

EN FAIT

1. Monsieur A_____, ressortissant italien né en 1958, domicilié en Suisse, vidangeur de profession, souffre depuis de nombreuses années d'un diabète de type II, de cervicalgies et de problèmes au niveau des poignets et des mains (cure du pouce gauche à ressaut, cure d'épicondylite gauche en 2002, cure d'index et de médium gauches à ressaut en 2003, neurolyse du médian à gauche en 2009, cure du médium droit à ressaut en 2013, cure d'un quatrième doigt gauche à ressaut en 2012, cure d'un tunnel carpien droit en 2012 et excision d'un kyste arthrosinovial du poignet droit avec cure du pouce et du cinquième doigt droits à ressaut en décembre 2013).
2. A compter du 25 mai 2008, l'assuré a été mis en arrêt de travail, suite à une opération du cœur.
3. Par décision du 17 septembre 2010, l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI) a toutefois rejeté sa première demande de prestations du 7 novembre 2008, à l'issue d'une instruction ayant permis de recueillir notamment les éléments suivants :
 - un rapport établi le 10 juin 2008 par le service de cardiologie des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) faisant état, à titre de diagnostic principal, d'un syndrome coronarien aigu avec dysfonction ventriculaire gauche et, à titre de diagnostic secondaire et de comorbidité, de deux trombus intracardiaques, d'un diabète insulino-dépendant depuis 1983, d'une dyslipidémie et d'une hypertension artérielle ;
 - un rapport rédigé le 20 octobre 2008 par la doctoresse B_____, spécialiste FMH en médecine interne, endocrinologie et diabétologie, concluant à des cervicalgies non déficitaires et à une cardiopathie ischémique avec infarctus antérieur, status post pose de stents et fonction systolique du ventricule gauche diminuée de manière sévère depuis juin 2008 ; étaient également mentionnés, en précisant qu'ils étaient sans répercussion sur la capacité de travail : un diabète de type insulino-requérant depuis 1983 et une hypertension artérielle ; concernant les cervicalgies, un traitement antalgique avait été entrepris, qui avait conduit à la régression totale de la symptomatologie ; concernant l'infarctus, le patient avait été hospitalisé une première fois en juin 2008 et une seconde en juillet 2008 pour la pose plusieurs stents ; un traitement de la dysfonction ventriculaire gauche était en place, avec une correction des facteurs de risques ; en l'absence d'efforts importants, le patient ne se plaignait plus ;
 - un rapport de la Dresse B_____ du 26 janvier 2009 confirmant ces diagnostics ; l'incapacité de travail était toujours totale dans l'activité habituelle, laquelle impliquait potentiellement le port de très lourdes charges (bouches d'égoût) ; le

patient était désormais asymptomatique, mais il devait continuer à éviter les efforts importants ;

- un bref rapport émis le 3 février 2009 par le docteur C_____, spécialiste FMH en radiologie, suite à une échographie de l'épaule gauche de l'assuré pratiquée le 2 février 2009 ayant montré une capsulose évolutive un peu rétractible gênant la rotation externe passive et active du bras et le coulissement du long chef du biceps ;
 - un avis du Service médical régional (ci-après : SMR) du 20 avril 2009, selon lequel une activité légère semi-sédentaire épargnant le membre supérieur gauche était exigible depuis janvier 2009 ;
 - un rapport du docteur D_____, spécialiste FMH en neurologie, du 27 mars 2006, concluant à un syndrome du tunnel carpien bilatéral plus marqué à gauche ;
 - un rapport du docteur E_____, spécialiste FMH en chirurgie de la main, du 11 juin 2009, indiquant qu'une demande de prestations de l'assurance-invalidité ne lui semblait pas d'actualité ;
 - un rapport d'examen des docteurs F_____, « médical manager », et G_____, spécialiste FMH en cardiologie, du 18 décembre 2009, à l'intention de l'assureur perte de gain, concluant à une reprise du travail possible à 50% à compter du 5 juin 2010, puis à 100% un mois plus tard sans réadaptation nécessaire : aucune limitation n'avait été retenue sur le plan cardiologique dans le travail habituel, la capacité physique de l'assuré étant désormais normale au test d'effort, sans ischémie résiduelle et avec une fonction ventriculaire très discrètement diminuée ;
 - un rapport de la division de réadaptation professionnelle de l'AI du 18 mai 2009 constatant l'inutilité d'une réadaptation, l'assuré ayant repris son emploi habituel, à temps complet ;
 - une évaluation théorique du degré d'invalidité de l'intéressé, concluant à un taux de 22% dès janvier 2009, date à laquelle le SMR avait considéré que l'assuré aurait pu reprendre une activité adaptée à ses limitations.
4. Le 5 mai 2014, l'assuré a déposé une seconde demande de prestations en invoquant une opération de sa main droite, fin 2013.
5. Par décision du 30 juin 2015, l'OAI a rejeté cette nouvelle demande, à l'issue d'une instruction ayant permis de recueillir notamment :
- un rapport du Dr E_____ du 2 juillet 2014 faisant état de multiples opérations des deux mains, la dernière en décembre 2013 ; le médecin concluait à une totale incapacité de travail dans la profession de vidangeur depuis le 28 octobre 2013 en raison des douleurs et raideurs ressenties par l'assuré au niveau de sa main droite et de la gêne fonctionnelle en découlant ;

