qu'il était sans ressources financières depuis la fin de son délai-cadre de chômage et que son amie et sa mère prenaient en charge ses dépenses.
34. Par réponse du 1^{er} juillet 2010, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Il a en substance soutenu que c'était à juste titre qu'il s'était fondé sur le rapport du Dr A_____ et sur ceux du SMR pour rendre sa décision. Il y a joint un avis du 29 juin 2010 de la Dresse J_____, médecin au SMR, laquelle a considéré que les documents médicaux produits par le recourant ne mettaient pas en exergue de changements depuis l'avis du SMR du 7 janvier 2010. De plus, l'état dépressif allégué par le recourant n'était étayé par aucun médecin, de sorte qu'il ne pouvait pas être retenu qu'il souffrait d'une nouvelle atteinte.
35. Par réplique du 1^{er} septembre 2010, le recourant, représenté par son mandataire, a requis la mise en œuvre d'une expertise rhumato-psychiatrique. Il a tout d'abord allégué qu'il avait rendez-vous le lendemain chez le Dr K_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, afin d'établir un rapport médical concernant son état dépressif, rapport qui serait transmis au Tribunal de céans dès sa réception. Il a précisé qu'il avait déjà consulté ce médecin à cinq reprises à la fin de l'année 2008 et une fois durant le mois d'avril 2009 et que celui-ci lui avait prescrit des antidépresseurs. Toutefois, il avait dû interrompre les séances pour des raisons économiques. Par ailleurs, attendu que, dans son rapport d'expertise complémentaire, le Dr A_____ avait retenu un état dépressif et qu'il s'était prononcé de manière floue sur la question de la modification de l'état de santé, cela justifiait la mise en œuvre d'une expertise portant sur ses lombalgies et sur son état dépressif.
36. Le 1^{er} novembre 2010, le recourant a produit le rapport du 27 octobre 2010 du Dr K_____. Celui-ci a certifié avoir suivi le recourant durant les années 1998 et 1999 et que celui-ci présentait alors un état anxio-dépressif en relation avec un conflit de travail. Le recourant avait de nouveau consulté en 2008, en raison d'un état dépressif évoluant depuis plusieurs années dans le contexte d'un important problème somatique entraînant des douleurs chroniques. Il avait répondu de façon partielle à un traitement d'Efexor. Par la suite, le Dr C_____ avait assuré le traitement. Le recourant souffrait de troubles du sommeil en relation avec ses douleurs, d'un état d'anxiété fluctuant, d'une humeur triste avec des sentiments de culpabilité et d'incurabilité. Il décrivait un repli social important, ne fréquentant pratiquement plus ses anciens amis, avec un désinvestissement de toute activité associative. Il exécutait les tâches liées à la vie quotidienne avec l'aide de son amie ou de proches. Il s'était également désinvesti de toute activité culturelle ou intellectuelle et ne regardait la télévision qu'occasionnellement, en raison de difficultés de concentration. Il avait beaucoup restreint les sorties de la maison, en raison des douleurs à la marche et d'un sentiment d'indignité sur le plan social. Au

status, le Dr K_____ a constaté que le recourant était orienté dans le temps et dans l'espace et que sa tenue, ainsi que l'hygiène personnelle étaient légèrement négligés. Son discours était modérément ralenti, mais demeurait informatif et cohérent. Les mimiques étaient appauvries et le faciès figé exprimait la tristesse. Le discours était particulièrement pessimiste avec un sentiment d'échec et d'incurabilité. Le patient reconnaissait avoir occasionnellement des idées de mort. Il y avait également une anxiété d'anticipation à l'égard de toute action extérieure sur le plan social. Il souffrait, sur le plan de l'image de soi, de son repli social et de son incapacité à assumer les relations interpersonnelles comme auparavant. Le désinvestissement des activités de la vie quotidienne contribuait à une perte d'intérêts sur le plan intellectuel et affectif. La perte d'élan était attribuée aux douleurs chroniques, aux limitations dans sa mobilité et à la perte de l'estime de soi qui s'aggravaient depuis des années. Le Dr K_____ a considéré que le patient présentait un trouble dépressif d'intensité moyenne à sévère, malgré un traitement antidépresseur correctement administré. Sa capacité de travail n'était que de 30 à 40%.

