

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3575/2024

ATAS/301/2025

**COUR DE JUSTICE**  
**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 29 avril 2025**

**Chambre 10**

En la cause

A\_\_\_\_\_

recourant

contre

**OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE  
GENÈVE**

intimé

**Siégeant : Joanna JODRY, présidente ; Christine TARRIT-DESHUSSES et Andres PEREZ, juges assesseurs.**

---

**EN FAIT**

**A. a.** A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), né le 10 juin 1967, originaire de Tunisie, a suivi sa scolarité primaire et secondaire en Tunisie, et a échoué à son examen de baccalauréat. Il est marié et père de quatre enfants, nés en 2008, 2010, 2014 et 2016. Depuis son arrivée en Suisse en 1998, il a occupé divers emplois, notamment en tant qu'aide-soignant, vendeur – magasinier, commis administratif, et a connu plusieurs périodes de chômage. Il a obtenu un certificat d'opérateur sur machines CNC en 2005 et un diplôme de programmeur – régleur sur machines CNC en 2007, décernés par l'IFAGE, fondation pour la formation des adultes, et un diplôme de conducteur d'élévateurs en 2007. En dernier lieu, il a travaillé en tant qu'auxiliaire de santé pour l'EMS B\_\_\_\_\_, à 100%, du 1<sup>er</sup> mars au 31 octobre 2019.

**b.** Le 24 mai 2023, l'office de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI) a enregistré une demande de prestations de l'assuré, lequel a mentionné qu'il était en incapacité de travail depuis le 20 février 2023, qu'il avait subi une arthroscopie du genou et une opération de l'épaule droite, qu'il présentait une haute tension artérielle, un diabète de type 2 et une hernie discale L4-L5.

**c.** Dans le cadre de l'instruction du dossier, l'OAI a notamment reçu :

- un rapport du 21 novembre 2001 de la clinique de chirurgie cardio-vasculaire des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) relatif à une intervention du 13 novembre 2001 ;
- un rapport du 9 mai 2003 suite à une imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) de l'épaule gauche ;
- un rapport du 8 août 2003 du service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur ;
- un rapport du 19 mars 2018 du docteur C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en angiologie ;
- le compte rendu opératoire du 25 mai 2018 des phlébectomies étagées à gauche et de la ligature des veines perforantes à gauche ;
- un rapport concernant une arthro-IRM de l'épaule du 20 novembre 2019 ;
- le rapport de l'intervention de l'épaule droite réalisée le 11 mars 2020 ;
- un rapport d'IRM du 10 mai 2022 des articulations sacro-iliaques et des hanches ;
- un rapport du 12 janvier 2023 du service d'endocrinologie, de diabétologie et obésité des HUG suite à une première consultation le 12 janvier 2023 ;
- une lettre de sortie du 27 février 2023 de la docteure D\_\_\_\_\_, médecin cheffe de clinique au département des neurosciences cliniques des HUG suite à une

microdiscectomie réalisée le 24 février 2023 ; l'assuré s'était rendu aux urgences car il présentait depuis une dizaine de jours des lombalgies et depuis trois jours une cruralgie au niveau de la face postérieure de la cuisse gauche, avec une douleur croissante et un handicap fonctionnel au quotidien ; l'IRM avait mis en évidence une hernie discale L4-L5 avec un conflit disco-radiculaire et l'émergence récessale de la racine L5 gauche ; un arrêt de travail était prescrit du 20 février au 2 avril 2023 à 100% et une physiothérapie ordonnée pour neuf séances ;

- un rapport du 24 avril 2023 de la Dre D\_\_\_\_\_, aux termes duquel le patient relatait une très bonne amélioration suite à l'intervention et n'avait plus mal à la jambe ; l'examen physique n'avait pas révélé de déficit sensitif ou moteur et elle constatait une bonne évolution post-opératoire ; elle n'avait pas prévu de revoir le patient ;
- des certificats d'arrêt de travail de la Dre D\_\_\_\_\_ attestant d'une capacité de travail nulle du 3 avril au 31 mai 2023 et de 50% à compter du 1<sup>er</sup> au 30 juin 2023 ;
- une attestation du 8 mai 2023 de la docteure E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne générale, attestant suivre l'assuré en raison d'un diabète et d'une surcharge pondérale ; elle lui avait conseillé un régime pauvre en calorie et riche en protéine ;

**d.** Par rapport du 25 mai 2023, la Dre E\_\_\_\_\_ a indiqué qu'elle suivait le patient depuis le 22 novembre 2021 et posé les diagnostics d'hernie discale L4-L5 opérée le 24 février 2023, d'obésité, de diabète de type 2, de tendinite de la coiffe des rotateurs opérée en 2020, d'insuffisance veineuse des membres inférieurs et d'arthroscopie du genou (atteinte de ménisque), troubles ayant des répercussions sur la capacité de travail. Elle a également mentionné une haute tension artérielle sans influence sur ladite capacité. Elle n'était pas en mesure de renseigner l'OAI concernant les limitations fonctionnelles et la capacité de travail exigible.