- un rapport d'examen du docteur H_____, chirurgien orthopédique et spécialiste en traumatologie de l'appareil locomoteur, adressé le 26 mai 2014 à l'assureur perte de gain ; l'assuré se plaignait d'une réduction de mobilité et d'une diminution de force au niveau de sa main droite ; le médecin examinateur avait constaté un pouce et un cinquième doigt droits à ressaut et un kyste synovial postérieur du poignet droit ; il préconisait d'éviter le port de charges moyennes et l'utilisation de la main droite pour une préhension en force ; il relevait que l'activité professionnelle exercée par l'assurée était extrêmement physique et nécessitait l'utilisation en force des membres supérieurs (afin d'ouvrir les canalisations et les égouts et les nettoyer à l'aide d'instruments à haute pression) ; au vu de telles contraintes, des limitations retenues, de la persistance de la diminution de force de préhension de la main droite et des douleurs, le médecin n'estimait la reprise de l'activité habituelle possible qu'à un taux de 50% et avec une diminution de rendement de 20% et ce, de manière définitive ; en revanche, la reprise d'une activité adaptée était envisageable à 100% et sans diminution de rendement dès le 26 mai 2014, date de l'expertise ;
 - un bref rapport du Dr E_____ du 1er décembre 2014, une année après l'excision d'un kyste arthrosynovial du poignet droit, constatant que si le patient ressentait encore une certaine gêne fonctionnelle et des douleurs, la mobilité était bonne avec un enroulement adéquat des doigts ; le cas était stabilisé ; le médecin émettait l'avis que l'activité habituelle était trop lourde pour être poursuivie ;
 - un avis du SMR du 24 février 2015 constatant que l'opération pratiquée en décembre 2013 avait permis de récupérer une partie des amplitudes articulaires mais que persistaient d'importantes limitations fonctionnelles (baisse de préhension de la main droite et douleurs séquellaires chroniques) ; le SMR, jugeant l'expertise du Dr H_____ convaincante, se rangeait à ses conclusions (incapacité totale de travail dans l'activité habituelle du 28 octobre 2013 au 25 mai 2014, puis incapacité de 50% dans cette même activité, avec baisse de rendement de 20% mais capacité de travail entière dès le 26 mai 2014 dans une activité adaptée légère n'impliquant ni port de charges supérieures à 10 kg, ni travail en force de la main droite) ;
 - un calcul du degré d'invalidité fixant celui-ci à 31.3% en tenant compte d'une réduction supplémentaire du revenu après invalidité de 25%.
6. Le 2 mai 2016, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations, en invoquant une fois encore l'opération de sa main droite pratiquée en décembre 2013.
7. Par courrier du 3 mai 2016, l'OAI lui a accordé un délai de trente jours non prolongeable pour lui faire parvenir tous les documents médicaux permettant de rendre plausible une aggravation de son état de santé depuis la dernière décision rendue.

