



POUVOIR JUDICIAIRE

A/4210/2017

ATAS/1168/2020

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 1^{er} décembre 2020

1^{ère} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à CONFIGNON, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Marie-Josée COSTA

recourant

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE
GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE

intimé

**Siégeant : Doris GALEAZZI, Présidente; Andres PEREZ et Christine TARRIT-
DESHUSSES, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après l'assuré), né le _____ 1974, a entrepris deux apprentissages, l'un de souffleur de verres et l'autre de décorateur-étalagiste, sans toutefois n'en terminer aucun. Il a déposé le 2 mars 2004 une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après OAI), au motif qu'il souffrait d'une atteinte neuropsychique depuis juin 2002.
2. Le 27 octobre 2004, le docteur B_____, du département psychiatrique des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) a indiqué que différents diagnostics avaient été évoqués pour cet assuré dont le tableau n'avait cessé d'évoluer, vraisemblablement aussi lié à la consommation occasionnelle de substances toxiques. Le diagnostic d'état dépressif sur un trouble de la personnalité schizotypique versus un trouble schizoaffectif, voire un trouble bipolaire mixte, a été retenu. En avril 2004, il ne présentait plus de symptomatologie psychiatrique à proprement dit. Seuls certains traits de personnalité demeuraient, mais au second plan. Le diagnostic qui devrait être posé à présent serait celui de trouble dépressif récurrent actuellement en rémission. L'incapacité de travail était entière depuis le 15 avril 2003.
3. Un mandat d'expertise psychiatrique a été confié au docteur C_____. Dans son rapport du 18 octobre 2007, l'expert a préalablement expliqué que la situation dépassait les possibilités d'une expertise effectuée par un seul expert psychiatre, et précisé qu'il n'avait pas pu mettre en évidence de trouble psychiatrique aigu. Il a en revanche relevé de possibles limitations psychiatriques fonctionnelles sous forme notamment d'une pensée confuse qui pourrait entraver la capacité d'adaptation du sujet. L'expert en a conclu qu'il ne lui était pas possible de répondre aux questions relatives à la capacité de travail, à l'évolution du degré d'invalidité, à une éventuelle diminution de rendement, ou à la capacité de l'assuré de s'adapter à son environnement professionnel.
4. Par décision du 23 avril 2008, le droit à une rente entière d'invalidité dès le 15 avril 2004 a été reconnu à l'assuré.

Ce droit a été maintenu sans modification le 3 juin 2011.

5. Dans le cadre d'une nouvelle révision, l'OAI a décidé de soumettre l'assuré à une nouvelle expertise psychiatrique auprès du docteur D_____. Celui-ci a réalisé son expertise le 10 août 2015. Il a constaté qu'

« On se trouve donc dans la réalité psychiatrique au même point qu'en 2004. Il n'y a pas de pathologie psychiatrique majeure et de ce fait pas d'incapacité de travail de principe. D'une manière très indirecte, nos constats rejoignent ce que le psychiatre de l'époque et aussi son médecin traitant de l'époque ont déposé. La question d'une orientation professionnelle et d'une éventuelle réinsertion reste de ce fait tout à fait ouverte et d'actualité comme déjà en 2004.

L'on pourrait théoriquement postuler que *l'assuré* pourrait être réinséré en tant que vendeur dans d'autres activités non qualifiées ou peu qualifiées (ce qu'il a dans la

réalité assumé auparavant). Mais nous n'avons pas la compétence pour déterminer dans quelle mesure son potentiel personnel, intellectuel, artistique et autre devrait intervenir dans cette décision. De ce fait, un bon compromis pourrait être de proposer à *l'assuré* un stage d'observation et de réentraînement au travail. Il serait à ce moment-là très important de déterminer la partie de non motivation, élément qui a parcouru pratiquement la première partie de sa vie professionnelle et d'adulte. Rappelons dans ce contexte que le manque de motivation, une diminution de motivation, une perte de motivation, ne sont pas des entités psychiatriques et ne sont pas équivalents à la notion de maladie ».