**e.** Dans un rapport du 18 septembre 2023, le Dr C\_\_\_\_\_ a conclu que son examen angiologique avait objectivé à gauche, une récurrence variqueuse grande saphène depuis mi-cuisse jusqu'à la jambe, alimentée par une veine perforante de Dodd au niveau de la cuisse, déjà présente en 2018. Il n'y avait pas de néoreflux inguinal. À droite, il avait observé une nette aggravation de la varice débutante observée en 2018. Elle était actuellement bien visible au niveau de la cuisse et de la jambe, avec plusieurs collatérales variqueuses au niveau de la cuisse et de la jambe. Sur le plan thérapeutique, le patient était symptomatique et demandeur. Il était justifié de lui proposer une nouvelle intervention, qui pourrait être réalisée par une combinaison d'ablation thermique et de phlébectomies, avec ligature d'une veine perforante de Dodd à gauche.

**f.** Selon une note téléphonique du 5 octobre 2023, l'assuré a informé l'OAI le 2 octobre 2023 qu'il avait eu une consultation avec son angiologue et allait se

faire opérer pour enlever les varices de la jambe droite le 8 novembre, puis de la jambe gauche le 10 novembre 2023. Il avait un autre rendez-vous pour une radio nucléaire aux HUG puis consulterait un cardiologue à réception dudit rapport.

**g.** Dans un rapport du 16 octobre 2023, le Dr C\_\_\_\_\_ a rappelé à l'OAI ses trois consultations des 13 juin 2001, 19 mars 2018 et 18 septembre 2023, et indiqué que le pronostic était excellent sur le plan angiologique, sans aucune limitation fonctionnelle à retenir. Le *status* variqueux récidivant du membre inférieur gauche n'avait pas de répercussion sur la capacité de travail.

**h.** Dans un compte rendu du 8 novembre 2023, le docteur F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie vasculaire, endovasculaire et en phlébologie, a indiqué avoir procédé à l'ablation thermique de la grande veine saphène droite, à l'ablation thermique d'une branche latérale de la grande veine saphène et à des phlébectomies étagées à droite.

**i.** Dans un certificat du 8 novembre 2023, ce médecin a attesté d'une incapacité de travail à 100% du 8 au 20 novembre 2023.

**j.** Selon un compte rendu du 10 novembre 2023, le Dr F\_\_\_\_\_ a opéré l'assuré pour ses varices du membre inférieur gauche et réalisé l'ablation thermique de la grande veine saphène crurale gauche et des phlébectomies étagées.

**k.** Par rapport du 15 novembre 2023, le Dr C\_\_\_\_\_ a conclu que son contrôle angiologique objectivait un bon résultat bilatéral de l'ablation thermique des varices et des phlébectomies. À droite, la varice grande saphène était complètement oblitérée depuis le tiers distal de la jambe jusqu'à 1.3 cm de la jonction saphéno-fémorale, sans reflux résiduel. À gauche, il persistait une veine perforante à mi-cuisse, qui allait être ligaturée le 18 novembre 2023.

**l.** Le 29 février 2024, le docteur G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en cardiologie et médecin interne, a indiqué à l'OAI qu'il avait été consulté par l'assuré le 27 septembre 2023 et que les examens cardiologiques avaient mis en évidence une bonne fonction globale et régionale systolique ventriculaire gauche et l'absence d'ischémie ou de nécrose myocardique. Du point de vue cardiologique, l'assuré ne présentait pas de maladie justifiant une demande d'invalidité.

Il a joint des rapports relatifs à un électrocardiogramme, une échocardiographie, une scintigraphie myocardique et une lettre adressée à la Dre E\_\_\_\_\_.

**m.** Le 2 mars 2024, le docteur H\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique de l'appareil locomoteur, a indiqué à l'OAI qu'il avait revu l'assuré le 30 janvier 2024. À la question de savoir si le patient était capable, d'un point de vue strictement médical, d'exercer une activité professionnelle adaptée à son état de santé, il a répondu « non », et renvoyé aux points 2 à 4 de son rapport. Sous chiffre 2, il a indiqué que l'évolution était favorable en post-opératoire, « + lumbago » et « efforts difficiles ». La question 3 portait sur les dates des deux dernières consultations, soit les 24 juillet 2020 et 30 janvier 2024. Quant à la

question 4 relative aux restrictions et limitations de santé découlant de l'atteinte, il a noté que le port de charge était limité à 10 kg et que les mouvements en abduction ne devaient pas être supérieurs à 80° pour le travail.

