

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4165/2010

ATAS/276/2011

ARRET

DE LA COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Du 16 mars 2011

5ème Chambre

En la cause

Monsieur T_____, domicilié à ONEX, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Guillaume CHOFFAT

recourant

contre

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

intimé

Siégeant : Maya CRAMER, Présidente; Christine BULLIARD MANGILI et Evelyne BOUCHAARA, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur T_____ (ci-après l'assuré), né en 1960, originaire du Kosovo où il a travaillé notamment en tant qu'agriculteur, est arrivé en Suisse en 1997. Il a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance invalidité (ci-après OAI) le 4 juillet 2007.
2. Dans le cadre de cette demande, l'OAI a interrogé la Dresse A_____, médecin traitant, spécialiste FMH en médecine interne. Dans son rapport du 21 septembre 2007, elle a posé les diagnostics de lombosciatalgies droites déficitaires secondaires à une hernie discale L5-S1 depuis 2001 et de céphalées chroniques depuis 1999. L'incapacité de travail était totale depuis 2001.
3. L'assuré a été soumis à un examen rhumatologique effectué le 14 janvier 2008 par le Dr B_____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie auprès du Service médical régional (ci-après SMR). Dans son rapport du 30 janvier 2008, l'examineur a diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail, des lombosciatalgies droites dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis avec hernie discale L5-S1 droite et des séquelles de maladie de Scheuermann. Sans répercussion sur la capacité de travail, l'assuré présentait une obésité, une hypercholestérolémie traitée, une sinusite chronique et un status après tuberculose traitée. La capacité de travail était nulle dans l'activité d'agriculteur et de nettoyeur depuis 2001. Par contre, dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles - nécessité de pouvoir alterner deux fois par heure la position assise et la position debout, pas de soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 5 kg, pas de port régulier de charges d'un poids excédant 12 kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc - la capacité de travail avait toujours été complète. L'assuré n'avait cependant jamais travaillé en Suisse en raison de son permis. Une fois l'obtention d'un permis lui permettant de travailler, l'assuré avait développé les lombosciatalgies droites.
4. Par rapport du 25 février 2008, le Dr C_____, médecin spécialiste FMH en médecine interne auprès du SMR, s'est rallié aux conclusions du Dr B_____. En raison des lombosciatalgies droites, dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis avec hernie discale L5-S1 droites et séquelles de maladie de Scheuermann, la capacité de travail de l'assuré était nulle dans l'activité habituelle (agriculteur), mais totale dans une activité adaptée tenant compte des limitations fonctionnelles.
5. Par projet de décision du 18 avril 2008, l'OAI a nié le droit de l'assuré à des prestations.
6. Par décision du 29 mai 2008, l'OAI a confirmé son projet de décision.

7. Le 18 mars 2010, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI, en raison d'une hernie discale L5-S1 droite, de céphalées, d'une hypertension artérielle et de cholestérol depuis 2008 et d'un état anxio-dépressif depuis 2009.
8. Par courrier du 24 mars 2010, l'OAI a sollicité auprès de l'assuré tous les documents permettant de rendre plausible l'aggravation de son état de santé depuis la dernière évaluation. A défaut, il se verrait contraint de statuer en l'état du dossier et de décider de ne pas entrer en matière.
9. Par pli du 14 avril 2010, l'assuré a expliqué que depuis septembre 2007, date de sa première demande, son état de santé s'était nettement aggravé, avec une faiblesse de la jambe droite secondaire à son hernie discale, une anxiété avec troubles du sommeil et ruminations, l'apparition d'une hypertension artérielle avec essoufflement à l'effort, des difficultés à uriner, l'apparition d'un diabète et l'aggravation des maux de tête en rapport avec de l'arthrose de la colonne cervicale importante. Il avait dû consulter plusieurs spécialistes pour ses nouveaux problèmes de santé et allait être hospitalisé le 14 mai 2010 en raison du diabète.
10. Par courrier du 20 avril 2010, l'OAI a attiré l'attention de l'assuré sur la nécessité d'apporter des certificats médicaux détaillés, des rapports radiologiques ou une lettre détaillée du médecin traitant expliquant l'aggravation de l'état de santé.
11. Par rapport du 7 mai 2010, la Dresse A_____ a expliqué, qu'outre les lombosciatalgies, son patient présentait des céphalées chroniques associées à une arthrose cervicale importante, pour laquelle une imagerie à résonance magnétique (ci-après IRM) cervicale était prévue d'ici fin mai. Depuis 2007, son état de santé s'était dégradé avec l'apparition d'une hypertension artérielle associée à une dyspnée d'effort. Un diabète avait également été mis en évidence ainsi que des troubles de la miction avec pollakiurie et nycturie secondaire à une hypertrophie de la prostate. Finalement, l'ensemble de ces problèmes de santé chroniques, les limitations dans son quotidien, ses douleurs et sa médication importante avaient entraîné un état anxio-dépressif avec ruminations et troubles du sommeil. La capacité de travail de l'assuré était nulle et elle n'allait pas s'améliorer en raison, en particulier, de l'arthrose. Elle a annexé des bilans, des rapports, un électrocardiogramme et un CT thoraco-abdominal. Elle a précisé que les radiographies de la colonne cervicale étaient en possession de l'assuré qui devait les apporter pour son hospitalisation le 10 mai 2010.
12. L'OAI a soumis ces nouveaux éléments médicaux au SMR pour avis. Par rapport du 27 mai 2010, le Dr D_____, médecin auprès du SMR, a relevé que les nouveaux documents médicaux évoquent la lombosciatalgie connue, avec le déficit connu, sans apport d'élément nouveau. L'hypertrophie de la prostate et l'hypertension artérielle n'étaient pas des affections justifiant une incapacité de

