

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3164/2010

ATAS/283/2011

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 22 mars 2011

1^{ère} Chambre

En la cause

Monsieur A _____, domicilié à Carouge

recourant

contre

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

intimé

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

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après l'assuré), ressortissant suisse, a travaillé comme ferblantier auprès de la société X_____ SA et Y_____ SA pour des salaires horaires respectifs de 30 fr. et 28 fr. 50. A ce titre, il était assuré contre les accidents par la CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (SUVA).
2. En date du 18 avril 2000, l'assuré a glissé sur une échelle et s'est blessé au cou en se rattrapant à un échelon.
3. La Dresse L_____, que l'assuré a consultée pour les premiers soins le 25 avril 2000, a posé le diagnostic de cervico-brachialgie post-traumatique et attesté d'une incapacité de travail complète dès le 25 avril 2000, probablement jusqu'au 9 juin 2000.
4. Dans son rapport du 19 septembre 2000, le Dr M_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a diagnostiqué une entorse cervicale motivant un arrêt de travail total.
5. Le 18 octobre 2000, le Dr N_____, spécialiste FMH en chirurgie et médecin d'arrondissement de la SUVA, a examiné l'assuré et confirmé le diagnostic de syndrome cervical avec cervico-brachialgies dans le cadre d'une arthrose cervicale pré-existante. Il a déclaré l'assuré apte à reprendre le travail à 50 % dès le 23 octobre 2000, puis à 100 % dès le 13 novembre 2000.
6. La SUVA a versé des indemnités journalières à l'assuré jusqu'au 13 novembre 2000 et pris en charge le traitement médical jusqu'au 30 novembre 2000.
7. Le 6 juillet 2002, l'assuré a déposé une demande de rente auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (OAI).
8. Dans son rapport du 18 août 2002, le Dr M_____ a posé le diagnostic d'arthrose sur entorse cervicale et indiqué que la capacité de travail de l'assuré était nulle dans l'activité habituelle depuis le 25 avril 2000. L'état de santé de l'assuré s'aggravait, le pronostic était défavorable et aucune autre activité n'était exigible.
9. L'OAI a mandaté le Pr O_____, médecin-chef au service de rhumatologie du CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE VAUDOIS (CHUV) pour qu'il procède à l'expertise de l'assuré. Ce médecin a rendu son rapport le 1^{er} novembre 2004. Il a procédé à l'anamnèse et à l'étude du dossier. Il a notamment indiqué que les radiographies révélaient une fusion des articulations sacro-iliaques, des troubles statiques lombaires, une syndesmophytose étendue et une discopathie C7-D1. En outre, il a relevé que l'assuré se plaignait d'une baisse de moral en raison de l'arrêt des activités physiques qu'il appréciait (ski, natation) et d'un mauvais sommeil.

Après avoir examiné l'assuré, l'expert a posé le diagnostic de pelvispondylite rhumatismale (maladie de Bechterev), présente probablement depuis de nombreuses années, mais aggravée par le traumatisme du mois d'avril 2000, ayant une répercussion sur la capacité de travail. Il a également constaté des épigastralgies occasionnelles lors de la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens et un état de maigreur. Le pronostic était très défavorable quant à la reprise d'une activité professionnelle nécessitant de la manutention ou des mouvements répétitifs soit de la nuque, soit de la colonne lombaire. En raison des limitations fonctionnelles au niveau de la tête et de la nuque, l'activité habituelle n'était plus exigible depuis le mois d'avril 2000. Des mesures médicales (traitement par anti-inflammatoires non stéroïdiens et conseils ergonomiques) étaient indiquées, à la suite desquelles des mesures de réadaptation devraient être étudiées. Une activité adaptée, essentiellement en position assise, sans obligation pour l'assuré de pencher trop souvent la tête en avant, évitant le port de charges, était possible à raison de quatre à cinq heures par jour, avec une diminution de rendement au début.

