

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3099/2007

ATAS/294/2008

**ARRET**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**Chambre 4**

**du 12 mars 2008**

En la cause

Madame D\_\_\_\_\_, domiciliée à MEYRIN, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître Aurélie DAYER

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Juliana BALDE, Présidente; Nathalie BLOCH et Dominique  
JECKELMANN Juges assesseurs**

---

### EN FAIT

1. Madame D\_\_\_\_\_, au bénéfice d'un CFC d'employée de bureau, travaillait depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1997 en qualité de gestionnaire spécialisée à plein temps auprès de l'Office cantonal de la population, Etat de Genève.
2. Le 17 janvier 2005, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après OCAI), en précisant que cette démarche était faite à la demande son employeur, mais qu'elle n'était pas d'accord de s'inscrire à l'AI et que son médecin n'en voyait pas la nécessité non plus. Elle a joint à sa demande copie du courrier de son employeur qui l'invitait à déposer une demande auprès de l'assurance-invalidité, en raison du trop grand nombre d'absences pour cause de maladie et accident les trois dernières années.
3. Dans un rapport médical établi en date du 24 avril 2005, la Dresse L\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, médecin traitant de l'assurée depuis le 18 décembre 2001, a retenu comme diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail notamment un état dépressif sévère avec dépendance à l'alcool périodique, une spondylarthrose ankylosante, une hernie hiatale, un syndrome du colon irritable, un syndrome de Verneuil, ainsi qu'une entorse de la cheville gauche. Selon ce médecin, l'état de santé était stationnaire et ne pouvait être amélioré par des mesures médicales. Des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées. La patiente était très désireuse de retravailler, mais médicalement c'est impossible. Le médecin traitant a en outre indiqué qu'une hospitalisation en milieu psychiatrique serait nécessaire, mais que celle-ci était refusée par sa patiente. Elle a conclu qu'il n'était pas possible de se prononcer sur un pronostic à long terme. Dès le 17 décembre 2001, l'assurée a été mise au bénéfice de nombreux arrêts de travail oscillant entre 50 % et 100 %.
4. Dans son annexe au rapport médical, la Dresse L\_\_\_\_\_ a indiqué en date du 28 avril 2005 que sa patiente était toujours en incapacité de travail à 100%. Elle a précisé qu'elle présentait les limitations fonctionnelles suivantes: position à genoux, inclinaison du buste, position accroupie, utilisation des deux bras (en raison de tremblements), lever, porter ou déplacer des charges, se baisser, tous les mouvements du dos ainsi que le travail en hauteur. Elle a indiqué qu'une reprise d'une activité lucrative serait éventuellement envisageable dans l'avenir, mais qu'une amélioration de la capacité de travail au poste occupé jusqu'alors n'était pas possible à l'heure actuelle. En outre, la patiente présentait une diminution de rendement et son état de santé actuel ne lui permettait pas la reprise d'une quelconque autre activité pour le moment.
5. En date du 10 mai 2006, à la demande de l'OCAI, une expertise pluridisciplinaire de type COMAI a été effectuée par la Polyclinique médicale universitaire de Lausanne. L'assurée a été examinée par les Drs M\_\_\_\_\_, médecine interne,

N\_\_\_\_\_, neurologue, et O\_\_\_\_\_, psychiatre. A l'anamnèse, les médecins relèvent que la patiente est abstinente d'alcool depuis 10 mois, sa consommation ayant commencé à l'âge de quinze ans. Celle-ci aurait eu des répercussions sur son activité professionnelle et l'assurée a été hospitalisée à plusieurs reprises pour sevrage et cure. Elle a débuté une prise en charge à l'Unité d'alcoologie des HUG en 2002 et bénéficie depuis lors d'un traitement antidépresseur avec un suivi psychiatrique et psychologique régulier. D'autre part, une spondylarthrite ankylosante a été diagnostiquée à l'âge de 18 ans avec prédominance lombaire, puis progressivement au niveau des deux épaules et de la nuque, rendant douloureuse toute position prolongée. Depuis 2005, elle souffre d'une hernie discale L4-L5 luxée sous le pédicule L5 gauche ayant motivé une intervention chirurgicale le 27 octobre 2005. Cette hernie a eu pour conséquences des troubles du sommeil ainsi que des irradiations dans la fesse, le genou et la face latérale de la jambe. L'assurée présentait également des douleurs abdominales depuis environ 2000, ayant abouti à une hospitalisation pour investigations en 2005.