37. Dans un avis médical du 9 novembre 2009, la Dresse J_____ du SMR a indiqué qu'elle ne comprenait pas pourquoi le Dr K_____ retenait le diagnostic d'épisode dépressif moyen à sévère depuis deux ans, dès lors qu'il avait vu l'assuré en 2008 pour un état dépressif dans le contexte de douleurs chroniques et n'avait pas instauré de suivi psychiatrique. Selon la Dresse J_____, si l'assuré présentait actuellement un épisode dépressif moyen à sévère, cela était réactionnel à la décision d'octroi d'un quart de rente, insuffisante aux yeux du recourant. Ainsi, cette praticienne a estimé que l'épisode dépressif était postérieur à la décision et qu'il s'agissait d'une aggravation réactionnelle. Toutefois, si cet épisode dépressif ne devait pas s'amender sous un traitement bien conduit, il conviendrait de réévaluer la situation ultérieurement.
38. Dans son écriture du 11 novembre 2010, l'intimé a persisté dans ses conclusions, en se fondant sur l'avis médical précité de la Dresse J_____.
39. A la demande du Tribunal, le Dr G_____ lui a indiqué le 17 janvier 2011 que la capacité de travail du recourant en tant que serviceman était actuellement nulle et que celui-ci n'avait jamais récupéré une capacité de travail résiduelle suite à l'intervention du 18 mars 2008. Ce praticien partageait par ailleurs complètement les conclusions du Dr A_____, tout en précisant que seul un travail sans aucun effort au niveau du dos était envisageable. Enfin, il ne jugeait pas nécessaire de faire évaluer la capacité de travail par un autre expert, ni d'effectuer une expertise psychiatrique, le recourant ne dissimulant pas.
40. Par écriture du 8 février 2011, l'intimé persiste dans ses conclusions.
41. Sur ce, la cause est gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, 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).

Dès le 1^{er} janvier 2011, cette compétence revient à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend les procédures pendantes devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 9 octobre 2009).

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

2. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA, 38 al. 3 LPGA p.a. et 9 de la loi genevoise sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - LPA ; E 5 10).
3. Le recours porte sur le point de savoir si l'état de santé du recourant justifie l'octroi d'une rente d'invalidité supérieure à un quart de rente dès le 1^{er} janvier 2009.
4. Selon l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Cela vaut également pour d'autres prestations durables accordées en vertu d'une décision entrée en force, lorsque l'état de fait déterminant se modifie notablement par la suite. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 349 consid. 3.5 ; 113 V 275 consid. 1a; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b).
5. Si la rente a été supprimée du fait de l'abaissement du degré d'invalidité et que l'assuré, dans les trois ans qui suivent présente à nouveau un degré d'invalidité ouvrant le droit à la rente en raison d'une incapacité de travail de même origine, on déduira de la période d'attente que lui imposerait l'art. 28 al. 1 LAI, celle qui a précédé le premier octroi (art. 29bis du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, du 17 janvier 1961 - RAI ; RS 831.201).

On est en présence d'une reprise de l'invalidité si les trois conditions suivantes sont remplies: la même atteinte ayant valeur d'invalidité, qui a donné naissance au droit, s'est réactivée et provoque une invalidité ouvrant de nouveau le droit à une rente (p. ex. rechute en cas de tuberculose); la rechute survient dans les trois ans qui suivent la suppression de la rente précédemment versée; et la nouvelle incapacité de gain ouvrant le droit à une rente doit avoir une durée minimale de 30 jours consécutifs. Ainsi, lorsque l'on est en présence d'une reprise de l'invalidité, la rente peut être allouée immédiatement, sans qu'il soit nécessaire de faire courir un nouveau délai d'attente. Le niveau de la nouvelle rente à allouer est déterminé en fonction de l'incapacité de travail moyenne pendant le délai d'attente précédemment écoulé et de l'incapacité de gain subsistant après la reprise de l'invalidité (Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité - CIIAI, p. 82 chiffres 4003 à 4005).

6. Aux termes de l'art. 8 al. 1^{er} LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1^{er} LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1^{er} LPGA). Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1^{er} 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 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références ; cf. aussi ATF 127 V 294 consid. 4c *in fine*).
7. L'art. 28 al. 2 LAI dispose que l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à 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.
8. a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. 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. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et qu'enfin, les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c et les références ; ATF non publié du 23 juin 2008, 9C_773/2007, consid. 2.1).

Lorsque, 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 353 consid. 3b/bb).

S'agissant de la valeur probante des 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

c) 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 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). 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 322 consid. 5a).

d) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d).

9. a) Suite à sa nouvelle demande de prestations, le recourant a été soumis à un examen rhumatologique par le Dr A_____, lequel a posé, dans son rapport d'expertise du 24 août 2009, les diagnostics de status après herniectomy pour hernie discale L5-S1 le 26 juin 2003 et après fixation postérieure L5-S1 le 18 mars 2008, de lombalgies chroniques, de canal lombaire étroit, de tendinopathie chronique du sus-épineux de l'épaule gauche, d'épicondylite gauche chronique et d'état dépressif. Il a retenu que les douleurs du recourant avaient diminué de 50% dès le début de l'année 2009 et a estimé que sa capacité de travail était nulle dans l'activité de serviceman, mais de 50% environ dans une activité adaptée, sans efforts au niveau des membres inférieurs ni port de charges.

