

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2335/2013

ATAS/1272/2014

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 9 décembre 2014

1^{ère} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à CHÂTELAINÉ, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Agrippino RENDA

recourant

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE
GENEVE, sis rue des Gares 12, GENEVE

intimé

**Siégeant : Doris GALEAZZI, Présidente; Evelyne BOUCHAARA et Christine
TARRIT-DESHUSSES, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après l'assuré ou le recourant), né le _____ 1958, originaire du Kosovo, père de trois enfants nés en 1987, 1990 et 1993, est arrivé en Suisse en 1982. Il a travaillé en qualité de manœuvre chez B_____ depuis 2002 et a cessé toute activité lucrative depuis le 22 novembre 2006. Il a déposé le 10 janvier 2008 une demande auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE (ci-après l'OAI ou l'intimé) visant à la prise en charge d'un reclassement dans une nouvelle profession et à l'octroi d'une rente.
2. Le 20 décembre 2006, le Dr C_____, médecin auprès de l'Hôpital de la Tour, a réalisé une imagerie par résonance magnétique lombaire, dont il ressortait une hernie discale médiane volumineuse occupant la majeure partie du canal rachidien et oblitérant complètement le récessus latéral gauche, ainsi qu'une déchirure de l'anneau fibreux L5-S1 sans hernie et une discopathie étagée de L2-L3 à L5-S1.
3. Le 20 août 2007, l'assuré a subi une opération chirurgicale de décompression et stabilisation par Dynesys L4-L5 pratiquée par le Dr D_____, chef de clinique au Service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG).
4. Dans un rapport du 18 février 2008, le Dr D_____, a indiqué que l'assuré souffrait d'une hernie discale L4-L5 avec canal étroit et sciatalgie gauche depuis 2006. Il a estimé l'incapacité de travail à 100% depuis le 21 novembre 2006 dans sa profession de manœuvre de chantier. Il ignorait si l'assuré pouvait exercer une autre activité.
5. Par courrier du 25 février 2008, le Dr D_____ a précisé que l'assuré présentait une incapacité de travail liée à une lombosciatalgie sur hernie discale volumineuse L4-L5 et instabilité depuis le 21 novembre 2006. Il souffrait actuellement d'une exacerbation des lombalgies en particulier depuis quelques semaines, avec irradiation dans le membre inférieur droit plutôt pseudoradiculaire. Il était totalement incapable de travailler dans sa profession de manœuvre mais apte selon lui à une réhabilitation. Ses limitations fonctionnelles étaient les suivantes : éviter le travail de type vibration (marteau-piqueur), le port de charges de plus de 10 kg, les flexions répétées du tronc et les rotations.
6. Par avis du 25 mars 2008, la Dresse E_____ du Service médical régional AI (ci-après SMR) a indiqué que l'assuré présentait une capacité à la réadaptation dès le 25 février 2008 avec certaines limitations.
7. La Division de réadaptation professionnelle de l'OAI a procédé au calcul du degré d'invalidité. Elle s'est fondée sur un revenu sans invalidité de CHF 60'450.- et un revenu avec invalidité de CHF 51'192.-, calculé sur la base d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée, selon les données statistiques des ESS 2006, tableau TA1, niveau 4, homme, compte tenu d'une réduction supplémentaire de

15% (en raison des limitations fonctionnelles et du fait que seule une activité légère était possible). Le degré d'invalidité ainsi obtenu était de 15,3%.