Le Dr D_____ a considéré que l'assuré présentait un état anxieux modéré/léger et une majoration de symptômes psychiques pour des raisons psychologiques et sociales équivalant d'un processus d'invalidation, mais n'a retenu aucun diagnostic avec influence sur la capacité de travail, de sorte que la capacité résiduelle de travail est d'un point de vue médico-théorique d'au moins 80%. Selon l'expert, l'assuré est apte à s'insérer dans toutes les activités non ou peu qualifiées, dans la mesure où il y a un niveau de stress faible à moyen, un cahier des charges défini et un temps d'adaptation à disposition. Il considère que l'assuré peut exercer une activité adaptée à son invalidité à terme à plein temps sans aucune diminution de rendement, l'exercice d'une activité adaptée étant exigible après les mesures d'aide à la réinsertion.

6. Dans une note du 15 septembre 2015, le médecin du service médical régional AI (SMR) a constaté, sur la base de l'expertise du Dr D_____, que l'état de santé de l'assuré s'était amélioré, ajoutant qu'il serait utile de mettre en place un réentraînement au travail.
7. Le 19 janvier 2016, l'OAI a transmis à l'assuré un projet de décision, aux termes duquel sa rente était supprimée. Des mesures de réadaptation n'étaient par ailleurs ni nécessaires, ni adéquates.
8. L'assuré a contesté ce projet le 3 février 2016. Il fait part de son incompréhension, rappelle qu'il souffre d'une phobie sociale qui le handicape dans sa vie quotidienne et indique qu'en juin 2015, il a été victime d'une violente attaque de panique suite à laquelle il suit une thérapie à raison d'une fois par semaine chez le docteur E_____, spécialiste FMH en psychiatrie.
9. Par décision du 23 février 2016, l'OAI a confirmé la suppression de la rente d'invalidité dès le premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision.
10. Par courrier du 29 février 2016, le Dr E_____ a indiqué que
« J'ai reçu le dossier AI, sur ma demande et celle de mon patient, afin de mieux comprendre cette décision. L'expertise du Dr D_____ du 10 août 2015 est très bien documentée et je le rejoins pour l'essentiel de son observation et de son évaluation. Je partage ses remarques sur l'« étrangeté » de cette procédure depuis le début.

En effet, *l'assuré* s'est retrouvé détenteur d'une rente AI complète sur décision un peu univoque du Dr F_____, médecin conseil de l'AI, en décembre 2007 (avec rétroactif depuis 2003). Cette décision a été prise dans un contexte où il était très difficile d'avoir une évaluation du patient, qui n'avait plus de suivi et n'était pas collaborant aux entretiens proposés. Le diagnostic n'était pas du tout clair (entre un trouble schizotypique, un trouble dépressif, une phobie sociale et un trouble psychotique, bref). La première expertise, réalisée par le Dr C_____ en 2006, illustre bien la complexité de se prononcer sur une incapacité de travail à long terme. Les rapports de ses psychiatres traitants de l'époque n'allaient pas dans le sens d'une rente, mais davantage dans celle de mesures de réadaptation professionnelle, d'une aide que l'AI pouvait lui fournir pour retrouver sa place dans le monde de travail. (...)

Je pense, tout comme l'expert, que l'assuré n'a pas besoin de rente actuellement mais ne peut être réinséré dans le monde du travail sans l'aide de l'AI. Dans le courrier adressé à mon patient en février, il n'est fait mention d'aucune mesure de réadaptation ou aide à la réinsertion (alors que ce sont les recommandations de l'expert), mais simplement d'une interruption de la rente.

Il est évident que pour mon patient, une telle nouvelle est incompréhensible. Il manque cruellement d'informations et les décisions prises quant à l'obtention et l'arrêt de sa rente lui paraissent arbitraires et particulièrement brutales. Je pense qu'on ne peut pas demander à un homme en incapacité de travail établie par l'AI de 2003 à 2016 de reprendre un travail sans aide d'aucune sorte. (...)