Le Tribunal de céans constate que le rapport de l'expert se base sur un examen du recourant, sur ses plaintes, son dossier médical et radiologique récent, une anamnèse ainsi que des entretiens avec son médecin traitant et le Dr G_____, médecin qui a procédé aux interventions des mois de juin 2003 et de mars 2008. Il est vrai que l'appréciation médicale et les conclusions de l'expertise ne sont que sommairement motivées, toutefois, elles sont basées sur des bilans radiologiques récents, soit postérieurs à l'intervention du mois de mars 2008, et confirmées par le rapport du 23 mars 2010 du Dr G_____, dès lors que celui-ci a évalué la capacité de travail à 30%, voire à 50% dans un proche futur. Il a également confirmé que les douleurs dorsales étaient moins importantes qu'avant la seconde opération, mais qu'elles limitaient toutefois le recourant dans ses activités de la vie quotidienne. Enfin, ce médecin se rallie aux conclusions de l'expert dans son courrier du 17 janvier 2011 adressé à la Cour.

Quant aux rapports et certificats du Dr C_____, ils sont succincts et ne font que reprendre les diagnostics posés par les médecins spécialistes en neurochirurgie ou en rhumatologie. Ils ne permettent ainsi pas de remettre valablement en cause les constatations et conclusions du rapport d'expertise, ce d'autant moins que le Dr C_____ est généraliste et médecin traitant du recourant, lequel est susceptible, d'après la jurisprudence, de prendre parti pour son patient en raison du rapport de confiance l'unissant à celui-ci.

Par conséquent, sur la base du rapport d'expertise du Dr A_____, il sied de constater que l'état de santé du recourant s'est aggravé et qu'il présente une capacité de travail de 50%, sur le plan physique, dès janvier 2009. Jusqu'à cette date, il convient d'admettre que sa capacité de travail était nulle depuis l'intervention du 18 mars 2008, dès lors que, selon l'expert, les douleurs n'avaient diminué que depuis début 2009.

b) Sur le plan psychiatrique, le recourant invoque, dans le cadre de la procédure de recours, souffrir de dépression et avoir consulté à plusieurs reprises le Dr K_____, psychiatre, en 2008 et en 2009, mais avoir dû interrompre les séances pour des raisons économiques. De plus, le Dr A_____ avait également retenu, dans son rapport d'expertise, un état dépressif. Ces éléments justifiaient, d'après le recourant, qu'il soit procédé à une expertise psychiatrique.

Il est vrai que le Dr G_____ a mentionné le 3 octobre 2008 déjà que le recourant était psychologiquement éprouvé par sa situation médicale et financière. Toutefois, le médecin traitant du recourant n'a jamais mis en exergue, dans ses rapports, l'existence d'un état dépressif. Le recourant n'a pas non plus mentionné un tel état dans sa nouvelle demande du 16 janvier 2009 ni dans son courrier du 29 janvier 2009. Par ailleurs, il n'avait pas de suivi régulier au moment de la décision litigieuse par un spécialiste en psychiatrie. Partant, le Cour de céans en conclut que l'épisode dépressif n'était pas d'une gravité telle qu'il avait une répercussion sur la capacité de travail au moment de la notification de la décision dont est recours et que l'aggravation dont fait état de le Dr K_____ dans son rapport du 27 octobre 2010 est, au degré de la vraisemblance prépondérante, postérieure à cette décision.

Cela étant, il n'y a pas lieu de tenir compte d'une incapacité de travail sur le plan psychiatrique en mai 2010, date de la décision, de sorte que la Cour de céans ne juge pas utile de mettre en œuvre une expertise psychiatrique.

10. Reste encore à déterminer le degré d'invalidité.
11. Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient en principe de se placer au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 130 V 343 consid. 4). Les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue (c'est-à-dire entre le projet de décision et la décision elle-même), doivent être prises en compte (cf. ATF 129 V 222 consid. 4.1, 128 V 174).

Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, 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; ATF 129 V 223 consid. 4.1, 128 V 174).

Le revenu d'invalidé doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 75 consid. 3b). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité ou catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Un abattement global maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 126 V 75 consid. 5).

Le revenu sans invalidité se détermine pour sa part en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'intéressé aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 et la référence). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF non publié du 25 mai 2007, I 428/06 et I 429/06).