**n.** Par rapport du 14 juin 2024, la Dre E\_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics de hernie discale L4-L5 opérée le 24 février 2023, sans récurrence, de diabète de type 2 sans complication, de tendinopathie de la coiffe du labrum opérée en 2020, d'insuffisance veineuse des membres inférieurs opérée en 2023, d'obésité suivie et traitée et de haute tension artérielle traitée. L'évolution de l'état de santé était stable. S'agissant des restrictions, le patient devait éviter de porter des charges lourdes, les mouvements en flexion et rotation du dos, ainsi que les mouvements répétitifs de l'épaule droite. Une capacité de travail adaptée pouvait être exercée à 50%.

**o.** Dans un avis du 23 juillet 2024, le docteur I\_\_\_\_\_, médecin au service médical régional (ci-après : SMR) de l'OAI, a résumé les documents médicaux en sa possession et conclu que l'assuré avait présenté une hernie-discale L4-L5 avec lombo-cruralgie gauche ayant motivé une hospitalisation aux urgences le 20 février 2023 avec une micro-discectomie le 24 février 2023, et des suites opératoires favorables avec la disparition des douleurs de la jambe. À plus long terme, des lombalgies avaient été rapportées par le Dr H\_\_\_\_\_ dans son rapport du 2 mars 2024. En outre, l'intéressé avait présenté une tendinopathie de la coiffe des rotateurs avec une arthrose acromio-claviculaire à droite, opérée le 11 mars 2020, avec une évolution favorable selon le chirurgien, mais une limitation fonctionnelle pour l'abduction. Il souffrait en outre de varices récurrentes du membre inférieur gauche opéré deux fois et en attente d'une nouvelle intervention. En l'absence d'insuffisance du réseau profond, cette pathologie n'était pas incapacitante. Enfin, l'assuré présentait une obésité fluctuante (limite stade modéré – stade élevé) et un diabète de type 2 non insulino-requérant et sans complication documentée. Le SMR estimait que les pièces au dossier étaient suffisantes pour conclure à une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle d'auxiliaire de santé depuis le 20 février 2023, au vu du diagnostic d'hernie discale symptomatique. Dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles du rachis lombaire et de l'épaule droite, la capacité de travail était entière depuis le 20 mai 2023, soit trois mois après l'intervention de la hernie. Le SMR ne pouvait pas suivre l'avis du médecin traitant retenant une capacité de travail à 50%, dès lors que les deux atteintes ostéo-articulaires considérées comme incapacitantes par le médecin traitant avaient été opérées avec une évolution favorable et avec des limitations fonctionnelles applicables, soit une activité sans port de charge supérieure à 10 kg, sans mouvements répétés et prolongés ou en force avec le bras droit au-dessus du plan des épaules, sans position debout ou assise prolongée, sans marche prolongée ou en terrain irrégulier, sans travail baissé ou penché en avant assis ou debout, sans rotation du tronc assis ou debout, sans porte-à-faux, sans position à genoux ou accroupie, sans montée ou travail sur

des échelles ou échafaudages, sans montée et descente des escaliers plus d'un étage ou de façon répétée.

**p.** Le 24 juillet 2024, l'OAI a procédé à la détermination du degré d'invalidité du recourant, en se référant aux données de l'Enquête suisse sur la structure des salaires pour les revenus avec et sans invalidité (ESS 2022, TA1\_tirage\_skill\_level, homme, tous domaines confondus, niveau de compétences 1), soit CHF 5'305.-. Après adaptation à la durée normale hebdomadaire de travail dans le domaine (41.7 heures) et indexation à 2024, le montant était fixé à CHF 67'472.-, auquel il a appliqué une réduction forfaitaire de 10% pour le revenu d'invalidé, fixé à CHF 60'725.-. Le degré d'invalidité était donc arrêté à 10%.

**B. a.** Le 14 août 2024, l'OAI a informé l'assuré qu'il envisageait de rejeter sa demande, dès lors que l'instruction médicale avait conclu qu'il disposait d'une pleine capacité de travail dès le 20 mai 2023 dans une activité adaptée et que la comparaison des gains sans invalidité (CHF 67'472.-) et avec invalidité (CHF 60'725.-) révélait une perte de gain de CHF 6'747.- correspondant à un degré d'invalidité de 10%, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente. Par ailleurs, des mesures professionnelles n'étaient pas nécessaires.

**b.** Par courrier du 11 septembre 2024, l'intéressé a indiqué s'opposer au projet de décision. Il était toujours en incapacité de travail, avait été opéré et souffrait de lombalgies invalidantes. De plus, son état de santé s'était péjoré, car il avait en outre des problèmes visuels attestés par ses médecins. Son état psychique s'était également détérioré et il irait consulter un psychiatre.

**c.** Par décision du 25 septembre 2024, l'OAI a repris les termes de son projet de décision, la détermination de l'assuré ne lui permettant pas de modifier sa précédente appréciation.