En résumé, je vous demande de réévaluer le besoin d'une aide pour la réinsertion professionnelle de mon patient et de lui fournir davantage d'informations sur les procédures. Il va prendre rendez-vous avec vos services prochainement ».

Le 7 mars 2016, l'OAI s'est borné à répondre que la décision du 23 février 2016 était entrée en force le 23 février 2016 (!).

11. L'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations AI le 22 juin 2017, alléguant qu'il présentait une « phobie sociale et anxiété avec aggravation de mon cas », mais ajoutant qu'il lui était impossible de dater cette aggravation.
12. Par courrier du 23 juin 2017, l'OAI a accusé réception de cette nouvelle demande et informé l'assuré que celle-ci ne pouvait être examinée, car il n'avait pas rendu vraisemblable de façon plausible que l'incapacité s'était modifiée de manière à influencer ses droits, depuis la date de la dernière décision. Aussi lui a-t-il imparti un délai pour produire un rapport médical circonstancié démontrant une aggravation probante.
13. Le 3 août 2017, l'OAI a communiqué à l'assuré son projet de refus d'entrer en matière, au motif qu'il n'avait pas pu constater de modification dans sa situation professionnelle ou médicale.
14. Le 25 août 2017, l'assuré a contesté ce projet de décision et indiqué que le docteur G_____, psychiatre, lui avait diagnostiqué un trouble anxieux sévère. Il joint à son

courrier un rapport d'examen neuropsychologique établi par ce médecin en mai 2017. Il résulte de ce rapport que l'assuré présente un trouble anxieux avec attaque de panique. Le Dr G_____ a constaté « un léger manque d'incitation à l'action accompagné d'un ralentissement psychomoteur et de légères difficultés dans les procédures de calculs. D'un point de vue clinique, le patient peut parfois avoir de la peine à planifier ses actions et peut dès lors se montrer légèrement précipité. Actuellement, il est très anxieux avec des attaques de panique fréquentes. Notons qu'il doit prendre un Temesta afin de rencontrer la psychologue et réaliser les tests neuropsychologiques. Les autres fonctions cognitives sont globalement préservées (...). L'assuré souffre d'une anxiété sévère et présente une phobie sociale importante. Sa capacité d'empathie est préservée et il n'y a pas de dépression ».

15. Dans une note du 31 août 2017, le médecin du SMR a considéré qu'il n'y avait pas de fait nouveau et que l'aggravation n'était pas rendue plausible. Selon lui, le rapport d'examen neuropsychologique du Dr G_____ ne change rien par rapport à l'expertise du Dr D_____ du 10 août 2015.
16. Par décision du 25 septembre 2017, l'OAI a informé l'assuré qu'il refusait d'entrer en matière.
17. Celui-ci, représenté par Me Diane BROTO, a interjeté recours le 20 octobre 2017 contre ladite décision. Il a complété son recours le 22 novembre 2017. Il conclut, préalablement, à l'audition du Dr G_____, à sa comparution personnelle et à ce qu'il soit soumis à une nouvelle expertise psychiatrique, principalement, à l'annulation de la décision du 25 septembre 2017 et à l'octroi d'une rente complète d'invalidité, et subsidiairement, à ce que le droit à des mesures de reclassement professionnel lui soit reconnu. Il reproche à l'OAI de n'avoir pas tenu compte de l'aggravation de son état de santé constatée par le Dr G_____, et de n'avoir pas procédé aux actes d'instruction médicale qui s'imposaient. Il rappelle que peu après s'être vu supprimer la rente d'invalidité, il a subi une rechute. Il relève au surplus que le médecin du SMR a rendu son avis seulement deux jours après avoir été invité à se déterminer, ce qui démontre clairement, selon lui, le défaut d'instruction.