10. Dans un avis du 26 novembre 2004, la Dresse P_____, médecin auprès du SERVICE MEDICAL REGIONAL DE L'AI (SMR), a admis une incapacité de travail totale dans toutes les activités et proposé de soumettre les propositions thérapeutiques de l'expert au médecin traitant de l'assuré afin d'assurer leur mise en place. Elle a préconisé une réévaluation du dossier six mois à une année plus tard.
11. Dans son rapport du 11 novembre 2004, le Dr Q_____, spécialiste FMH en médecine générale, a diagnostiqué des cervico-brachialgies droites existant depuis 2000, un canal cervical étroit, ainsi qu'une uncarthrose étagée depuis 2003, ces atteintes ayant des répercussions sur la capacité de travail. Une capsulite rétractile au niveau de l'épaule droite a été mentionnée depuis le mois de mars 2003, sans incidence sur la capacité de travail de l'assuré. L'état de santé était stationnaire. Des mesures médicales n'étaient pas, de l'avis de ce médecin, propres à améliorer la capacité de travail de l'assuré mais des mesures professionnelles étaient indiquées. Une reconversion dans une activité sans port de charges était envisageable dès que possible, par exemple en tant que chauffeur ou livreur. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes: position assise limitée à 2 à 4 heures par jour, position debout une heure par jour, alternance des positions toutes les heures, pas d'activité exercée à genoux, accroupi ou avec inclinaison du buste, périmètre de marche de 1000 mètres au maximum, port de charges limité à 5 kg, pas de mouvements répétitifs des bras et du dos. L'assuré ne devait en outre pas travailler en se baissant, en hauteur, selon un horaire irrégulier ou dans un emploi nécessitant des déplacements sur sol irrégulier ou en pente.
12. Par décision du 22 février 2005, l'OAI a mis l'assuré au bénéfice d'une rente entière d'invalidité à partir du 25 avril 2001, le versement étant différé au 10 juillet 2001 en raison du caractère tardif de la demande.

13. Dans le questionnaire pour la révision de la rente du 14 décembre 2005, l'assuré a indiqué que son état de santé s'était aggravé depuis le mois d'août 2005, faisant état de douleurs persistantes dans le bras gauche.
14. Par rapport médical intermédiaire du 21 mars 2006, le Dr Q_____ a indiqué que l'état de santé de l'assuré était stationnaire depuis 2004, sans changement dans les diagnostics. Il a précisé que l'assuré n'avait pas jugé nécessaire de venir en consultation. Le traitement consistait en la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens en cas de besoin. Il indiquait en dernier lieu que la reprise du travail n'était pas possible en raison des douleurs chroniques, de l'impossibilité de garder une position pendant longtemps et de soulever des charges. Un examen complémentaire n'était, selon lui, pas nécessaire pour évaluer les conséquences de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail de l'assuré.
15. Dans son avis du 17 avril 2007, le Dr R_____, spécialiste FMH en médecine physique et rééducation et médecin auprès du SMR, a rappelé que s'il était vraisemblable que la situation sur le plan strictement médical n'ait pas évolué depuis le moment de l'octroi de la rente, il existait depuis cette époque une capacité de travail résiduelle de quatre à cinq heures par jour, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, conformément aux conclusions de l'expert.
16. Le 14 août 2007, ce médecin, a considéré que la décision d'octroi d'une rente à 100 % non limitée dans le temps était erronée car elle ne tenait pas compte de la capacité de travail dans une activité adaptée de quatre à cinq heures par jour telle qu'estimée par l'expert, capacité résiduelle qui correspondait en outre à l'appréciation du médecin traitant de l'assuré, le Dr Q_____.
17. Dans son rapport du 4 décembre 2007, la technicienne en réadaptation de l'OAI a retenu que des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées, l'assuré se sentant totalement incapable de reprendre une activité professionnelle par crainte d'une aggravation de son état de santé. Elle a donc proposé de conclure par une évaluation théorique de l'invalidité. Elle s'est fondée, à titre de revenu sans invalidité sur un montant de 61'494 fr. 40, correspondant à une activité de niveau 4 dans la construction selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires 2004 (tableau 7), soit 60'303 fr. 35 avant indexation. Le revenu d'invalidité correspondait à une activité à mi-temps de niveau 4 selon le tableau 1 de l'ESS, soit 57'258 fr. 25 à temps plein avant indexation et abattement de 15 %. Le taux d'invalidité ainsi obtenu était de 59.64 %, arrondi à 60 %.
18. Le 2 juin 2008, l'OAI a adressé un projet de décision à l'assuré, aux termes duquel la rente entière qui lui avait été allouée jusqu'alors était remplacée par trois quarts de rente dès le premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision, conformément au taux d'invalidité établi par son service de réadaptation.