**C. a.** Par acte du 28 octobre 2024, l'assuré a interjeté recours contre la décision précitée, concluant à l'octroi d'une rente fondée sur un degré d'invalidité de 100% et subsidiairement au renvoi de sa demande pour instruction complémentaire. Il a reproché à l'intimé de ne pas avoir correctement instruit son dossier, car il avait continué à souffrir du dos et à être considérablement entravé dans ses mouvements. Le SMR s'était contenté de mentionner que le suivi auprès des HUG avait cessé au mois d'avril 2023 pour conclure à un plein rétablissement sans aucune autre forme d'instruction, ne sollicitant notamment pas de rapport des HUG portant sur les limitations fonctionnelles résultant de ses problèmes lombaires.

Il a produit un rapport du 24 juin 2024 du docteur J\_\_\_\_\_, neurologue FMH, aux termes duquel il se plaignait d'une diminution de la sensibilité avec des fourmillements au niveau de la plante des deux pieds, évoluant depuis plusieurs mois, voire quelques années. Il ne présentait pas de trouble de l'équilibre et de la marche, ni d'instabilité. L'examen électroneuromyographique (ci-après : ENMG)

avait mis en évidence des signes de polyneuropathie des membres inférieurs avec une atteinte débutante axonale des fibres sensibles, aspect spécifique qui pourrait être compatible avec le diabète. Un contrôle électromyographique d'ici six mois à une année en fonction de l'évolution de la symptomatologie devrait être réalisé et un bilan large avec le taux sanguin des vitamines également.

**b.** Dans sa réponse du 25 novembre 2024, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il avait bien questionné les médecins indiqués par l'assuré et analysé les atteintes évoquées. Le SMR avait notamment mentionné le rapport du Dr H\_\_\_\_\_ et expliqué pourquoi il ne pouvait suivre la Dre E\_\_\_\_\_ qui estimait que la capacité de travail était de 50% dans une activité adaptée.

Il a joint un avis du 11 novembre 2024 du Dr I\_\_\_\_\_, relevant, après examen du rapport du Dr J\_\_\_\_\_, que les paresthésies n'étaient pas en lien avec l'atteinte discale, mais plutôt avec un trouble métabolique, le diabète étant retenu en première ligne. Il s'agissait d'une atteinte exclusivement sensitive, la fonction motrice n'étant pas touchée, sous forme de baisse de la sensibilité et de la paresthésie, qui était à un stade débutant selon l'examen clinique et l'ENMG. Cette atteinte neurologique était une complication particulièrement fréquente du diabète (10 à 60% des patients selon la durée de la maladie). Les limitations fonctionnelles retenues dans son avis du 23 juillet 2024 respectaient cette atteinte. En résumé, le recourant présentait une polyneuropathie vraisemblablement d'origine diabétique, qui était à un stade précoce et qui se manifestait sous forme de baisse de la sensibilité et de fourmillements de la plante des pieds. Cette atteinte ne modifiait pas son avis du 23 juillet 2024.

**c.** Le 15 janvier 2025, le recourant a envoyé à la chambre de céans un questionnaire rempli par le docteur K\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en ophtalmologie et ophtalmo-chirurgie, le 16 décembre 2024, indiquant qu'il avait été consulté le 19 novembre 2020 et n'avait pas revu l'intéressé jusqu'en 2024. Le patient ne présentait aucun signe de rétinopathie ou de maculopathie diabétique, mais une restriction de son champ visuel, de manière concentrique, pour les deux yeux.

Il a également transmis un rapport du 1<sup>er</sup> octobre 2024 du Dr K\_\_\_\_\_ posant les diagnostics de rétinite pigmentaire sans atteinte maculaire, de sécheresse oculaire légère et de dysfonction meibomienne, sans rétinopathie diabétique. À l'examen, il avait retrouvé un rétrécissement concentrique épargnant un peu plus la région nasale-inférieure des deux yeux. L'atteinte rétinienne semblait stable, mais la gêne fonctionnelle ressentie augmentait quant à elle, avec une photosensibilité et une péjoration de la vision nocturne et de la vision des contrastes. Cette condition n'était pas traitable, mais la photophobie pourrait être atténuée en diminuant la sécheresse cornéenne et en tentant d'adapter au besoin des verres avec des filtres spécifiques.