Il peine enfin à comprendre pour quelles raisons l'OAI a considéré que des mesures de réadaptation n'étaient ni nécessaires, ni adéquates, alors qu'il n'exerce plus d'activité professionnelle depuis 2003.
18. Dans sa réponse du 15 décembre 2017, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il considère que l'assuré n'a pas rendu plausible une aggravation de son état de santé pouvant entraîner une modification de ses droits. Il relève que la production de nouvelles pièces médicales n'a pas lieu d'être, étant donné que la seule question litigieuse est de savoir s'il était légitimé, compte tenu des éléments en sa possession, à refuser d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations.
19. Dans sa réplique du 22 janvier 2018, l'assuré a souligné que le refus d'entrer en matière n'était pas justifié et qu'un examen approfondi sur le plan médical, son audition et celle de son médecin traitant, le Dr G_____, permettraient d'arriver à

la conclusion qu'il était bel et bien incapable de travailler en raison de l'anxiété sévère avec attaque de panique et de la phobie sociale dont il souffre.

20. Dans sa duplique du 8 février 2018, l'OAI, rappelant que le principe inquisitoire ne s'appliquait pas à la procédure d'entrée en matière sur une nouvelle demande des art. 87 al. 3 et 4 RAI, a déclaré qu'il ne lui appartenait, ni à lui, ni à la juridiction cantonale, de procéder à des mesures d'instruction en entendant notamment les médecins. Il déclare ainsi maintenir ses précédentes conclusions.
21. Après avoir interrogé le Dr E_____ et l'OAI, la chambre de céans a, par courrier du 24 septembre 2018, informé l'OAI qu'elle considérait que le Dr E_____ avait en réalité recouru contre la décision du 23 février 2016, de sorte que cette décision n'était pas entrée en force, et a ouvert le n° de cause A/4547/2016.
22. Par arrêt incident du 11 octobre 2018 (ATAS/919/2018), elle a suspendu la présente cause A/4210/2017 jusqu'à droit jugé dans la nouvelle cause A/4547/2016.
23. Par arrêt du 20 août 2019 (ATAS/725/2019), la chambre de céans a procédé à la comparaison des circonstances présentes lors de la décision du 23 avril 2008 et a constaté qu'elles étaient demeurées inchangées lors de celle du 23 février 2016.
Aussi a-t-elle admis le recours et annulé la décision du 23 février 2016.
24. Saisi par l'OAI, le Tribunal fédéral a toutefois annulé ledit arrêt et rétabli la décision du 23 février 2016 (9C_678/2019), reprochant à la chambre de céans d'avoir étendu l'objet de la contestation sans respecter les conditions prévues par la jurisprudence.
25. Par courrier du 16 juin 2020, la chambre de céans a informé les parties de la reprise de l'instruction dans la présente cause et les a invitées à se déterminer.
26. Le 3 juillet 2020, l'OAI a indiqué qu'il maintenait intégralement ses précédentes conclusions.
27. L'assuré, représenté par Me COSTA, a fait valoir que son état de santé s'était bel et bien aggravé au moment du dépôt de sa demande de prestations du 22 juin 2017. Preuve en était le rapport neuropsychiatrique établi par le Dr G_____ en mai 2017.
Il en conclut dès lors à l'annulation de la décision du 25 septembre 2017.
28. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