8. Est parvenu à l'OAI un rapport rédigé le 26 mai 2016 par le Dr E_____, récapitulant les multiples opérations subies par son patient.

Le médecin précisait que, malgré toutes ces interventions, l'assuré continuait à se plaindre de douleurs dans les mains et d'une impotence fonctionnelle relative. Il émettait l'avis qu'il était évident qu'un travail lourd de nettoyeur de conduites était beaucoup trop pénible pour l'état des membres supérieurs de son patient.

A l'examen du jour, la main droite restait enflée, avec un enroulement laborieux et un « grip » limité des deux côtés (18 kg à droite, 16 kg à gauche). La mobilité était meilleure du côté gauche, mais restait douloureuse. Le médecin préconisait une nouvelle évaluation globale de l'état de santé de son patient, dont il a indiqué que l'activité professionnelle dans le nettoyage de canalisations lui semblait peu compatible avec ses handicaps.

9. Le 6 juin 2016, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision dont il ressortait qu'il se proposait de refuser d'entrer en matière sur sa demande, à moins qu'il n'apporte de nouveaux éléments dans les trente jours.

10. Dans un bref avis médical daté du 14 juin 2016, le médecin-conseil l'office cantonal de l'emploi (ci-après : l'OCE), le docteur I_____, a conclu à une totale incapacité de travail depuis le 8 décembre 2015 : il était définitivement exclu que l'assuré exerçât sa profession.

11. Le 16 août 2016, le SMR a émis l'avis qu'en l'absence d'éléments médicaux objectifs en faveur d'une aggravation de l'état de santé, ses conclusions du 24 février 2015 sur la base de l'expertise orthopédique pratiquée en 2014 restaient valables : dans une activité adaptée légère, la capacité de travail de l'intéressé restait préservée, sans baisse de rendement et ce, depuis le 26 mai 2014, à condition d'éviter le port de charges moyennes et l'utilisation de la main droite pour des mouvements répétés de préhension en force.

12. Par décision du 19 août 2016, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations.

L'OAI a considéré que l'assuré n'avait pas rendu vraisemblable une modification essentielle de son état.

13. Par écriture du 20 septembre 2016, l'assuré a interjeté recours contre cette décision dont il demande qu'elle soit annulée et son dossier renvoyé à l'OAI pour instruction complémentaire s'agissant de la période postérieure au 30 juin 2015.

Le recourant fait valoir qu'il a été opéré une nouvelle fois par le docteur E_____ le 8 décembre 2015 (ténolyseur des fléchisseurs de l'index et de l'annulaire). Suite à cette intervention, il a été mis en arrêt de travail du 8 décembre 2015 au 31 mars 2016.

Le recourant invoque l'avis de son médecin, le Dr E_____, dont il relève qu'il est en contradiction avec les conclusions de l'expertise (capacité de travail de 50%

avec une baisse de rendement de 20% dans l'activité habituelle) rendue en mai 2016.

Le recourant en tire la conclusion que cela démontre qu'un changement est survenu dans son état de santé, puisque son médecin laisse clairement entendre qu'il est désormais incapable d'exercer son ancienne profession.

Il conviendrait dès lors, selon lui, d'ordonner une nouvelle expertise permettant de déterminer quelle est désormais sa capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée.

À l'appui de sa position, il produit :