travail durable. Par conséquent, en raison des lombosciatalgies déficitaires, la capacité de travail était nulle depuis 2001 dans l'activité habituelle et totale dans une activité adaptée. Les limitations fonctionnelles étaient celles mentionnées dans le rapport d'examen rhumatologique du 30 janvier 2008, auxquelles s'ajoutaient des horaires de travail réguliers pour tenir compte du diabète.

13. Par projet de décision du 21 juin 2010, l'OAI a informé l'assuré de son refus d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations. Il a rappelé que la précédente demande de prestations avait été rejetée par décision du 29 mai 2008, entrée en force. Un nouvel examen ne pouvait être envisagé que si l'assuré rendait plausible que l'état de fait s'était modifié après cette date et qu'il est désormais susceptible de changer son droit aux prestations. Les nouvelles pièces médicales, examinées par le SMR, n'apportaient aucun élément prouvant l'aggravation de son état de santé ou une nouvelle atteinte au sens de l'AI. L'assuré n'avait donc pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle. C'est pourquoi, une autre appréciation d'un état de fait demeuré inchangé n'était pas possible.
14. Par courrier du 7 juillet 2010, l'assuré, par l'intermédiaire de son conseil, a demandé à l'OAI une copie du dossier. L'avocat s'est également dit étonné d'apprendre que la première décision de refus de rente n'avait jamais été notifiée à l'assuré, que les termes de la décision avaient été communiqués par téléphone, et que lorsque l'assuré avait tenté de recourir contre la première décision, cela n'était plus possible car elle était entrée en force. Il demandait par conséquent que le dossier de son mandant soit traité avec diligence.
15. Le 27 août 2010, l'assuré a formulé ses observations quant au projet de décision. Lors d'un entretien téléphonique avec la Dresse A _____, celle-ci lui avait confirmé que l'arthrose cervicale empirait et qu'elle s'étendait progressivement à toute la colonne vertébrale de l'assuré. En outre, en raison du diabète, il devait suivre des traitements médicaux lourds et contraignants. La nouvelle demande reposait sur les nouvelles affections, qui sont le diabète et le trouble anxio-dépressif, lesquelles ont été démontrées par pièces. De plus, suite à l'hospitalisation de l'assuré du 10 au 14 mai 2010 auprès du Service d'enseignement thérapeutique pour maladies chroniques des HUG, un rapport avait été établi le 29 juin 2010, de sorte que le projet de décision, qui datait du 21 juin 2010, ne l'avait pas pris en compte. Selon ce rapport, établi par la Dresse E _____, cheffe de clinique, l'assuré présentait un diabète de type 2 - diagnostiqué en octobre 2009, traité par antidiabétiques oraux - compliqué d'une néphropathie débutante avec microalbuminurie et des troubles érectiles débutants. L'assuré souffrait également d'une obésité modérée, d'une stéatose hépatique diffuse, d'une dyslipidémie mixte traitée, d'une hypertension artérielle traitée, de troubles mictionnelles avec col vésical spastique (2010), d'un état anxio-dépressif, d'un nodule pulmonaire (17 mars 2010), d'une hernie discale L5-S1 droite, d'un status post-septoplastie,

turbinectomie partielle inférieure droite, de tonsillectomie et uvulopalato-pharyngoplastie pour ronflements en juin 2003, de tabagisme, d'alcoolisme ancien et d'un status post-tuberculose pulmonaire (traitée et suivie entre 1998 et 1999).