8. Le 19 septembre 2008, le Dr F_____, spécialiste FMH de la médecine du sport et rééducation, a attesté que la situation actuelle de l'assuré n'était pas stabilisée, celui-ci présentant toujours des douleurs aussi bien en position assise qu'en position debout prolongée, contre-indiquant toute reprise professionnelle, quelle que soit celle-ci.
9. Par décision du 15 janvier 2009, l'OAI a alloué à l'assuré une rente entière d'invalidité du 1^{er} novembre 2007 au 31 mai 2008, assortie de rentes complémentaires pour enfants. Elle a en revanche nié son droit à des mesures de reclassement.
10. Le 6 février 2009, l'assuré, représenté par un conseil, a interjeté recours.
11. Par arrêt du 26 mai 2009, le Tribunal cantonal des assurances sociales du canton de Genève, alors compétent, a admis le recours et renvoyé la cause à l'OAI afin qu'il examine le droit de l'assuré à des mesures de réadaptation, motif pris qu'il n'avait pas examiné ce droit ni expliqué pour quels motifs celui-ci lui était refusé.
12. Interrogés par l'OAI, les Drs F_____ et D_____ se sont prononcés comme suit :
 - Dans son rapport du 11 février 2010, confirmé le 29 mars 2010, le Dr F_____ a indiqué que l'état de santé restait stationnaire depuis 2008. L'assuré présentait des douleurs lombaires basses, irradiant jusqu'au membre inférieur gauche et au pli inguinal. Il poursuivait un traitement antalgique ainsi que des séances de physiothérapie. Une reprise du travail n'était pas envisageable ;
 - le 25 février 2010, le Dr D_____ a confirmé que l'assuré souffrait toujours de lombosciatiques chroniques et ne pouvait pas maintenir de position de manière prolongée. Il restait totalement incapable de travailler comme manoeuvre. Il ne voyait pas quelle activité pourrait être exercée.
13. Par avis du 23 mars 2010, la Dresse E_____ a estimé que les conclusions du SMR restaient valables, dès lors que les Drs F_____ et D_____ ne s'étaient pas prononcé sur la capacité de travail dans une activité adaptée.
14. Un entretien de réadaptation professionnelle s'est déroulé le 7 juillet 2010. Selon la conseillère en réadaptation de l'OAI, l'assuré, centré sur ses problèmes de santé, s'était présenté en boitant et en se tenant le dos. Il estimait ne pas pouvoir marcher plus de trente minutes ou rester debout ou assis longtemps. Il était toutefois disposé à effectuer un stage d'observation.
15. Le 16 août 2010, l'OAI a mis sur pied un stage de trois mois dès le 23 août 2010 auprès des Etablissements publics pour l'intégration (EPI), interrompu prématurément le 7 novembre 2010 en raison d'une incapacité de travail attestée médicalement.

16. Le 8 septembre 2010, la Dresse G_____, spécialiste FMH en angiologie, a confirmé une symptomatologie douloureuse de la région lombaire, essentiellement secondaire à des lombo-sciatalgies. L'assuré présentait aussi un status variqueux tronculaire de taille importante dans le territoire de la grande saphène droite [...]. Une opération chirurgicale des varices serait éventuellement envisagée.
17. Selon le rapport des EPI du 2 novembre 2010, l'assuré ne pouvait être réadapté actuellement vu l'incapacité de travail attestée par son médecin dès le 1^{er} novembre 2010 et ses plaintes, relatant l'apparition d'une nouvelle atteinte aux pieds et démontrant que son état n'était pas stabilisé. En outre, le comportement de l'assuré était décrit comme plaintif, démonstratif, désireux qu'on lui reconnaisse une incapacité de travail et ne faisant aucun effort pour réussir sa réadaptation. Un complément d'instruction était suggéré sur le plan médical.
18. Le 19 novembre 2010, le Dr H_____, médecin généraliste, a confirmé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de status après opération pour hernie discale lombaire et canal étroit, et de lombalgies résiduelles post opératoires depuis août 2007. L'incapacité de travail persistait depuis février 2007 et le pronostic était réservé.
19. Le 13 décembre 2010, le Dr F_____ a estimé que l'assuré restait totalement incapable de travailler dans toute activité. Ses limitations fonctionnelles touchaient le port de charges, ainsi que les stations debout et assise prolongées.
20. Par avis du 24 février 2010, le SMR a proposé la mise en œuvre d'une expertise rhumatologique.
21. Cette expertise a été réalisée le 17 mai 2011 par le Dr I_____, spécialiste FMH en rhumatologie, lequel a retenu les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de lombalgies chroniques mécaniques avec pseudo-sciatalgies bilatérales ; de failed back surgery syndrome ; de status après décompression et stabilisation par Dynesis L4-L5 le août 2007, et de syndrome d'amplification des symptômes. Il a également relevé une hypercholestérolémie et un status après varicectomie du membre inférieur gauche. À l'examen clinique, tous les signes de Waddell étaient réunis. En outre, il constatait une discordance importante entre les distances doigts-sol debout et doigts-orteils assis (de 32 et 0 cm respectivement), une restriction de la mobilité du rachis lombaire dans toutes les positions, quelques lâchages probablement antalgiques du membre inférieur gauche, ainsi que des troubles sensitifs non explicables anatomiquement. En revanche, l'examen neurologique ne mettait pas en évidence de déficit moteur, de signe irritatif, et la manœuvre de Lasègue n'entraînait des lombalgies qu'à partir de 85%. Depuis son intervention chirurgicale, l'assuré présentait des troubles dégénératifs sous forme de pincements discaux L4-L5 et L5-S1 qui semblaient s'être péjorés depuis 2007. Il souffrait d'un « failed back surgery syndrome », se caractérisant par une absence de réponse au traitement chirurgical et une majoration des plaintes douloureuses. Cependant, l'expert relevait une discordance importante entre ses plaintes et les constatations