**d.** Dans un courrier du 15 janvier 2025, le recourant a souligné ses difficultés de vision qui n'avaient fait l'objet d'aucune instruction lors de sa demande de

prestations, alors même qu'elles entraînaient à l'évidence des limitations fonctionnelles importantes. Il requérait la tenue d'une audience de comparution personnelle et persistait dans l'ensemble de ses conclusions.

e. Par écriture du 4 février 2025, l'intimé a maintenu ses conclusions. Il a produit un avis du 21 janvier 2025 du Dr I\_\_\_\_\_, résumant les nouvelles pièces produites, dont il ressortait que l'examen oculaire objectif montrait une acuité corrigée bien préservée, un champ visuel inchangé avec un rétrécissement concentrique connu et une atteinte rétinienne stable. Il n'y avait aucun signe de rétinopathie ou de maculopathie diabétique. La gêne fonctionnelle rapportée se résumait à une augmentation de la photosensibilité avec une aggravation de la vision nocturne. Cette symptomatologie était compatible avec toute activité adaptée diurne sans exposition excessive à la lumière. De plus, l'ophtalmologue avait proposé au besoin des verres avec des filtres spécifiques. Partant, ces nouveaux documents ne modifiaient pas son avis du 23 juillet 2024, selon lequel la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle d'auxiliaire de santé depuis le 20 février 2023 et entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles dès le 20 mai 2023.

f. Cette écriture a été communiquée pour information au recourant le 6 février 2025.

## **EN DROIT**

### **1.**

**1.1** 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.

**1.2** À 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.

**1.3** Le délai de recours est de 30 jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable.

**2.** Le litige porte sur le bien-fondé de la décision du 25 septembre 2024, par laquelle l'intimé a nié le droit du recourant à une rente d'invalidité.

### **3.**

**3.1** Le 1<sup>er</sup> janvier 2022, les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705) ainsi que celles du 3 novembre 2021 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI – RS 831.201 ; RO 2021 706) sont entrées en vigueur.

En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 et la référence). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, est déterminant le moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1<sup>er</sup> janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. Si elle est postérieure au 31 décembre 2021, le nouveau droit s'applique (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_60/2023 du 20 juillet 2023 consid. 2.2 et les références).

**3.2** En l'occurrence, un éventuel droit à une rente d'invalidité naîtrait au plus tôt en novembre 2023 soit six mois après le dépôt de la demande du 24 mai 2023 (cf. art. 29 al. 1 LAI), de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur nouvelle teneur.

- 4.** Conformément aux art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, 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.

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, mentale ou psychique 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 vertu de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c).

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 I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

5. 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 (ATF 140 V 193 consid. 3.2 et les références ; 125 V 256 consid. 4 et les références). 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 (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. À 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 134 V 231 consid. 5.1 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 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.

Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPG) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR

---

(ATF 142 V 58 consid. 5 ; 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

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). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3a ; 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

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. À 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 n. 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 8C\_755/2020 du 19 avril 2021 consid. 3.2 et les références).

6. 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 et les références ; 126 V 353 consid. 5b et les références ; 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 135 V 39 consid. 6.1 et la référence).

Selon une jurisprudence constante, 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. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral I.321/04 du 18 juillet 2005 consid. 5).

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 145 I 167 consid. 4.1 et les références ; 140 I 285 consid. 6.3.1 et les références). 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.

7. En l'espèce, l'intimé a retenu, conformément à l'avis du 23 juillet 2024 du SMR, que le recourant avait récupéré une capacité de travail entière dans une activité adaptée dès le 20 mai 2023, soit trois mois après son intervention de la hernie discale, et qu'il n'avait pas le droit à une rente au vu du degré d'invalidité de 10%.

Le recourant conteste cette évaluation et fait grief à l'intimé d'avoir procédé à une instruction lacunaire de son dossier, notamment en omettant d'interroger les médecins des HUG quant à ses limitations fonctionnelles, précisant qu'il souffrait toujours d'importantes douleurs dorsales. Il se prévaut également de difficultés de vision, lesquelles n'ont fait l'objet d'aucune instruction, et produit un rapport relatif à une atteinte sensitive.

**7.1** Il convient donc de se déterminer sur la valeur probante de l'avis du 23 juillet 2024 du SMR.

**7.1.1** En ce qui concerne les atteintes à la santé, le Dr I\_\_\_\_\_ a retenu que le recourant avait présenté une hernie-discale L4-L5 avec lombo-cruralgie gauche ayant motivé une hospitalisation aux urgences le 20 février 2023 avec une micro-discectomie le 24 février 2023, dont les suites opératoires ont été marquées par la disparition des douleurs de la jambe. À plus long terme, des lombalgies avaient été signalées. Il a également relevé que le recourant avait présenté une tendinopathie de la coiffe des rotateurs avec une arthrose acromio-claviculaire à droite, opérée le 11 mars 2020 avec une évolution favorable selon son chirurgien, mais une limitation fonctionnelle pour l'abduction. Il a en outre rappelé que le recourant souffrait de varices récidivantes du membre inférieur gauche opéré deux fois et en attente d'une nouvelle intervention, et qu'il présentait une obésité

fluctuante et un diabète de type 2 non insulino-requérant et sans complication documentée.