L'OAI a retenu que la décision initiale d'octroi de la rente était manifestement erronée et devait être reconsidérée, dans la mesure où elle ne tenait pas compte de la capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée à l'état de santé de l'assuré et que le droit de l'assuré à des mesures d'ordre professionnel en lieu et place de la rente d'invalidité n'avait pas été examiné.

19. Par courrier du 10 juin 2008, l'assuré a contesté le projet de décision précité, soutenant qu'il était invalide à 100 %.
20. Par décision du 16 juillet 2008, l'OAI a confirmé la teneur de son projet du 2 juin 2008.
21. Par acte du 25 juillet 2008, l'assuré a interjeté recours contre la décision de l'OAI auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales, alors compétent, en concluant au maintien de la rente entière d'invalidité. Il a allégué qu'il souffrait d'une maladie incurable entraînant de multiples limitations fonctionnelles et qu'il n'avait aucune capacité résiduelle de travail.
22. Par écriture du 1^{er} septembre 2008, l'OAI a conclu au rejet du recours en se référant aux motifs ressortant de la décision attaquée.
23. En date du 1^{er} septembre 2008, l'assuré a produit un rapport du Dr Q_____ du 19 août 2008, qui a indiqué avoir suivi l'assuré de 2003 à 2006. Il a confirmé les constatations de l'expert, en relevant que l'état général de l'assuré, qui était amaigri, était moyen. L'assuré fumait un paquet de cigarettes et consommait plusieurs bières par jour. Les poumons présentaient des râles bronchiques compatibles avec un début de bronchite chronique obstructive. Le status orthopédique montrait de gros troubles statiques vertébraux sous forme de scoliose étagée, mais surtout des raideurs marquées au niveau lombaire, compatible avec une maladie de Bechterev. La palpation cervicale, dorsale et lombaire était douloureuse et les mouvements très limités. Le Dr Q_____ notait une forte asymétrie de la ceinture scapulaire et une impotence fonctionnelle de l'épaule gauche, avec diminution de la mobilité et de la force musculaire. Il signalait par ailleurs que l'assuré présentait des paresthésies permanentes dans les extrémités. La marche était chaotique et l'équilibre précaire. L'assuré ne manifestait aucune motivation pour une éventuelle réinsertion car il se sentait trop diminué. Au vu des constatations tant physiques que psychologiques, le médecin considérait qu'une réinsertion professionnelle était illusoire.
24. Par arrêt du 30 avril 2009 (ATAS/554/2009), le Tribunal cantonal des assurances sociales a rejeté le recours de l'assuré. Il a retenu en substance que la décision initiale d'octroi d'une rente entière à l'assuré était manifestement erronée car elle n'avait pas tenu compte de la primauté de la réadaptation sur la rente, alors que l'assuré disposait à dire d'expert d'une capacité résiduelle de travail de quatre

heures par jour dans une activité adaptée, le calcul du degré d'invalidité de l'OAI étant par ailleurs confirmé.

25. Par courrier du 30 avril 2009, l'assuré a remis au Tribunal un rapport établi par le Dr S _____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie.

Ce médecin a indiqué que l'assuré présentait une spondylarthrite ankylosante, avec un très important enraidissement du rachis cervical, dorsal et lombaire ainsi qu'une fusion des articulations sacro-iliaques des deux côtés. Il avait réintroduit un traitement anti-inflammatoire non-stéroïdien et préconisé une physiothérapie de mobilisation progressive du rachis par la pratique d'exercices. L'assuré s'était présenté régulièrement aux consultations et un petit gain de mobilité était constaté, avec une légère diminution des douleurs. Le Dr S _____ a relevé que la limitation fonctionnelle très marquée par la maladie de Bechterev dont souffrait l'assuré était incompatible avec sa profession antérieure de ferblantier. Par ailleurs, l'assuré lui avait paru très fragilisé, et ne lui semblait pas à même de se réinsérer dans le tissu économique. Le Dr S _____ suggérait la mise en œuvre d'une expertise multidisciplinaire avant toute décision sur la diminution de la rente de l'assuré.