objectives, ces dernières démontrant une mobilité certes diminuée mais accompagnée de signes d'amplification des symptômes tels qu'une mise en échec des traitements et une attitude revendicatrice. La mobilité lombaire restreinte par l'opération n'expliquait pas l'ensemble des plaintes et limitations fonctionnelles décrites par l'assuré, qui était capable de conduire et ne prenait qu'un traitement antalgique simple (Paracétamol). Les limitations fonctionnelles étaient le port de charges supérieures à cinq kilogrammes, la nécessité d'alterner les positions assis et debout toutes les 20 à 30 minutes, les activités exercées en porte-à-faux du buste et la marche sur une distance supérieure à 1000 mètres d'affilée. Compte tenu de ces limitations, la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle de manœuvre depuis le 22 novembre 2006 mais de 80% dans une activité adaptée depuis août 2008, date à laquelle la situation post-opératoire était stabilisée selon la dernière IRM. Cette estimation tenait compte d'une baisse de rendement liée à l'inactivité professionnelle pendant cinq ans et des troubles dégénératifs lombaires, mais pas des signes d'amplification des symptômes ni de l'intensité des douleurs, notion subjective. Enfin, une expertise psychiatrique était suggérée en vue de se prononcer quant à l'existence d'une éventuelle comorbidité psychiatrique sous-jacente à un syndrome d'amplification des symptômes.

22. Le 25 juillet 2011, l'assuré a indiqué à l'OAI qu'il n'avait jamais été suivi par un psychiatre.
23. Par avis du 17 février 2012, le Dr J_____, médecin au SMR, a fait siennes les conclusions du Dr I_____ et proposé la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique.
24. Le 25 juin 2012, le Dr D_____ a indiqué qu'il avait réalisé une nouvelle IRM démontrant des signes clairs d'hyperintensité autour des vis pédiculaires L4, L5 et des plateaux vertébraux, et expliquant l'incapacité de travail comme manœuvre. Les douleurs, récemment péjorées, étaient probablement liées à une instabilité et à un manque de tenue du matériel Dynesis, de sorte qu'il proposait une nouvelle intervention chirurgicale (ablation du matériel Dynesis et fusion lege artis par cage intersomatique et vis pédiculaires). L'assuré n'y était toutefois pas favorable.
25. Le 12 décembre 2012, une expertise psychiatrique de l'assuré a été réalisée à la demande de l'OAI par le Dr K_____, spécialiste FMH en psychiatrie. Il a retenu les diagnostics sans incidence sur la capacité de travail de dysthymie et de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques depuis 2010. L'assuré se plaignait de douleurs au dos et aux jambes, se sentait fatigué, irritable et « de plus en plus lourd dans la tête ». Il estimait ne pas pouvoir travailler. Il n'avait cependant jamais été suivi par un psychiatre ni bénéficié d'un traitement psychotrope. L'expert constatait une humeur légèrement déprimée, un découragement, un discours négatif, une anhédonie, une diminution de l'énergie et de la confiance en soi, un pessimisme envers l'avenir, une tendance au retrait social, une perte d'espoir et un sommeil perturbé par les douleurs. En revanche, d'autres symptômes étaient absents et il n'y avait notamment pas d'idées de mort,

de ralentissement idéomoteur, de perte de l'appétit ou de la libido. Au cours de l'entretien, aucune perte de l'élan vital ou abattement n'avaient été relevés et l'assuré avait répondu aux questions sans retards ni imprécisions. Dans sa vie quotidienne, il tentait de participer aux tâches ménagères telles que le nettoyage, les courses et la préparation des repas. La dysthymie n'entraînait pas de limitations psychiques et n'avait ainsi pas d'incidence sur sa capacité de travail. Par ailleurs, si une majoration des symptômes pour des raisons psychologiques devait être retenue vu l'expertise du Dr I_____ et le rapport des EPI, faisant état d'une majoration des plaintes, d'une attitude revendicative, plaintive et démonstrative, ce diagnostic n'avait pas non plus d'incidence sur sa capacité de travail. Celle-ci était donc entière sur le plan psychiatrique dans toute activité non qualifiée, depuis toujours et sans diminution de rendement. Des mesures de réadaptation n'étaient pas envisageables puisqu'elles avaient échoué en 2010. Enfin, un traitement antidépresseur était préconisé afin d'éviter une aggravation de la symptomatologie dépressive et la survenance d'une incapacité de travail.