- un certificat de la Dresse B_____ du 19 septembre 2016, rappelant les diagnostics (cardiopathie ischémique avec infarctus antérieur en juin 2008 et pose de stents, diabète insulino-requérant avec un bon équilibre métabolique, dyslipidémie, hypertension artérielle, cervicalgies non déficitaires sur arthrose sévère, tunnel carpien bilatéral, maladie Dupuytren, doigts à ressaut et status post interventions des mains); elle souligne que les arrêts médicaux ont été principalement justifiés pour des raisons orthopédiques en relation avec de multiples interventions au niveau des mains, avec des séquelles importantes sur la mobilité ne permettant pas à l'assuré de reprendre son travail ;
- un nouveau rapport rédigé le 20 septembre 2016 par le Dr E_____ rappelant la situation, précisant que les suites de la dernière intervention pratiquée fin 2013 ont été difficiles (persistance de douleurs au niveau du poignet et d'une certaine limitation de l'enroulement des doigts, en particulier de l'index et de l'annulaire); le médecin fait état d'une nouvelle intervention pratiquée le 8 décembre 2015 (thénolyseur des fléchisseurs de l'index et de l'annulaire) en précisant que depuis lors, la situation ne s'est pas vraiment améliorée de façon sensible, le poignet et les doigts restant régulièrement tuméfiés et douloureux, avec une limitation de l'enroulement des doigts variable selon le degré de tuméfaction ; selon lui, il est totalement irréaliste d'envisager que l'assuré puisse reprendre une activité de manœuvre ou tout travail nécessitant le port de charges et les mouvements répétitifs des mains ; le médecin rappelle par ailleurs que son patient ne bénéficie d'aucune formation qui lui permettrait d'entreprendre un travail non manuel et qu'il est âgé de 58 ans.

14. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 11 octobre 2016, a conclu au rejet du recours.

L'intimé maintient qu'aucun élément médical permettant de rendre plausible une modification du degré d'invalidité de l'assuré n'a été apportée.

Pour le surplus, il rappelle qu'il ne lui appartenait pas de procéder à des mesures d'instructions complémentaires notamment par le biais d'une expertise puisque le principe inquisitoire ne s'applique pas à la procédure d'entrée en matière sur une nouvelle demande.

En l'occurrence, l'intimé considère que si des rapports médicaux ont certes été produits par l'assuré, ceux-ci ne démontrent aucun problème médical nouveau pas plus qu'une aggravation de la répercussion des atteintes sur les limitations fonctionnelles ou une modification du taux de capacité de travail retenu antérieurement.

15. Par écriture du 27 octobre 2016, le recourant a persisté dans ses conclusions.

En substance, il fait valoir qu'il a produit trois documents en totale contradiction avec l'expertise sur laquelle l'intimé a basé sa décision initiale :

- le courrier du Dr E_____ du 26 mai 2016, qui conclut que l'exercice du travail de nettoyeur de conduites n'est pas exigible ;
- la décision de l'office cantonal de l'emploi (OCE) du 16 juin 2016 attestant qu'il ne pourra plus travailler ;
- l'avis médical du médecin-conseil de l'OCE du 14 juin 2016 confirmant une incapacité de travail définitive et l'impossibilité d'exercer la profession habituelle.

Le recourant considère qu'il a rendu plausible une aggravation de son état de santé. Il rappelle que la notion de caractère plausible ne renvoie pas à celle de la vraisemblance prépondérante, ajoute que les indices d'une modification suffisent et considère qu'en tout état de cause, l'OAI aurait dû entrer en matière sur sa demande.

16. Par écriture du 15 novembre 2016, l'intimé a persisté dans ses conclusions.

EN DROIT

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

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

2. 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; 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; 112 V 360 consid. 4a ; RAMA 4/1998 p. 316 consid. 3b).

3. Interjeté dans les formes et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 à 60 LPGA).
4. Le litige se limite au point de savoir si l'intimé était fondé à refuser d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations du recourant.
5. Lorsque la rente d'invalidité a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI; RS 831.201]). Les conditions d'entrée en matière prévues par l'art. 87 al. 2 et 3 RAI ont pour but de restreindre la possibilité de présenter de manière répétée des demandes de rente identiques (ATF 133 V 108 consid. 5.3.1). L'exigence du caractère plausible d'une modification de l'état de santé susceptible d'influencer les droits de l'assuré doit permettre à l'administration d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes, respectivement des demandes de révision dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 125 V 410 consid. 2b, 117 V 198 consid. 4b et les références).
6. Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit donc commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrer en matière. À cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter (ATF 109 V 108 consid. 2b). Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 114 consid. 2b).
7. Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (cf. ATF 125 V 193 consid. 2, 122 V 157 consid. 1a et les références), ne s'applique pas à la procédure de l'art. 87 RAI (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5). Eu égard au caractère atypique de celle-ci dans le droit des assurances sociales, le Tribunal fédéral des assurances a précisé que l'administration pouvait appliquer par analogie l'art. 73 RAI (voir l'art. 43 al. 3 LPGA) – qui permet aux organes de l'AI de statuer en l'état du dossier en cas de refus de l'assuré de coopérer – à la procédure régie par l'art. 87 RAI, à la condition

de s'en tenir aux principes découlant de la protection de la bonne foi (cf. art. 5 al. 3 et 9 Cst.; ATF 124 II 265 consid. 4a).