12. a) En l'occurrence, il y a ainsi lieu de se placer en 2009 pour la comparaison des revenus, l'état de santé du recourant s'étant amélioré en janvier 2009 et le droit à une rente s'ouvrant au plus tôt au moment où celui-ci a présenté sa demande de prestations, dès lors que la révision n'a d'effet que pour l'avenir.
- b) Dans la mesure où le recourant a indiqué au Service de la réadaptation professionnelle qu'il avait réduit son taux de travail à 90% en raison des douleurs lombaires et qu'il aurait travaillé à temps complet sans atteintes à la santé, il convient de prendre en considération, à titre de revenu sans invalidité, le salaire qu'il aurait réalisé à 100%.

Ce revenu doit être déterminé sur la base des données du dernier employeur du recourant, lequel a indiqué, en date du 23 mars 2009, que durant l'année 2009, celui-ci aurait perçu, à un taux d'activité de 90%, un salaire mensuel de 3'755 fr. augmenté d'une gratification. En tenant compte d'une activité à plein temps, son revenu sans invalidité 2009 s'élève à 54'239 fr. $[(3'755 \times 13 : 90 \times 100)]$.

c) Pour ce qui est de son revenu d'invalidé, il doit être établi en se fondant sur l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS 2008), dans la mesure où il n'a pas repris d'activité lucrative. Eu égard à l'activité de substitution dans une activité légère sans port de charges, sans efforts au niveau des membres inférieurs et avec

changement de positions, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (ESS 2008, TA1, hommes, niveau de qualification 4), soit 57'672 fr., part au 13^{ème} salaire comprise (4'806 x 12). Adapté à l'indice suisse des salaires nominaux (en 2008 : 2092 et en 2009 : 2'136) et à la durée de travail en 2009, laquelle est de 41,7 heures, ce revenu s'élève à 61'388 fr. (cf. site internet de l'Office fédéral de la statistique). La capacité de travail du recourant ayant été fixée à 50%, le salaire est de 30'694 fr. Quant à la question d'un abattement supplémentaire, il y a lieu de relever que les limitations fonctionnelles du recourant, soit le changement fréquent de positions, le port de charges ou encore l'utilisation répétitive de l'épaule, ont également une répercussion sur le travail effectué par le recourant dans une activité adaptée et empêchent notamment toute polyvalence. En outre, le critère du taux d'occupation partiel est réalisé. De ce fait, il se justifie de prendre en considération un abattement de 15%. Partant, le revenu d'invalidité est de 26'090 francs.

c) Ainsi, le degré d'invalidité du recourant est de 52%, taux lui ouvrant le droit à une demi-rente d'invalidité.

13. Les atteintes lombaires dont souffre le recourant ayant déjà donné lieu à une rente entière d'invalidité du mois de mai au mois de novembre 2006 et la nouvelle incapacité de gain en découlant ayant manifestement duré plus de 30 jours, le recourant a immédiatement droit, dès le dépôt de sa nouvelle demande en janvier 2009, à une rente de l'assurance-invalidité (art. 29bis RAI).

Dès lors qu'il n'a recouvré une capacité de 50% qu'à cette date et que celle-ci était nulle depuis l'intervention du 18 mars 2008, comme relevé ci-dessus, il y a lieu de prendre en considération l'amélioration de son état seulement après une durée de trois mois, soit dès le 1^{er} avril 2009. Par conséquent, le recourant peut prétendre à une rente d'invalidité entière de janvier à mars 2009 et à une demi-rente dès le 1^{er} avril 2009.

14. Par conséquent, le recours doit être partiellement admis et la décision de l'OAI réformée dans le sens précité.
15. Il y a encore lieu de remarquer que l'objet du litige ne porte pas sur l'octroi d'une mesure d'ordre professionnel (art. 8 al. 3 let. b LAI), attendu que l'OAI ne s'est pas prononcé sur cette question. Toutefois, il lui aurait appartenu de le faire, dès lors que le recourant doit changer d'activité.

Cela étant, la cause sera renvoyée à l'intimé afin qu'il examine si le recourant pourrait prétendre à une mesure d'ordre professionnel, laquelle présuppose cependant qu'il fasse preuve d'une motivation réelle et suffisante.

16. Au vu de l'issue du litige, l'OAI sera condamné à verser au recourant une indemnité de 1'500 fr. à titre de participation à ses dépens (art. 61 let. LPGa).

17. Un émolument de 200 fr. sera également mis à sa charge, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'invalidité étant soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI).

**PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision du 6 mai 2010.
4. Octroie au recourant une rente entière de janvier à mars 2009 et une demi-rente dès avril 2009.
5. Renvoie la cause à l'intimé pour examiner le droit du recourant à des mesures d'ordre professionnel et nouvelle décision sur ce point.
6. Condamne l'OAI à verser au recourant une indemnité de 1'500 fr. à titre de dépens.
7. Met un émolument de 200 fr. à la charge de l'OAI.
8. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF ; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Diana ZIERI

Maya CRAMER

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