26. Par avis du 8 janvier 2013, le Dr L_____, médecin au SMR, a fait siennes les conclusions du Dr K_____ et a confirmé les conclusions du SMR du 17 février 2012.
27. Le 1^{er} mars 2013, l'OAI a transmis à l'assuré un projet de décision, aux termes duquel le droit à des mesures d'ordre professionnel et à une rente d'invalidité lui était nié. Les conclusions du SMR de mars 2008 attestant de sa pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations demeuraient valables, de sorte qu'il présentait toujours un degré d'invalidité de 15%, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité et à des mesures de reclassement. Des mesures d'aide au placement ou d'orientation professionnelle n'étaient pas non plus justifiées, car son atteinte ne le restreignait pas dans la recherche d'un emploi et un nombre significatif d'activités non qualifiées étaient adaptées à ses limitations.
28. Par rapport du 15 mars 2013, le Dr D_____ a reproché à l'OAI d'avoir sous-estimé les limitations fonctionnelles de son patient. Il a réitéré que l'IRM de juin 2012 montrait des signes compatibles avec une instabilité persistante et une petite scoliose à concavité L4-L5 droite, de sorte qu'il avait proposé une opération chirurgicale de stabilisation, que l'assuré avait souhaité retarder. Ce dernier était incapable de rester en position assise plus de dix minutes ou debout de manière prolongée, si bien que sa capacité de travail était nulle dans toute activité.
29. Le 26 mars 2013, le Dr F_____ a également fait part de son désaccord avec le projet de décision du 1^{er} mars 2013. L'assuré ne retrouverait pas d'activité professionnelle sans aide au placement, compte tenu de ses limitations fonctionnelles et de sa capacité de travail inférieure au taux de 100% retenu par l'OAI.
30. Le 28 mars 2013, par l'intermédiaire de son conseil, l'assuré a contesté le projet de décision du 1^{er} mars 2013.

31. Par rapport du 23 avril 2013, confirmé le 17 septembre 2013, la Dresse M_____, médecin généraliste s'est ralliée aux Drs D_____ et F_____ et a estimé que l'assuré ne pourrait pas reprendre son activité de manœuvre. Une réorientation professionnelle lui paraissait compliquée.
32. Le 4 juin 2013, le SMR a estimé que les rapports des Drs D_____, F_____ et M_____ de mars et avril 2013 ne modifiaient pas ses conclusions quant à une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée depuis août 2008. Le Dr D_____ n'avait exprimé qu'une appréciation divergente d'un même état de fait, tandis que le Dr F_____ ne s'était pas prononcé sur la capacité de travail dans une activité adaptée.
33. Le 11 juin 2013, l'OAI a confirmé son projet de décision du 1^{er} mars 2013 niant le droit de l'assuré à une rente d'invalidité et des mesures d'ordre professionnel.
34. Par acte du 12 juillet 2013, l'assuré a interjeté recours, concluant, sous suite de frais et dépens, préalablement à l'audition de ses médecins et des parties, principalement à l'annulation de la décision litigieuse et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité et/ou de mesures professionnelles, subsidiairement au renvoi de la cause à l'OAI. L'intimé avait fait preuve d'arbitraire et violé son droit d'être entendu, en faisant prévaloir de manière insoutenable et sans argumentation contraire les conclusions du SMR sur celles de ses médecins traitants, alors qu'il était durablement incapable de travailler comme manœuvre et ne pourrait vraisemblablement pas être réadapté vu son état de santé et l'aggravation de celui-ci. En outre, l'intimé avait statué sans donner suite aux mesures d'instructions sollicitées dans son opposition du 28 mars 2013.
35. Par réponse du 14 août 2013, l'intimé a conclu au rejet du recours. Sa décision du 15 janvier 2009 était entrée en force quant au degré d'invalidité et aux périodes d'incapacité de travail, l'arrêt du Tribunal cantonal des assurances sociales du 26 mai 2009 n'ayant remis en question que l'examen des mesures professionnelles. C'était donc en vain que le recourant contestait sa capacité de travail et son taux d'invalidité dans le cadre de la présente procédure. De surcroît, l'instruction entreprise confirmait sa pleine capacité de travail et il n'avait pas fait valoir d'élément permettant de douter de la valeur probante des expertises des Drs I_____ et K_____.
36. Le 11 octobre 2013, le recourant a transmis à la chambre de céans, notamment :
 - un certificat du Dr F_____ du 17 septembre 2013, attestant de douleurs persistantes en position assise ou debout prolongée, d'une instabilité lombaire et d'un manque de tenue du matériel chirurgical, si bien que l'assuré restait incapable d'exercer une quelconque activité professionnelle ;
 - deux rapports des 19 septembre et 30 septembre 2013 du Dr D_____. Il ne voyait toujours pas quelle activité professionnelle le recourant pourrait exercer puisqu'il souffrait de douleurs invalidantes en position assise ou debout après 10 à 15 minutes.