La chambre de céans constate que ces troubles correspondent pour l'essentiel aux indications des médecins traitants. En effet, la Dre E\_\_\_\_\_ a diagnostiqué une hernie discale L4-L5 opérée le 24 février 2023, sans récurrence, un diabète de type 2 sans complication, une tendinopathie de la coiffe du labrum opérée en 2020, une insuffisance veineuse des membres inférieurs opérée en 2023, une obésité suivie et traitée et une haute tension artérielle traitée (*cf.* rapport du 14 juin 2024). Le Dr H\_\_\_\_\_ a quant à lui mentionné un lumbago (*cf.* rapport du 2 mars 2024).

S'agissant en particulier des atteintes dorsales, il sera relevé que l'appréciation du SMR est en tous points conforme aux rapports de Dre D\_\_\_\_\_, laquelle a attesté que le patient relatait une très bonne amélioration suite à l'intervention, qu'il n'avait plus mal à la jambe et que l'examen physique n'avait pas révélé de déficit sensitif ou moteur (*cf.* lettre de sortie du 27 février 2023 et rapport du 24 avril 2023). En outre, le Dr I\_\_\_\_\_ a admis le « lumbago » signalé par le Dr H\_\_\_\_\_ suite à sa consultation du 30 janvier 2024 (*cf.* rapport 2 mars 2024), alors même que ce trouble n'a par la suite plus été mentionné, notamment par la Dre E\_\_\_\_\_, consultée en dernier lieu le 23 mai 2024, qui a indiqué que l'évolution de l'état de santé était stable, sans faire allusion à des lombalgies (*cf.* rapport du 14 juin 2024). Contrairement à ce que soutient le recourant, le SMR n'avait pas à procéder à des investigations complémentaires, et notamment pas à interpellier les HUG, puisque la Dre D\_\_\_\_\_ avait clairement indiqué qu'au vu de la bonne évolution post-opératoire, elle n'avait pas prévu de revoir le patient.

Pour le reste, le recourant ne soutient pas que le SMR aurait omis de tenir compte d'atteintes qui auraient été portées à la connaissance de l'intimé avant le prononcé de la décision litigieuse.

À toutes fins utiles, la chambre de céans relèvera que le Dr I\_\_\_\_\_ n'a mentionné que les varices récidivantes du membre inférieur gauche, sans faire état de l'intervention du côté droit (*cf.* compte-rendu du 8 novembre 2023 du Dr F\_\_\_\_\_). Cet oubli est sans conséquence, étant rappelé que le Dr C\_\_\_\_\_ a conclu que son contrôle angiologique avait montré un bon résultat « bilatéral » de l'ablation thermique des varices et des phlébectomies, relevant à droite que la varice grande saphène était complètement oblitérée depuis le tiers distal de la jambe jusqu'à 1.3 cm de la jonction saphéno-fémorale, sans reflux résiduel (*cf.* rapport du 15 novembre 2023).

Elle constatera également que la seule pièce au dossier concernant les genoux remonte à plus de vingt ans et concerne une opération réalisée le 23 juillet 2003 en raison d'un kyste (*cf.* rapport du 8 août 2003). L'atteinte de ménisque mentionnée par la Dre E\_\_\_\_\_ (*cf.* rapport du 25 mai 2023) n'est ainsi étayée par

aucune pièce. De plus, malgré la mention d'une arthroscopie dans sa demande de prestations, l'intéressé ne se prévaut pas de pathologies au niveau des genoux.

Le recourant ne prétend pas davantage qu'il souffrirait des articulations sacro-iliaques et des hanches (*cf.* rapport d'IRM du 10 mai 2022), étant relevé que ni le Dr H\_\_\_\_\_ ni la Dre E\_\_\_\_\_ n'a fait état de plaintes à ces niveaux.

**7.1.2** S'agissant des limitations fonctionnelles, le Dr I\_\_\_\_\_ a indiqué que l'activité adaptée ne devait pas impliquer le port de charge supérieure à 10 kg, les mouvements répétés et prolongés ou en force avec le bras droit au-dessus du plan des épaules, la position debout ou assise prolongée, la marche prolongée ou en terrain irrégulier, le travail baissé ou penché en avant assis ou debout, la rotation du tronc assis ou debout, le porte-à-faux, la position à genoux ou accroupie, la montée ou le travail sur des échelles et des échafaudages, la montée et descente des escaliers pour plus d'un étage ou de façon répétée.

Ces restrictions sont donc plus importantes que celles énoncées par les médecins traitants. La Dre E\_\_\_\_\_ a en effet uniquement retenu que son patient devait éviter de porter des charges lourdes, ainsi que les mouvements en flexion et rotation du dos et les mouvements répétitifs de l'épaule droite (*cf.* rapport du 14 juin 2024). Quant au Dr H\_\_\_\_\_, il a fait état de limitations pour le port de charge de plus de 10 kg et le travail en abduction de l'épaule à plus de 80° (*cf.* rapport du 2 mars 2024).