Au status psychiatrique, l'expert a décrit la patiente comme hostile, agressive, non collaborante, excédée et faisant des réflexions désobligeantes. L'expert a relevé néanmoins que l'histoire de la patiente, la notion d'addiction et les mécanismes de défense permettaient de s'orienter vers une personnalité type limite (borderline). Cependant, l'absence de collaboration de l'expertisée lors du consilium de psychiatrie n'a pas permis de retenir ce diagnostic et il conviendrait, pour établir un tel diagnostic, de compléter l'investigation. Par conséquent, du point de vue psychiatrique, aucun diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail n'a pu être retenu.

Du point de vue rhumatologique, le diagnostic retenu était la spondylarthropathie séro-négative évoluant depuis 7 ans. La patiente se plaignait en outre de douleurs au niveau du bas du dos, du bassin, de la face antérieure du thorax ainsi que des jambes. Elle souffrait d'une raideur matinale durant environ 90 minutes et ne supportait pas les positions assise ou debout pendant plus de trente minutes. Selon le rhumatologue, c'étaient les douleurs, constituant un phénomène subjectif, qui limitaient les activités physiques de la patiente, sans que l'on puisse établir de lien avec une activité de la spondylarthropathie.

Les diagnostics suivants ont été retenus, avec influence essentielle sur la capacité de travail : discopathie L4-L5 avec status après hémilaminectomie gauche pour hernie L4-L5 paramédiane gauche en octobre 2005, spondylarthrose séronégative et syndrome polyalgique idiopathique diffus. Dans leur appréciation du cas, les experts ont conclu que du point de vue rhumatologique, il n'y avait aucune contre-indication à l'exercice de la profession d'employée de commerce, activité sédentaire et légère dans laquelle la patiente avait une pleine capacité de travail, au vu de ses limitations fonctionnelles (maintien des positions statiques prolongées sans possibilité de varier la position debout ou assise de plus de 45 minutes d'affiliée,

activités nécessitant un piétinement, des flexions antérieures du tronc, le port de charges supérieures à 12 kilos, de manière répétitive, les travaux à la chaîne, les travaux avec exposition aux variations climatiques (travaux extérieurs) ainsi que les travaux lourds. L'évolution de la spondylarthropathie est imprévisible et ne pouvait être déterminée au vu des connaissances actuelles, mais il était évident qu'en cas de poussée ou d'extension de cette dernière, la capacité de travail devrait être réévaluée.

6. Par décision du 15 juin 2006, l'OCAI a refusé à l'assurée l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité, au motif que selon les documents médicaux, il n'y avait aucune atteinte à la santé invalidante au sens de la loi. En outre, aucun lien de causalité entre l'atteinte à la santé et l'incapacité de gain n'avait été établi, de sorte que des mesures professionnelles ne pouvaient être accordées. Cette décision n'a pas été contestée.
7. Le 24 novembre 2006, l'assurée a déposé auprès de l'OCAI une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité, visant à l'octroi d'une rente.
8. Par courrier adressé à l'OCAI en date du 22 novembre 2006, le Dr O \_\_\_\_\_, médecin-conseil de l'Etat de Genève, employeur de l'assurée, expose qu'il a été amené à suivre la situation de l'assurée depuis le mois de mars 2002. En effet, l'intéressée souffre de plusieurs atteintes à la santé - dont un état anxiodépressif sévère et récurrent malgré le traitement, de rechutes très fréquentes de maladie alcoolique et de troubles somatiques sévères, notamment de la sphère digestive - qui ont engendré durant les trois dernières années 700 jours d'absence, et ce malgré la mobilisation de son employeur ainsi que plusieurs tentatives de reprises de travail. En dépit de tous ces efforts, force est de constater que l'aggravation de l'état de santé de l'assurée durant ces derniers mois ne lui permet plus d'accomplir une activité professionnelle normale. Le Dr O \_\_\_\_\_ demandait que la décision de non entrée en matière par rapport aux prestations de l'AI soit réévaluée à la lumière de ces éléments nouveaux.
9. En date du 30 novembre 2006, l'assurée a indiqué, dans une lettre adressée à l'OCAI, que son état de santé s'était péjoré depuis le mois de juin 2006. Elle a exprimé ses regrets pour son manque de collaboration avec les médecins lors de la précédente expertise médicale, dû avant à son refus d'accepter d'être mise à l'AI et à son malaise face à certaines questions des médecins. Elle a expliqué qu'elle était très angoissée et nerveuse lors des examens. Tout en présentant ses excuses, l'assurée a demandé à l'OCAI de réexaminer son dossier et de prendre connaissance par l'intermédiaire de ses médecins de son état de santé.
10. Par courrier du 11 décembre 2006, le Dr P \_\_\_\_\_, spécialiste FMH médecine interne et maladies rhumatismales, a communiqué à l'OCAI que la patiente souffrait de plusieurs problèmes ostéo-articulaires justifiant une réévaluation de son dossier.