37. Par écritures du 6 novembre 2013, l'intimé a persisté dans ses conclusions en rejet. Selon le SMR, l'expert I_____ avait tenu compte des limitations fonctionnelles relatives à l'alternance des positions, de sorte que les rapports des Drs F_____, M_____ et D_____ n'apportaient pas d'élément nouveau.
38. Par écritures du 17 janvier 2014, le recourant a persisté dans son argumentation et ses conclusions. Il a sollicité une nouvelle fois l'audition de ses médecins.
39. Les 25, 31 mars et 11 avril 2014, le recourant a transmis à la chambre de céans diverses pièces, parmi lesquelles figurent:
- un rapport du 6 mars 2014 de la Dresse N_____, spécialiste FMH en oncologie, aux termes duquel elle a diagnostiqué en février 2014 un adénocarcinome moyennement différencié et ulcéré infiltrant la paroi colique jusqu'au tissu adipeux péri-colique. L'assuré débiterait une chimiothérapie de six mois dès mars 2014 ;
 - deux rapports des 5 et 9 mars 2014 de la Dresse M_____, selon lesquels l'état dépressif de l'assuré s'était dégradé suite à la découverte de l'adénocarcinome. Un traitement antidépresseur avait été tenté sans succès à la fin de l'année 2013. Vu l'état psychique, les limitations fonctionnelles et le faible niveau d'instruction de son patient, toute activité professionnelle demeurait impossible ;
 - un rapport du Dr D_____ du 25 mars 2014, faisant état d'une péjoration des symptômes depuis l'expertise rhumatologique de mai 2011, vu l'instabilité et la protrusion discale L4-L5 observés sur l'IRM de juin 2012, ainsi que la boiterie antalgique très importante qu'il avait constatée en septembre 2013. Quant à l'expertise du Dr I_____, elle mentionnait un diagnostic de « failed back surgery syndrom » ne correspondant en réalité à aucun syndrome, comme cela était aujourd'hui reconnu. Il s'agissait d'une entité mal définie dans laquelle on plaçait toutes les pathologies douloureuses post-opératoires lombaires dont on ne comprenait pas l'étiologie. Or, un certain nombre de ces pathologies étaient liées, comme en l'espèce vu l'IRM de juin 2012, à des causes organiques. Il suggérait la mise sur pied d'une nouvelle expertise par un spécialiste ;
 - un certificat du Dr F_____ du 8 avril 2014, relevant au sujet de l'expertise rhumatologique que s'il n'avait prescrit que des antalgiques mineurs, c'était par réticence vis-à-vis des effets indésirables potentiels d'anti-inflammatoires chroniques. En outre, cette expertise ne tenait pas compte du rapport du Dr D_____ du 25 juin 2012 et les quelques signes d'exagération manifestés par l'assuré étaient compréhensibles, vu la chronicité de ses symptômes.
40. Par écritures des 22 et 23 avril 2014, l'intimé a persisté dans ses conclusions. Il a fait valoir que l'adénocarcinome du colon avait été diagnostiqué au début de l'année 2014, postérieurement à la décision querellée. Par ailleurs, le rapport du Dr D_____ du 25 juin 2012 était aussi postérieur à l'expertise rhumatologique et ne remettait ainsi pas en cause sa valeur probante.
41. 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) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, 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. A 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. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2004, respectivement, le 1^{er} janvier 2008 et le 1^{er} janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

En l'espèce, les faits juridiquement déterminants remontent à 2006. Par conséquent, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard des dispositions de la LPGA et des dispositions de la LAI consécutives à la 4^{ème} révision de cette loi, puis en fonction des modifications consécutives aux révisions 5 et 6a de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références, voir également ATF 130 V 329).

4. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA).
5. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité et à des mesures d'ordre professionnel, singulièrement sur sa capacité de travail et son degré d'invalidité.

L'intimé fait valoir que sa décision du 15 janvier 2009 est partiellement entrée en force, dans la mesure où l'incapacité de travail et le degré d'invalidité retenus par celle-ci n'auraient pas été remis en question par l'arrêt du Tribunal cantonal des assurances sociales du 26 mai 2009.

La chambre de céans estime que cette argumentation ne saurait être suivie. En effet, il résulte du dispositif de l'arrêt du 26 mai 2009 que le recours déposé en 2009 a été

admis et que la cause a été renvoyée à l'OAI, ce qui suppose nécessairement – bien que l'arrêt ne le stipule pas expressément – l'annulation de la décision du 15 janvier 2009 conformément aux conclusions du recours (cf. également art. 69 al. 3 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - LPA ; RS E 5 10). L'intimé ne saurait dès lors se prévaloir de l'entrée en force, même partielle, d'une décision annulée. De surcroît, on relèvera que l'arrêt du 26 mai 2009 intimait à l'OAI d'examiner les mesures de réadaptation dues à l'assuré, puis, en cas d'échec de celles-ci, de mettre en oeuvre une instruction complémentaire visant à déterminer son degré d'invalidité (arrêt précité, p. 5). Partant, le degré d'invalidité et la capacité de travail n'ont pas été tranchés par la chambre de céans et n'ont ainsi pas acquis force de chose jugée. Ils ne sont pas non plus entrés en force de chose décidée, compte tenu du recours interjeté par l'assuré en 2009 (ATF 126 V 23 consid. 4a ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_407/2008 du 6 avril 2009 consid. 1).

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. En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, dans leur teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais 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.

Cette réglementation n'est toutefois pas applicable dans les cas où le délai d'attente a commencé à courir avant le 1^{er} janvier 2008 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_583/2010 du 22 septembre 2011 consid. 4.1). Dans cette hypothèse et lorsque la demande a été déposée avant le 1^{er} juillet 2008 (cf. ATF 138 V 475 consid. 3; Lettre-circulaire n° 300 de l'OFAS du 15 juillet 2011, Droit transitoire: application

des délais de péremption), en dérogation à l'art. 29 al. 1 LAI (nouvelle teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008), la rente peut alors être versée dès que l'année d'attente est achevée (arrêt du Tribunal fédéral 9C_473/2011 du 14 mai 2012 consid. 4.1). Par conséquent, le droit à la rente prend naissance à la date à laquelle l'assuré a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable à condition que le requérant ait déposé sa demande dans les douze mois dès la naissance du droit.

8. Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (RAMA 2000 n°U 400 p. 381 consid. 2a). 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 129 V 222 consid. 4.3.1). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant des ESS édité par l'Office fédéral de la statistique. Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles. On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 168/05 du 24 avril 2006 consid. 3.3 et B 80/01 du 17 octobre 2003 consid. 5.2.2).

Quant au revenu d'invalide, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb).

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/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75

consid. 5b/aa-cc). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3). Cette évaluation ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6; ATF 123 V 150 consid. 2 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 8C_337/2009 du 18 février 2010 consid. 7.5).

9. a. 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. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 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).

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

b. 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).

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

10. En l'espèce, l'intimé, se référant à l'avis du SMR du 25 mars 2008, estime que le recourant est totalement incapable de travailler dans son activité habituelle de manœuvre mais bénéficie d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations depuis le 25 février 2008.

L'intimé a mis en oeuvre une expertise rhumatologique auprès du Dr I_____, lequel a conclu à une capacité de travail nulle dès le 22 novembre 2006 puis de 80% dans une activité adaptée dès août 2008. Il a également sollicité une expertise psychiatrique auprès du Dr K_____, dont le rapport stipule que le recourant est, sur le plan psychiatrique, pleinement capable de travailler dans toute activité non qualifiée, sans diminution de rendement et depuis toujours.