16. Par avis du 29 septembre 2010, le Dr D_____ a estimé que le rapport de la Dresse A_____, bien que fourni, n'apportait aucun élément médical objectif d'une aggravation durable de l'état de santé de son patient malgré un traitement suffisant. Il a précisé à cet égard que 5mg/jour de Cipralex chez un adulte n'avait aucun effet.
17. Par décision du 3 novembre 2010, l'OAI a confirmé son refus d'entrer en matière. Le SMR estimait que les nouveaux documents médicaux n'apportaient aucun élément objectif d'une aggravation durable de l'état de santé de l'assuré.
18. Par acte du 6 décembre 2010, l'assuré, représenté par son conseil, interjette recours contre la décision, concluant à son annulation et à ce que l'OAI entre en matière sur la nouvelle demande de prestations. Il explique notamment que la première décision ne lui a jamais été notifiée et que dans le cadre de la deuxième demande, la Dresse A_____ a confirmé que l'arthrose cervicale empirait et s'étendait progressivement à toute sa colonne vertébrale. En outre, de nouveaux problèmes ont une incidence sur sa capacité de travail, à savoir une hypertension artérielle et un diabète de type 2. En raison de cette dernière atteinte, il doit suivre des traitements médicaux lourds et contraignants et s'administrer beaucoup de médicaments. Il a en outre développé un état anxio-dépressif avec ruminations et troubles du sommeil. Ainsi, il est attesté qu'il souffre de nouvelles atteintes (le diabète et la dépression) et que son état de santé s'est aggravé (arthrose cervicale). Le rapport des HUG et l'attestation de la Dresse A_____ suffisent à prouver la vraisemblance de l'aggravation de son état de santé. Il s'ensuit que l'OAI aurait dû entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations.
19. Par réponse du 11 janvier 2011, l'intimé conclut au rejet du recours pour les motifs indiqués dans sa décision litigieuse. Il ajoute avoir sollicité l'avis du SMR qui s'est prononcé par deux fois, les 27 mai et 29 septembre 2010, estimant que les nouveaux documents n'apportent aucun élément médical objectivant une aggravation de l'état de santé du recourant. En outre, la décision querellée a tenu compte des pièces apportées par le recourant suite au projet de décision. Celles-ci n'apportent pas la preuve d'une aggravation objective de l'état de santé, puisque la lombosciatalgie était déjà présente lors de la première décision et que l'hypertrophie de la prostate et l'hypertension artérielle ne sont pas, en elles-mêmes, des affections justifiant une incapacité de travail durable.
20. Sur ce, la Cour de céans a gardé la cause à juger.

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 les procédures pendantes 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. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA).
3. Est litigieux le refus d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations du recourant.

Au préalable, la Cour observe que le recourant allègue que la décision du 29 mai 2008 ne lui a pas été notifiée. Il n'y a pas lieu, en l'état, de statuer sur cette question, dans la mesure où ce point ne fait pas partie de l'objet du litige. Au demeurant, le recourant ne prend aucune conclusion à cet égard.

4. a) Selon l'art. 17 al. 1^{er} LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. L'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le 1^{er} janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5).

b) 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 RAI). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample

examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 125 V 410 consid. 2b).

Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit 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'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 114 consid. 2b).

Dans un arrêt du 16 octobre 2003 (ATF 130 V 64), le Tribunal fédéral a modifié sa jurisprudence relative à l'art. 87 al. 3 RAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002) et jugé que 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), ne s'applique pas à cette procédure. Eu égard au caractère atypique de celle-ci dans le droit des assurances sociales, notre Haute Cour a précisé que l'administration pouvait appliquer par analogie l'art. 73 RAI (en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 ; actuellement, voir l'art. 43 al. 3 LPGA), qui permet aux organes de l'assurance-invalidité de statuer en l'état du dossier en cas de refus de l'assuré de coopérer, à la procédure régie par l'art. 87 al. 3 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. ; ATFA non publié du 13 juillet 2000, H 290/98). Ainsi, lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations ou une procédure de révision sans rendre plausible que son invalidité ou son impotence se sont modifiées, 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 plausibles les faits allégués. Si cette procédure est respectée, le juge doit examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait au moment où l'administration a statué.

L'exigence du 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 preuve 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 (cf. ATF non publié du 7 décembre 2004, I 326/04, consid. 4.1; 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).

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

5. En l'espèce, il sied de comparer la situation prévalant lors de la décision du 29 mai 2008 et celle lors de la décision litigieuse du 3 novembre 2010, confirmant le refus d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations du 18 mars 2010.

Dans sa décision du 29 mai 2008, l'intimé a nié le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité.