Le Dr I\_\_\_\_\_ a ainsi tenu compte de nombreuses contre-indications supplémentaires afin d'épargner le membre supérieur droit et tout le rachis. Son évaluation n'apparaît donc pas critiquable.

**7.1.3** Concernant la capacité de travail, il a estimé que le recourant disposait d'une capacité entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles du rachis lombaire et de l'épaule droite, depuis le 20 mai 2023, soit trois mois après l'intervention de la hernie. Il a expliqué s'écarter de l'avis du médecin traitant retenant une capacité de travail à 50%, car les deux atteintes ostéo-articulaires considérées comme incapacitantes par celui-ci avaient été opérées avec une évolution favorable.

Le Dr H\_\_\_\_\_ a indiqué, sans la moindre explication, que le recourant ne pouvait pas exercer une activité professionnelle adaptée à son état de santé, alors qu'il a considéré que l'évolution post-opératoire était favorable. On peine à comprendre les raisons pour lesquelles le lumbago, retenu par ce médecin le 30 janvier 2024 mais qui n'a plus été mentionné par la Dre E\_\_\_\_\_ suite à sa consultation du 23 mai 2024, empêcherait le recourant de travailler à temps complet dans une activité adaptée. La mention des « efforts difficiles » ne permet pas de conclure à l'absence de toute exigibilité dans un métier respectant les contre-indications retenues (*cf.* rapport du 2 mars 2024). Le Dr I\_\_\_\_\_ pouvait donc s'écarter de cette évaluation.

La Dre E\_\_\_\_\_ a considéré qu'une capacité de travail adaptée pouvait être exercée à 50% (cf. rapport du 14 juin 2024). Cette appréciation n'est pas non plus motivée et n'apparaît pas justifiée au vu des diagnostics posés par cette médecin et des limitations fonctionnelles évoquées. Elle a constaté qu'il n'y avait pas eu de récurrence de la hernie discale L4-L5 opérée en 2023, que la tendinopathie de la coiffe du labrum avait été opérée en 2020, que le diabète de type 2 était « sans complication », que l'insuffisance veineuse des membres inférieurs avait été opérée en 2023, que l'obésité était suivie et traitée, et que la haute tension artérielle était traitée. Ainsi, les atteintes à la santé étaient soit traitées et sous contrôle, soit avaient été opérées avec succès.

Il sera également relevé que l'avis du Dr I\_\_\_\_\_, selon lequel les varices récidivantes du membre inférieur gauche opéré deux fois et en attente d'une nouvelle intervention n'avaient aucune répercussion sur la capacité de travail, est conforme à l'appréciation du spécialiste qui suit le recourant. Le Dr C\_\_\_\_\_ a en effet affirmé qu'il n'y avait aucune limitation fonctionnelle à retenir et que le status variqueux récidivant du membre inférieur gauche n'avait pas de répercussion sur la capacité de travail (cf. rapport du 16 octobre 2023). Suite à son opération du côté droit, le Dr F\_\_\_\_\_ a attesté d'une incapacité de travail temporaire, d'une durée limitée du 8 au 20 novembre 2023 (cf. certificat du 8 novembre 2023).

De même, le Dr G\_\_\_\_\_ a conclu que du point de vue cardiologique, le recourant ne présentait pas de maladie justifiant la demande d'assurance-invalidité (cf. rapport du 29 février 2024).

**7.1.4** La chambre de céans constate donc que l'avis du 23 juillet 2024 du SMR a été rendu en pleine connaissance de l'anamnèse, qu'il tient compte de l'ensemble des pièces du dossier, qu'il prend en considération les plaintes du recourant et résulte d'une analyse détaillée et motivée de la situation médicale.

Il peut donc se voir reconnaître une pleine valeur probante, si ce n'est concernant la date à partir de laquelle une pleine capacité de travail a été retenue dans une activité adaptée. En effet, le Dr I\_\_\_\_\_ a mentionné le 20 mai 2023, soit trois mois après l'intervention de la hernie. Toutefois, la Dre D\_\_\_\_\_ a signé des certificats d'arrêt de travail à 100% du 3 avril au 31 mai 2023 et à 50% du 1<sup>er</sup> au 30 juin 2023. Il convient donc de retenir que la pleine capacité de travail n'a été récupérée qu'à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2023, ce qui n'a cependant aucune influence sur l'issue du litige.

**7.2** Dans le cadre de la présente procédure, le recourant a produit un rapport du 24 juin 2024 du Dr J\_\_\_\_\_, document établi avant le prononcé de la décision litigieuse, de sorte qu'il doit être pris en considération.

Il en ressort que le patient se plaignait d'une diminution de la sensibilité avec des fourmillements au niveau de la plante des deux pieds, évoluant depuis plusieurs mois, voire quelques années, et que l'examen ENMG avait mis en évidence des

signes de polyneuropathie des membres inférieurs avec une atteinte débutante axonale des fibres sensibles, pouvant être compatible avec le diabète.