Pour sa part, l'assuré soutient qu'il est totalement incapable de travailler comme manœuvre et qu'une réadaptation est vraisemblablement compromise. Il se prévaut des rapports de ses médecins. Le Dr D_____ atteste d'une incapacité de travail totale dans toute activité en raison de limitations relatives au maintien des positions assise/debout sur une durée supérieure à 10-15 minutes. La Dresse M_____ confirme les limitations fonctionnelles posées par le Dr D_____ et considère impossible toute reprise de l'activité de manœuvre. Le Dr F_____ estime que le recourant ne peut pas exercer son activité habituelle à 100% et ne retrouvera pas de profession sans aide au placement (cf. rapports des Drs D_____, F_____ et M_____ des 15, 26 mars et 23 avril 2013).

11. Afin de se prononcer sur la capacité de travail, il convient d'examiner la valeur probante des expertises rhumatologique et psychiatrique, ainsi que des rapports des médecins du recourant.

La chambre de céans constate que l'expertise rhumatologique du Dr I_____ du 17 mai 2011 repose sur une anamnèse détaillée effectuée en connaissance du dossier médical, sur les plaintes de l'assuré et des examens cliniques complets. Ses diagnostics, à l'instar des limitations fonctionnelles retenues sont clairement exposés. Par ailleurs, ses conclusions attestant d'une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle de manœuvre mais de 80% dans une activité adaptée aux limitations depuis août 2008 sont motivées, puisqu'elles tiennent compte, notamment, de l'existence de troubles dégénératifs lombaires, des limitations fonctionnelles et d'une diminution de rendement.

On relèvera en outre l'expertise du Dr I_____ est en grande partie corroborée par le rapport des EPI du 2 novembre 2010, dont il ressort notamment que « les capacités physiques sont compatibles avec des activités légères et pratiques, en position assise ou debout laissant à l'assuré la possibilité d'alterner les positions et/ou de faire de courtes déambulations [...] ». En outre, les EPI ont décrit le recourant comme plaintif, démonstratif et désireux qu'une incapacité de travail lui soit reconnue, ce qui rejoint les constatations de l'expert rhumatologue.

S'agissant de l'expertise psychiatrique du Dr K_____, celle-ci est également conforme en tous points aux réquisits jurisprudentiels relatifs à la valeur probante.

Elle se fonde en effet sur un examen clinique de l'assuré, sur l'étude de son dossier médical, relate ses plaintes, contient une anamnèse complète, des diagnostics clairs et des conclusions motivées, attestant sur le plan psychiatrique d'une pleine capacité de travail, en l'absence de toute limitation psychique.

Il convient également de relever que jusqu'au rapport de la Dresse M_____ du 9 avril 2014, les médecins du recourant ne préconisaient pas de suivi psychiatrique ni ne faisaient état de troubles psychiques (cf. notamment rapport du Dr F_____ du 8 avril 2014), ce qui tend à confirmer les conclusions du Dr K_____.

Partant, la chambre de céans estime qu'une pleine valeur probante doit être reconnue aux expertises rhumatologique et psychiatrique des Drs I_____ et K_____.

Les rapports divergents des médecins-traitants ne font état d'aucun élément ignoré par les experts et qui serait suffisamment déterminant pour remettre en cause leurs conclusions. En particulier, le Dr D_____ remet en question le diagnostic de « failed back surgery syndrome » posé par l'expert I_____, dans la mesure où une IRM réalisée en juin 2012 démontrerait que les douleurs du recourant seraient liées à des causes organiques. Il convient toutefois de relever que cette IRM est postérieure de plus d'une année à l'expertise rhumatologique de mai 2011 et ne constitue ainsi pas un élément omis par l'expert. Quant au Dr F_____, il relève n'avoir prescrit des antalgiques mineurs que par réticence vis-à-vis des effets indésirables d'anti-inflammatoires chroniques. Le traitement médicamenteux ne constitue toutefois que l'un des nombreux éléments pris en compte dans l'appréciation de l'expert rhumatologue pour justifier ses conclusions. De plus, il ne ressort pas du dossier qu'un quelconque médecin ait jugé nécessaire de prescrire des antalgiques puissants, même ponctuellement.