Cette décision était essentiellement fondée sur le rapport rhumatologique établi le 30 janvier 2008 par le Dr B_____ qui a retenu, avec répercussion sur la capacité de travail, des lombosciatalgies droites dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis avec hernie discale L5-S1 droite et des séquelles de maladie de Scheuermann. Sans répercussion sur la capacité de travail, l'assuré présentait une obésité, une hypercholestérolémie traitée, une sinusite chronique et un status après tuberculose traitée. La capacité de travail était nulle dans l'activité d'agriculteur et de nettoyeur depuis 2001. Par contre, dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles - nécessité de pouvoir alterner deux fois par heure la position assise et la position debout, pas de soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 5 kg, pas de port régulier de charges d'un poids excédant 12 kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc - la capacité de travail avait toujours été complète. L'intimé s'est également fondé sur l'avis du SMR du 25 février 2008 qui avait estimé que les conclusions de l'examineur devaient être suivies.

Dans le cadre de sa nouvelle demande de prestations datée du 18 mars 2010, le recourant fait valoir, en se référant à un rapport de la Dresse A_____ du 7 mai 2010 et à un rapport du 29 juin 2010 de la Dresse E_____, une détérioration de son état de santé.

Dans son rapport du 7 mai 2010, la Dresse A_____ a expliqué, qu'outre les lombosciatalgies, son patient présente des céphalées chroniques associées à de l'arthrose cervicale importante, pour laquelle une IRM cervicale était prévue. Son état de santé s'était dégradé, avec l'apparition d'une hypertension artérielle associée

à une dyspnée d'effort, d'un diabète, des troubles de la miction avec pollakiurie et nycturie secondaire à une hypertrophie de la prostate. A cela, s'ajoutait un état anxio-dépressif avec ruminations et troubles du sommeil. Elle estimait que la capacité de travail du recourant était nulle et qu'elle n'allait pas s'améliorer en raison en particulier du problème de l'arthrose.

Il sied de constater que le rapport de la Dresse A_____ met en exergue une détérioration de l'état de santé du recourant, tant somatique que psychique. En effet, cette praticienne fait état d'atteintes à la santé qui n'avaient pas été diagnostiquées lorsque la première décision a été rendue le 29 mai 2008, à savoir notamment une arthrose cervicale importante entraînant des céphalées, un diabète ainsi qu'un état anxio-dépressif avec ruminations et troubles du sommeil. De surcroît, selon ce médecin, l'arthrose cervicale a une répercussion importante sur la capacité de travail du recourant.

On relèvera par ailleurs que la présence d'un diabète de type 2 - diagnostiqué en octobre 1999 - et d'un état anxio-dépressif ressort également du rapport établi le 29 juin 2010 par la Dresse E_____.

La Cour de céans constate en outre que l'avis de la Dresse A_____ n'est contredit par aucun médecin qui a examiné le recourant. En effet, le SMR s'est contenté de rendre son avis sur la base du dossier, sans avoir effectué un examen du recourant. Or, il sied de rappeler qu'une évaluation sur dossier doit être considérée en principe comme insuffisante pour écarter l'avis du médecin traitant faisant état d'une aggravation de l'état de santé avec répercussion sur la capacité de travail (ATAS/1148/10).

De surcroît, les avis du Dr D_____ des 27 mai et 29 septembre 2010 ne sont, quoi qu'il en soit, pas pertinents en l'état, dans la mesure où ils ne portent ni sur l'arthrose cervicale, ni sur l'état anxio-dépressif, soit les éléments nouveaux relevés par la Dresse A_____. Le Dr D_____ se limite en effet à relever que la lombosciatalgie est déjà connue, que l'hypertrophie de la prostate et l'hypertension artérielle ne justifient pas d'incapacité de travail durable et que le traitement médicamenteux prescrit au recourant pour ses troubles psychiques n'est pas suffisant.

Il apparaît ainsi que le rapport de la Dresse A_____, en tant qu'il fait état de nouveaux diagnostics qui auraient, selon elle, une répercussion sur la capacité de travail du recourant, rend plausible une aggravation de l'état de santé du recourant.

La Cour de céans constate ainsi que l'intimé a estimé à tort que le recourant avait échoué à rendre plausible la péjoration alléguée.

6. Par conséquent, il sied d'annuler la décision litigieuse et de renvoyer la cause à l'intimé, afin qu'il entre en matière sur la nouvelle demande de prestations.

Le recourant obtenant gain de cause, il convient de lui octroyer une indemnité de 1'000 fr. à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 89H al. 3 LPA). L'intimé sera par ailleurs condamné à un émolument de justice de 200 fr., en application de l'art. 69 al. 1bis LAI.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet.
3. Annule la décision du 3 novembre 2010.
4. Renvoie la cause à l'intimé pour qu'il entre en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée par le recourant le 18 mars 2010.
5. Condamne l'intimé à verser une indemnité de 1'000 fr. au recourant à titre de dépens.
6. Met un émolument de 200 fr. à la charge de l'intimé.
7. 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

Diana ZIERI

Maya CRAMER

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