26. Le 10 septembre 2009, l'assuré a remis une nouvelle demande de prestations tendant à l'octroi d'une rente entière à l'OAI. Il a fait valoir que sa santé s'était détériorée depuis 2004, et s'est référé au rapport du Dr Q _____ du 19 août 2008 et à celui du Dr S _____ du 30 avril 2009.

27. Par courrier du 13 octobre 2009, l'OAI a expliqué à l'assuré que sa demande de révision devait établir de manière plausible une aggravation de son état de santé et l'a invité à lui faire parvenir tous les éléments médicaux nouveaux dans ce sens.

28. Par pli du 13 novembre 2009, l'assuré a remis à l'OAI les rapports radiologiques suivants:

- radiographie de la main gauche faite le 29 août 2006 par le Dr T _____, spécialiste FMH en radiologie, avec suspicion d'une petite fracture non déplacée de la face ulnaire;
- radiographie de la colonne cervicale faite le 21 janvier 2009 par le Dr U _____, spécialiste FMH en radiologie, décrivant une déviation significative vers la droite de la colonne avec hyperlordose, une spondylodiscarthrose étagée avec uncarthrose multi-étagée, et rétrécissement modéré des foramen de conjugaison C3-C4 des deux côtés essentiellement dû à l'unarthrose;

- radiographie de l'avant-pied droit faite le 27 mai 2009 par le Dr T_____ concluant à une fracture comminutive de la base de la deuxième phalange du premier orteil;
 - radiographie du thorax faite le 28 octobre 2009 par le Dr T_____, constatant une discrète déformation de l'arc postéro-latéral de la 9^{ème} côte droite évoquant plutôt un remaniement post-traumatique ancien qu'une fracture récente, à corrélérer aux données cliniques.
29. Dans un avis du 8 juin 2010, le Dr R_____ a relevé que les certificats établis par les Dr Q_____ et S_____ n'apportaient pas d'élément médical nouveau et ne permettaient dès lors pas de remettre en cause les conclusions du Pr O_____. Le Dr R_____ a considéré qu'il était tout à fait vraisemblable que l'assuré présente un état de santé stationnaire avec une dégradation progressive liée au vieillissement et à un éthylo-tabagisme chronique. Les limitations fonctionnelles retenues par l'expert restaient valables, mais l'assuré pouvait vraisemblablement mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail de 50 %. De l'avis du Dr R_____, l'absence d'évolution médicale était également démontrée par le fait que l'assuré n'avait pas suivi de traitement médical depuis 2006, reprenant contact avec son médecin lors du projet de réduction de rente seulement.
30. L'OAI a adressé un projet de décision à l'assuré en date du 22 juin 2010, aux termes duquel il refusait d'entrer en matière sur sa demande d'augmentation de rente, l'assuré n'ayant pas rendu vraisemblable une aggravation de son état de santé.
31. Par décision du 30 août 2010, l'OAI a confirmé son projet de décision.
32. Par courrier du 20 septembre 2010, l'assuré (ci-après le recourant) a interjeté recours contre la décision de l'OAI (ci-après l'intimé) auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales, alors compétent. Il fait valoir que le dossier radiologique qu'il a remis à l'intimé atteste de fractures à répétition depuis 2004, et que les certificats des Dr Q_____ et S_____ démontrent qu'il est incapable de travailler même à raison de quelques heures par jour. Il conclut à la mise en œuvre d'une expertise.
33. Dans sa réponse du 18 octobre 2010, l'intimé a conclu au rejet du recours et a plus particulièrement considéré qu'une expertise n'est dès lors pas nécessaire.

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 la procédure pendante 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. La LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, est applicable à la présente procédure. 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 229, consid. 1.1).

Les règles de procédure s'appliquent quant à elles sans réserve dès le jour de leur entrée en vigueur (ATF 117 V 71, consid. 6b).