Pour les motifs qui précèdent, les conclusions des rapports d'expertises des Drs I_____ et K_____ emportent la conviction de la chambre de céans, de sorte que celle-ci retiendra, au degré de la vraisemblance prépondérante, que le recourant a présenté une incapacité de travail totale dans son activité habituelle ou toute autre activité dès le 22 novembre 2006, puis retrouvé une capacité de travail de 80% dans une activité adaptée à ses limitations dès août 2008 et à tout le moins jusqu'à l'expertise rhumatologique du 17 mai 2011.

12. Postérieurement au mois de mai 2011, l'état de santé somatique et psychique du recourant pourrait s'être aggravé, le dossier ne permettant toutefois pas en l'état de se prononcer sur ce point. En effet, il résulte du rapport du Dr D_____ du 25 juin 2012 que ce médecin a fait réaliser une IRM démontrant des « signes clairs d'hyperintensité autour des vis pédiculaires L4 et L5 et une hyperintensité sur les plateaux vertébraux ». Il a également fait état d'une péjoration des douleurs. Cette éventuelle aggravation de l'état de santé a eu lieu avant que l'intimé ne rende sa décision en date du 11 juin 2013 et n'a pas été instruite par l'intimé. 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). D'autres aggravations subséquentes sont vraisemblablement intervenues, dès lors que le Dr D_____ a constaté une boiterie importante dès le mois de septembre 2013 et qu'un adénocarcinome a été diagnostiqué chez le recourant en février 2014, pour lequel ce dernier a subi un traitement de chimiothérapie. Enfin, selon la Dresse M_____, son état dépressif s'est dégradé, de sorte qu'elle lui a prescrit un traitement antidépresseur et l'a adressé chez un psychiatre (cf. rapports des Drs N_____, D_____ et M_____ des 6 et 25 mars 2014, du 9 avril 2014).

Compte tenu de ces éléments, il y a lieu de renvoyer le dossier à l'intimé pour instruction complémentaire, afin que celui-ci mette en œuvre une nouvelle expertise en rhumatologie, oncologie et, cas échéant, psychiatrie, selon la procédure prévue à l'art. 44 LPGA. Il conviendra que les experts se déterminent en particulier sur l'évolution de l'état de santé et de la capacité de travail à compter du mois de juin 2011.

13. Au vu de ce renvoi et dans la mesure où les rapports figurant au dossier permettent à la chambre de céans de se prononcer en connaissance de cause sur la capacité de travail jusqu'en mai 2011, les mesures d'instructions sollicitées par le recourant seront rejetées, par appréciation anticipée des preuves.
14. Enfin, le tribunal constate que l'intimé, considérant à tort que sa décision de 2009 était partiellement entrée en force (cf. supra consid. 6), a fait abstraction des conclusions de l'expertise sur la capacité de travail et a omis de procéder à un nouveau calcul du degré d'invalidité tenant compte de celles-ci. Il n'appartient cependant pas à la chambre de céans de se prononcer à la place de l'intimé sur cette question et de se substituer à l'autorité administrative de première instance, étant précisé que dans la procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision (ATF 131 V 164 consid. 2.1, 125 V 414 consid. 1a, 119 Ib 36 consid. 1b et les références citées).

Partant, il appartiendra à l'intimé de procéder, à l'issue de l'instruction complémentaire, au calcul du degré d'invalidité tenant compte d'une capacité de travail nulle dans toute activité du 22 novembre 2006 jusqu'au mois de juillet 2008, puis de 80% dans une activité adaptée de août 2008 jusqu'à mai 2011 au moins.

15. Au vu de ce qui précède, le recours est partiellement admis, la décision litigieuse annulée et la cause renvoyée à l'intimée, à charge pour celui-ci de mettre en œuvre l'expertise précitée selon la procédure prévue par l'art. 44 LPGA puis de rendre une nouvelle décision dans le sens des considérants.

Le recourant, représenté par un conseil, obtient partiellement gain de cause, de sorte qu'il a droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens, que la chambre de céans fixe en l'occurrence à CHF 2'500.- (art. 61 let. g LPGA ; art. 89H

al. 3 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - LPA ; RS E 5 10 ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 - RFPA ; RS E 5 10.03).

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 200.- est mis à charge de l'intimé (art. 69 al. 1 bis LAI).

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement et annule la décision du 11 juin 2013.
3. Renvoie le dossier à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision dans le sens des considérants.
4. Condamne l'OAI à verser au recourant une indemnité de CHF 2'500.- à titre de dépens.
5. Met un émolument de CHF 200.- 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

La présidente

Nathalie LOCHER

Doris GALEAZZI

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