En effet, elle souffre de la maladie de Bechterew se manifestant actuellement par des cervicodorsalgies et des sciatalgies, malgré les différents traitements, de tendinopathies chroniques des épicondyles droit et gauche, de la coiffe des rotateurs et du long chef du biceps à l'épaule droite, de l'angulaire de l'omoplate droit qui répondent mal aux traitements locaux, aux infiltrations et à de la physiothérapie, et d'un syndrome du tunnel du carpe droit. Par ailleurs, il existe un état dépressif, en partie réactionnel, traité par des antidépresseurs à haute dose, ainsi qu'une psychothérapie.

11. Par courrier du 11 décembre 2006, la Dresse L\_\_\_\_\_ a également demandé à l'OCAI la réouverture du dossier AI. Elle a indiqué une nette péjoration de la situation physique de sa patiente depuis l'expertise, ainsi qu'un état dépressif grave ne s'améliorant que peu sous double antidépresseur à haute dose et malgré le suivi psychothérapeutique bien suivi alors que le problème d'abus chronique d'alcool semble actuellement bien contrôlé. En outre, la patiente avait subi des complications infectieuses, notamment une bronchopneumonie, un abcès thoracique gauche et une otite externe droite récurrente.
12. Dans un avis médical du 30 janvier 2007, le Dr Q\_\_\_\_\_, du Service médical régional AI (ci-après SMR), a indiqué que les troubles mentionnés dans le rapport du Dr P\_\_\_\_\_ du 11 décembre 2006, soit "la tendinopathie chronique des épicondyles droit et gauche, de la coiffe des rotateurs et du long chef du biceps à l'épaule droite, de l'angulaire de l'omoplate droit" étaient englobés dans le diagnostic de fibromyalgie dont 16 points sur 18 avaient été trouvés positifs par les experts du COMAI. En outre, les autres affections mentionnées n'entraînaient selon lui pas d'incapacité de travail durable. Enfin, s'agissant de l'état dépressif, il n'est pas étayé et aucun indice ne permet de suspecter une aggravation depuis l'expertise.
13. Faisant suite au projet de décision de non entrée en matière du 16 avril 2007, l'assurée a écrit à l'OCAI le 11 mai 2007, alléguant que son état de santé ne cesse de s'aggraver. Elle a rappelé les nombreuses atteintes dont elle souffre et qui l'empêchent de travailler.
14. Par décision du 14 juin 2007, l'OCAI a rendu une décision de non entrée en matière sur la demande de prestations, estimant que l'assurée n'avait pas rendu plausible que l'état de fait se soit modifié depuis la décision du 15 juin 2006 et que les éléments médicaux produits dans le cadre de l'audition n'apportaient aucun élément susceptible de modifier son appréciation.
15. L'assuré interjette recours par l'intermédiaire de son mandataire en date du 13 août 2007. Elle considère qu'au vu du courrier de la Dresse L\_\_\_\_\_, une nouvelle expertise devrait être mise en œuvre, de même qu'une instruction plus approfondie. Elle conclut préalablement à ce qu'un délai lui soit accordé pour compléter son recours et principalement, à l'annulation de la décision attaquée.