3. Le recours, interjeté dans les délais et forme légaux, est recevable (art. 56 ss LPGA).
4. Le litige porte sur le point de savoir si l'intimé était fondé à refuser d'entrer en matière sur la nouvelle demande du recourant, en particulier si ce dernier a rendu vraisemblable une aggravation de son état de santé.
5. a) 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 rend plausible que son invalidité ou son impotence s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 3 et 4 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI; RS 831.201]). Les conditions d'entrée en matière prévues par l'art. 87 al. 3 et 4 RAI ont pour but de restreindre la possibilité de présenter de manière répétée des demandes de rente identiques (ATF 133 V 108, consid. 5.3.1).

b) Si les allégations de l'assuré ne sont pas plausibles, 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 (ATF 109 V 108, consid. 2b).

c) 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 (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; ATF I 724/99 du 5 octobre 2001, consid. 1c/aa).

d) 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 64, consid. 2; ATF 109 V 262, consid. 4a).

6. Dans le cas d'espèce, le recourant se fonde sur les certificats établis par le Dr Q_____ et le Dr S_____, ainsi que sur les comptes-rendus radiologiques qu'il a remis à l'appui de sa nouvelle demande.

S'agissant de la portée du certificat du Dr Q_____, elle a déjà été analysée par le Tribunal cantonal des assurances sociales dans son arrêt du 30 avril 2010, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'y revenir. Quant aux informations données par le Dr S_____, elles ne suffisent pas à démontrer une aggravation de l'état de santé du recourant mais correspondent aux constats de l'expert. Le diagnostic de spondylarthrite ankylosante (aussi connue sous le nom de maladie de Betcherev) avait déjà été posé par l'expert. Quant aux limitations de la mobilité induites par cette atteinte et leurs répercussions sur la capacité de travail en tant que ferblantier, elles ont également été relevées par l'expert et ne sont pas contestées. Le certificat du Dr S_____ ne permet donc pas de rendre plausible une aggravation de l'état de santé du recourant qui justifierait un réexamen de sa nouvelle demande. Au contraire, les indications du Dr S_____ semblent démontrer une petite amélioration de la mobilité du recourant et un léger amendement des douleurs grâce au traitement prodigué, auquel le recourant ne s'était jusqu'alors pas soumis. L'évaluation par le Dr S_____ des probables difficultés de réinsertion du recourant ne repose en outre pas sur des éléments médicaux, et cet élément est au demeurant déjà connu puisque le recourant avait déjà clairement exprimé qu'il ne souhaitait pas suivre des mesures de réadaptation. Quant aux clichés radiologiques fournis, on notera qu'il s'agit pour l'un d'eux d'un cliché déjà ancien, datant de 2006. La radiographie de la colonne cervicale est quant à elle également largement superposable à celle qu'avait analysée le Pr O_____ dans son expertise, révélant des troubles statiques et une arthrose de la colonne vertébrale. Si une des radiographies démontre effectivement une fracture à un orteil, il ne s'agit pas là d'une atteinte aggravant de manière prolongée la capacité de travail du recourant. On ne peut ainsi suivre le recourant lorsqu'il déclare que les clichés remis

démontrent des fractures liées à sa maladie. Tout d'abord, seules deux fractures (dont l'une n'est pas clairement établie) ont été constatées depuis 2006, si bien qu'on ne peut dans ce contexte parler de "fractures à répétition". Le cliché du thorax fait quant à lui état d'une fracture ancienne, et non d'un traumatisme récent. En outre, aucun des médecins consultés par le recourant n'a évoqué ces fractures comme des conséquences de la maladie dont il est atteint. Enfin, une fracture du pied ou de la main est une atteinte qui ne revêt qu'un caractère temporaire. Elle ne constitue dès lors pas une aggravation durable de la capacité de gain d'un assuré augmentant son degré d'invalidité.

Ainsi, les éléments produits par le recourant ne permettent pas de rendre plausible une dégradation de son état de santé. Partant, c'est à bon droit que l'intimé a refusé d'entrer en matière sur sa nouvelle demande.

7. Eu égard à ce qui précède, la décision de l'intimé sera confirmée.

La procédure n'étant pas gratuite en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1^{bis} LAI), le recourant sera astreint au paiement d'un émolument de 200 fr.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Met un émolument de 200 fr. à la charge du recourant.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Nathalie LOCHER

Doris GALEAZZI-
WANGELER

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