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) en vigueur dès le 1er janvier 2011, 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. La LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, est applicable en l'espèce.
3. Le recours, interjeté dans les forme et délai prescrits par la loi, est recevable (art. 56 ss LPGA).
4. Le litige - circonscrit par la décision litigieuse - porte uniquement sur la question de savoir si c'est à juste titre que l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande déposée par l'assuré le 22 juin 2017.
5. a. Selon l'art. 87 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201), lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits (al. 2). Lorsque la rente, l'allocation pour impotent – ou encore, par analogie, les mesures de réadaptation (ATF 109 V 119) - a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, parce qu'il n'y avait pas d'impotence ou parce que le besoin d'aide ne donnait pas droit à une contribution d'assistance, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies (al. 3).
b. Ainsi, lorsque qu'une rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou qu'une rente partielle a été accordée en considération d'un certain degré d'invalidité, 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 (ATF 133 V 108 consid. 5.3.1 ; ATF 109 V 262 consid. 3). Il n'est pas attendu de l'assuré qu'il démontre une aggravation de son état de santé au degré de la vraisemblance requis généralement en matière d'assurances sociales ; il suffit qu'il fournisse des indices d'une telle aggravation pour que l'administration doive entrer en matière sur sa demande ; les indices requis doivent cependant être d'autant plus convaincants que la précédente décision est récente (ATF 125 V 195 consid. 2 ; ATF 119 V 9 consid. 3c/aa ; ATF 109 V 108 consid. 3 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances du 5 octobre 2001 consid. 1c/aa, non publié in ATF 127 V 294).

L'exigence de plausibilité d'une aggravation de l'état de santé de l'assuré doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision entrée en force de refus de prestations ou fixant le droit à une rente d'invalidité partielle en considération d'un certain degré d'invalidité, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 130 V 64 consid. 5.2.3; ATF 125 V 410 consid. 2b; ATF 124 II 265 consid. 4a ; ATF 117 V 198 consid. 4b et les références).

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.

6. 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. 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. Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 4 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 114 consid. 2b).

Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (cf. art. 43 al. 1 LPGA), ne s'applique pas à la procédure de l'art. 87 al. 3 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 a précisé que l'administration pouvait appliquer par analogie l'art. 73 aRAI (cf. art. 43 al. 3 LPGA depuis le 1^{er} janvier 2003) - 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 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.; 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 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 à l'administration au moment où celle-ci a statué (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.1, 2.2, 2.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_708/2007 du 11 septembre 2008 consid. 2.3).

7. Il y a lieu de rappeler qu'en l'espèce, la rente d'invalidité dont bénéficiait l'assuré depuis le 15 avril 2004 a été supprimée, par décision du 23 février 2016 - entrée en force de chose jugée (arrêt du Tribunal fédéral 9C_678/2019) -, sur la base de l'expertise du Dr D_____. Ce dernier a qualifié l'état anxieux dont souffrait l'assuré de modéré/léger et considéré qu'il présentait une majoration de symptômes psychiques pour des raisons psychologiques et sociales équivalant d'un processus

d'invalidation, mais n'a retenu aucun diagnostic avec influence sur la capacité de travail. L'assuré était apte à s'insérer dans toutes les activités non ou peu qualifiées, dans la mesure où celles-ci comportaient un niveau de stress faible à moyen, un cahier des charges défini et un temps d'adaptation à disposition.

Le Dr G_____ a certes indiqué en mai 2017 que l'assuré souffrait d'une anxiété sévère et présentait une phobie sociale importante. Il n'a toutefois constaté qu'un léger manque d'incitation à l'action et de légères difficultés dans les procédures de calculs, tout en relevant que les autres fonctions cognitives étaient globalement préservées.

Force est de constater que le rapport du Dr G_____ ne suffit pas à rendre plausible une aggravation de l'état de santé de l'assuré depuis février 2016 qui pourrait justifier la reprise du dossier, étant rappelé que 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. L'OAI a par ailleurs dûment octroyé un délai à l'assuré pour qu'il transmette les pièces de nature à rendre plausibles les faits allégués et l'a averti qu'il n'entrerait pas en matière sur sa demande pour le cas où il ne se plierait pas à cette injonction.

C'est dès lors à bon droit que l'OAI n'est pas entré en matière sur la nouvelle demande de prestations AI, en tant que celle-ci visait l'octroi d'une rente d'invalidité, ce qui est d'autant plus justifié que le laps de temps écoulé entre la décision de suppression de la rente d'invalidité et celle refusant d'entrer en matière n'est que de seize mois (ATF I 52/2003).

Aussi le recours ne peut-il être que 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

Nathalie LOCHER

Doris GALEAZZI

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