Dans son complément au recours daté du 10 septembre 2007, la recourante relève que l'OCAI fonde sa décision sur l'avis médical du SMR du 30 janvier 2007 qui retient en particulier que l'état dépressif n'est pas étayé. Or, elle rappelle que si son état de santé psychique n'a pu être apprécié par le COMAI, c'est avant tout parce que l'expertise psychiatrique n'avait pu être conduite dans les règles, du fait de son manque de coopération, ce dont elle s'est excusée par la suite. En outre, elle observe d'un point de vue rhumatologique, que dans le rapport d'expertise du 10 mai 2006, le médecin a conclu que l'évolution de la spondylarthropathie est imprévisible et ne peut être déterminée au vu des connaissances actuelles, il est évident qu'en cas de poussée de celle-ci, la capacité devra être réévaluée et pourra temporairement être nulle. Elle conclut préalablement à ce qu'une expertise psychiatrique soit ordonnée afin de compléter l'investigation psychiatrique et de poser un diagnostic et, principalement, à ce que la décision attaquée soit annulée.

16. Dans sa réponse du 9 octobre 2007, l'OCAI rappelle qu'une demande en révision est déposée lorsque des faits nouveaux (modification de l'invalidité, de l'impotence ou de l'étendue du besoin de soins découlant de l'invalidité) sont établis. Selon les documents produits par les médecins de l'assurée, le SMR a constaté que lesdits documents ne démontraient aucune aggravation de santé de nature à entraîner une invalidité au sens de l'AI. L'OCAI a conclu au rejet du recours.
17. Un délai au 24 octobre 2007 a été accordé à la recourante pour se déterminer.
18. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales 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) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI).

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

2. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). Les règles de procédure quant à elles s'appliquent sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360

consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). La LPGA s'applique donc au cas d'espèce.

3. Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles il ne peut être formé opposition peuvent faire l'objet d'un recours dans les trente jours suivant la notification de la décision litigieuse (art. 56 al. 1 et 60 al. 1 LPGA). Conformément à l'art. 38 al. 4 let. b LPGA, applicable par analogie selon l'art. 60 al. 2 LPGA, les délais fixés en jours par la loi ne courent pas du 15 juillet au 15 août inclusivement. En l'espèce, la décision litigieuse datée du 14 juin 2007 a été notifiée par pli simple; par conséquent, le dernier jour du délai de recours est parvenu à échéance au plus tôt le 16 août 2007. Il s'ensuit que le recours interjeté dans les formes prescrites par pli recommandé du 14 août 2007 est recevable.
4. Le recours est dirigé contre la décision de non entrée en matière de l'intimé suite à la nouvelle demande de prestations déposée par la recourante.
5. Lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas d'impotence, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré établit de façon plausible que son invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins découlant de l'invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 3 [teneur en vigueur dès le 1er mars 2004] et 4 RAI). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 130 V 68 consid. 5.2.3, 117 V 200 consid. 4b et les références). La jurisprudence relative à la nouvelle demande selon l'art. 87 al. 3 et 4 RAI concerne toujours des cas dans lesquels des prestations ont été refusées par le passé. En revanche, elle n'est pas applicable lorsqu'une prestation a été précédemment allouée, mais pour une période limitée (ATF 125 V 410; voir aussi ATF 109 V 111 consid. 1b).

En l'occurrence, la décision litigieuse fait suite à une décision de refus de prestations, de sorte que les exigences sur la nouvelle demande selon l'art. 87 al. 3 et 4 RAI s'appliquent.

Il convient de rappeler que l'exigence sur le caractère plausible de la nouvelle demande selon l'art. 87 al. 3 RAI ne renvoie pas à la notion de vraisemblance prépondérante usuelle en droit des assurances sociales. Les exigences de preuves sont, au contraire, sensiblement réduites en ce sens que la conviction de l'autorité administrative n'a pas besoin d'être fondée sur la preuve pleinement rapportée qu'une modification déterminante est survenue depuis le moment auquel la décision refusant les prestations a été rendue. Des indices d'une telle modification suffisent lors même que la possibilité subsiste qu'une instruction plus poussée ne permettra

pas de l'établir (Damien VALLAT, La nouvelle demande de prestations AI et les autres voies permettant la modification de décisions en force, RSAS 2003, p. 396 ch. 5.1 et la référence sous note n° 27).

L'administration doit commencer par déterminer si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière. A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 4 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 114 consid. 2b).