Comme constaté à juste titre par le Dr I\_\_\_\_\_ dans son appréciation du 11 novembre 2024, il s'agit d'une atteinte exclusivement sensitive qui ne touche pas la fonction motrice, le neurologue ayant précisé que le patient ne présentait pas de trouble de l'équilibre, pas de trouble de la marche, et pas d'instabilité. Ce spécialiste a effectivement retenu que cette atteinte était à un stade débutant. Rien ne permet de conclure qu'elle aurait des répercussions sur la capacité de travail.

On relèvera en outre que le recourant a été adressé au Dr J\_\_\_\_\_ par la Dre E\_\_\_\_\_, laquelle avait rendu un rapport à l'attention de l'intimé dix jours avant cette consultation spécialisée, qu'elle n'a pas évoquée. Elle n'a pas non plus signalé de limitations fonctionnelles en lien avec cette symptomatologie qui existait depuis une longue période.

**7.3** Le recourant a également produit un questionnaire rempli par le Dr K\_\_\_\_\_ le 16 décembre 2024 et un rapport de ce même médecin établi le 1<sup>er</sup> octobre 2024.

Ces documents portent sur l'examen médical du recourant du 1<sup>er</sup> octobre 2024, soit postérieurement au prononcé de la décision litigieuse du 25 septembre 2024, mais concernent des troubles qui existaient déjà, notamment un rétrécissement concentrique « connu » et une atteinte rétinienne « stable ». Il convient donc de tenir compte de ces nouvelles pièces.

Le Dr K\_\_\_\_\_ a noté que le patient présentait une rétinite pigmentaire sans atteinte maculaire, une sécheresse oculaire légère et une dysfonction meibomienne. À l'examen, il avait retrouvé un rétrécissement concentrique. L'atteinte rétinienne semblait stable, mais la gêne fonctionnelle ressentie augmentait avec une photosensibilité et une péjoration de la vision nocturne et des contrastes. Cette condition n'était pas traitable, mais la photophobie pourrait être atténuée en diminuant la sécheresse cornéenne et en tentant d'adapter au besoin des verres avec des filtres spécifiques.

Dans son avis du 21 janvier 2025, le Dr I\_\_\_\_\_ a justement relevé que la gêne fonctionnelle rapportée se résumait à une augmentation de la photosensibilité avec une aggravation de la vision nocturne, à laquelle doit être ajoutée une aggravation de la vision des contrastes.

Le recourant affirme que ses atteintes entraînent « à l'évidence des limitations fonctionnelles importantes », ce qui n'est cependant pas corroboré par le rapport de son médecin traitant. Rien ne permet de retenir que ces troubles l'empêcheraient d'exercer une activité professionnelle adaptée aux limitations retenues par le SMR, étant encore relevé que la gêne rapportée par l'ophtalmologue peut être soulagée par le port de verres équipés de filtres spéciaux.

Enfin, il sera relevé à l'attention du recourant, qui reproche à l'intimé de ne pas avoir instruit ces « difficultés », qu'aucune pièce du dossier ne faisait état de tels troubles, qu'il n'a pas non plus évoqués dans sa demande de prestations. Il ne saurait donc se prévaloir d'un manque d'instruction à cet égard.

**7.4** Partant, la chambre de céans tiendra pour établi, au degré de la vraisemblance prépondérante requis, que le recourant dispose d'une capacité de travail entière depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2023 dans une activité adaptée respectant les restrictions énoncées par le Dr I\_\_\_\_\_. En effet, les conclusions du SMR apparaissent motivées et convaincantes s'agissant des atteintes à la santé dont souffre le recourant, des limitations fonctionnelles qui en découlent et de leur impact sur la capacité de travail (*cf.* avis des 23 juillet et 11 novembre 2024, 21 janvier 2025). Aucun élément ne permet de douter de la fiabilité ou de la pertinence de ces constatations.

Compte tenu de ce qui précède, le grief tiré d'un établissement incomplet et erroné des faits doit être rejeté.

Il s'ensuit que la demande de comparution personnelle s'avère superflue et peut être rejetée, par appréciation anticipée des preuves.

**7.5** Le recourant ne fait valoir aucun argument à l'encontre des revenus avec et sans invalidité retenus dans la décision litigieuse et ne conteste pas le calcul du degré d'invalidité effectué par l'intimé.

Rien ne justifie de s'en écarter.

Il en découle donc que l'intimé était fondé à nier le droit à la rente du recourant, compte tenu de l'entière capacité de travail dans une activité adaptée dès le 1<sup>er</sup> juillet 2023.

**8.** Par conséquent, le recours est rejeté.

Au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner le recourant au paiement d'un émolument de CHF 200.- (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI).

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. Le rejette.
3. Met un émolument de CHF 200.- 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

Melina CHODYNIECKI

Joanna JODRY

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