Ainsi, lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations ou une procédure de révision sans rendre plausible que son invalidité s'est modifiée, notamment en se bornant à renvoyer à des pièces médicales qu'il propose de produire ultérieurement ou à des avis médicaux qui devraient selon lui être recueillis d'office, l'administration doit lui impartir un délai raisonnable pour déposer ses moyens de preuve, en l'avertissant qu'elle n'entrera pas en matière sur sa demande pour le cas où il ne se plierait pas à ses injonctions. Enfin, cela présuppose que les moyens proposés soient pertinents, en d'autres termes qu'ils soient de nature à rendre plausible les faits allégués. Un assuré qui renonce à présenter des preuves alors qu'il y a été invité et a bénéficié d'un délai raisonnable pour ce faire ne saurait invoquer la violation de son droit à un procès équitable au sens de l'art. 6 par. 1 CEDH. En effet, l'administration a offert à l'assuré une possibilité raisonnable de présenter sa demande, y compris ses moyens de preuve, si bien que ce dernier ne se retrouvait nullement dans une situation de net désavantage par rapport à son interlocuteur (arrêt du Tribunal fédéral 9C_970/2010 du 30 mars 2011 consid. 4 ; voir arrêt de la Cour européenne des droits de l'homme *Dombo Beheer BV contre Pays-Bas* du 27 octobre 1993, Série A, vol. 274 n° 33).

8. L'exigence du caractère plausible de la nouvelle demande selon l'article 87 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 alors 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 les références).
9. 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 ; 109 V 262 consid. 4a).

Enfin, on rappellera que dans un litige portant sur le bien-fondé du refus d'entrer en matière sur une nouvelle demande, le juge doit examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait à l'administration au moment où celle-ci a statué. Son examen est ainsi d'emblée limité au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifiaient ou non la reprise de l'instruction du dossier. Il ne sera donc pas tenu compte des rapports produits postérieurement à la décision litigieuse (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 ; 121 V 366 consid. 1b et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 9C 959/2011 du 6 août 2012 consid. 4.3).

10. Il ressort de ce qui précède que la question qui se pose en l'occurrence est uniquement celle de savoir si le recourant, au moment de la décision litigieuse - soit le 19 août 2016 - avait rendu plausible une aggravation de son état de santé survenue depuis le 30 juin 2015.

Force est de constater qu'aucun des documents produits avant la décision litigieuse - ni même après - ne fait mention d'une aggravation de l'état du recourant. Certes, une nouvelle intervention est mentionnée - qui n'a entraîné qu'un arrêt de travail limité dans le temps - mais le chirurgien, s'il indique l'absence d'amélioration, ne fait pas état d'une aggravation. Les limitations évoquées sont toujours les mêmes que précédemment et il n'a jamais été exigé du recourant qu'il reprenne son activité habituelle. Dans sa décision du 30 juin 2015 déjà, l'OAI s'est basé une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée, ce qu'aucun des médecins du recourant ne conteste, si ce n'est pour des raisons relevant du manque de formation et de l'âge de leur patient.

Aucun élément ne démontre la survenance d'une nouvelle atteinte pas plus que l'aggravation de la répercussion des atteintes sur les limitations fonctionnelles ou une modification du taux de capacité de travail dans une activité adaptée retenu antérieurement. S'il est vrai qu'à ce stade, des indices d'une modification suffisent, encore faut-il que ces indices parlent en faveur d'une modification déterminante, ce qui n'est manifestement pas le cas en l'espèce.

C'est dès lors à juste titre que l'intimé a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande. Eu égard aux considérations qui précèdent, le recours est rejeté.

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Renonce à percevoir un émolument.
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

Marie-Catherine SÉCHAUD

Karine STECK

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