6. Reste à examiner si la demande de prestations du 26 octobre 2006, reçue le 24 novembre 2006 par l'intimé, satisfaisait aux exigences posées quant au caractère plausible d'une modification déterminante des faits (art. 87 al. 3 et 4 RAI), ce que l'intimé a nié dans sa décision de non entrée en matière.

Lors de l'appréciation du caractère plausible d'une modification déterminante des faits influant sur le droit aux prestations, on compare les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision administrative litigieuse et les circonstances prévalant à l'époque de la dernière décision d'octroi ou de refus des prestations (ATF 130 V 66 consid. 2, et 77 consid. 3.2.3 relatif à l'étendue de l'analogie entre la révision de la rente et la nouvelle demande par rapport aux bases de comparaison dans le temps).

Il convient de comparer les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision du 14 juin 2007 de refus d'entrer en matière de l'intimé - entrée en force - et les circonstances existant à l'époque de la décision du 15 juin 2006 par laquelle il a refusé d'allouer des prestations de l'assurance-invalidité.

7. En l'espèce, le Tribunal de céans constate que dans son rapport d'expertise du 10 mai 2006, le COMAI a retenu que du point de vue rhumatologique, la capacité de travail était entière dans l'activité que la recourante exerçait, tout en précisant que l'évolution de la spondylarthropathie est imprévisible et qu'en cas de poussée ou d'extension de cette dernière, la capacité de travail devra être réévaluée et pourra être temporairement être nulle dans n'importe quelle profession. Quant à l'examen psychiatrique effectué le 15 mars 2006, il n'a pas pu se dérouler dans des conditions normales : l'anamnèse s'est révélée imprenable, la patiente était tendue et agressive

verbalement, l'atmosphère était paranoïde et les traits caractériels et projectifs au premier plan. Au vu de cette attitude, un diagnostic de personnalité n'a pas pu être retenu. L'expert avait cependant indiqué que pour poser un tel diagnostic, il conviendrait de compléter l'investigation psychiatrique.

Dans sa nouvelle demande, la recourante allègue que son état de santé s'est aggravé depuis le mois de juin 2006. Tant le médecin conseil du Service de santé du personnel de l'Etat, le Dr O \_\_\_\_\_, que le médecin traitant, la Dresse L \_\_\_\_\_, font état dans leurs courriers des 22 novembre 2006 et 11 décembre 2006, de troubles somatiques et psychiques sévères. Ainsi, sur le plan somatique, le médecin traitant relève, notamment, une péjoration des douleurs scapulaires, pelviennes et du bas du dos dans le cadre de sa spondylarthrite à HLAB27 positive et un état dépressif grave ne s'améliorant que peu sous double antidépresseur à haute dose et malgré la prise en charge psychothérapeutique bien suivie. Il s'agit-là à l'évidence d'indices parlant en faveur d'une aggravation de l'état de santé depuis l'expertise du COMAI, ce tant du point de vue psychique que somatique, ce d'autant que l'intimé n'avait pas complété l'investigation psychiatrique.

Le Tribunal de céans constate que, contrairement à ce que soutient l'intimé, la recourante a rendu plausible une aggravation de son état de santé (cf. ATFA du 3 décembre 2004 I 326/04; ATCAS du 30 mai 2007, ATAS 591/2007). C'est ainsi à tort que l'intimé a refusé d'entrer en matière sur la demande. La cause lui sera en conséquence renvoyée afin qu'il instruisse la demande, notamment par la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique et, le cas échéant, somatique.

8. Bien fondé, le recours est admis. La recourante, représentée par un avocat, a droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens, fixée en l'occurrence à 1'000 fr.

Conformément à l'art. 69 al. 1bis LAI, un émolument de 500 fr. est mis à la charge de l'intimé, qui succombe.

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

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet et annule la décision du 14 juin 2007.
3. Renvoie la cause à l'OCAI afin qu'il entre en matière sur la demande et rende une nouvelle décision.
4. Condamne l'intimé à payer à la recourante la somme de 1'000 fr. à titre de participation à ses frais et dépens.
5. Met un émolument de 500 fr. à la charge de l'OCAI.
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); 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

Isabelle CASTILLO

Juliana BALDE

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