

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/448/2016

ATAS/898/2016

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 31 octobre 2016

6^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à CHÂTELAINE

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente ; Teresa SOARES et Jean-Pierre WAVRE,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1969, marié, père de trois enfants nés en 2004, 2006 et 2008, originaire de Macédoine, entré en Suisse en 1988, travaille depuis le 12 juillet 2005 comme agent de propreté-hygiène à 100 % au B_____ (ci-après : B_____).
2. Le 4 décembre 2012, les Docteurs C_____ et D_____, du service de neurologie des HUG, ont attesté, dans un courrier adressé à la Doctoresse E_____, d'un diagnostic de syndrome radiculaire déficitaire sensitivomoteur L5 droit sur une hernie discale L4-L5 médiane et L5-S1 paramédiane droite. L'assuré avait chuté quinze jours plus tôt et présentait depuis une lombosciatalgie irradiant dans le territoire radiculaire L5 à droite, sous forme de décharges électriques et douleurs progressives, avec paresthésies, difficulté à marcher sur le talon à droite. L'IRM lombaire effectué le 8 novembre 2012 mettait en évidence une hernie discale L4-L5 médiane avec un contact discret sur la racine L5 bilatéralement ainsi qu'une hernie discale L5-S1 paramédiane droite au contact de la racine S1 à droite. Pas de fracture visible. En résumé, l'assuré présentait donc un syndrome radiculaire déficitaire sensitivomoteur L5 droit sur une hernie discale L4-L5 médiane. Un traitement conservateur était préconisé.
3. Le 26 décembre 2012, les Docteurs F_____ et C_____, du service de neurologie des HUG, ont attesté, dans un courrier adressé à la Dresse E_____, de persistances de paresthésies sur la face latérale de la jambe du côté droit et de douleurs sur la face latéro-postérieure de la cuisse du côté gauche, moins importantes qu'à droite ; les douleurs à droite s'étaient améliorées, il présentait une évolution discrètement favorable de la sciatalgie ; une infiltration était proposée.
4. Le 7 mars 2013, le Dr F_____ a attesté, dans un courrier adressé à la Dresse E_____, d'une évolution favorable sous traitement conservateur ; l'assuré se plaignait encore de tiraillements occasionnels dans la jambe droite, mais souhaitait recommencer le travail à 50 % en avril ; le traitement conservateur était poursuivi.
5. Le 12 mars 2014, le Docteur G_____ a écrit au docteur H_____, FMH médecine générale, qu'il avait vu l'assuré dans le cadre d'une consultation du rachis ; il a posé les diagnostics de syndrome radiculaire S1 droit sur hernie discale, actuellement au décours, et syndrome lombo-vertébral invalidant. L'assuré décrit une symptomatologie compatible avec un syndrome radiculaire S1 droit actuellement au décours, que l'on pouvait facilement attribuer à la hernie discale L5-S1 décrite sur l'IRM récente. Le Dr G_____ était d'accord avec le Dr I_____ pour considérer qu'il n'y avait actuellement aucune indication opératoire. Par contre, la situation s'était compliquée d'un syndrome lombo-vertébral persistant (à l'identique de l'épisode de 2012), invalidant, avec un fort retentissement physique et psychique et donc un haut risque de chronicité. Il

proposait d'adapter le traitement antalgique et d'organiser une prise en charge multidisciplinaire.

6. Le 4 avril 2014, les Docteurs J_____ et D_____, du service de neurochirurgie des HUG, ont attesté dans un courrier au Docteur K_____, que selon une appréciation radiologique, il existait une hernie discale L5-S1 postérolatérale droite luxée vers le bas comprimant la racine L5 droite. Discrète discopathie L4-L5, L5-S1. La situation était stable, les douleurs étaient partiellement gérées par une antalgie ; il présentait de fait des radiculalgies multi-étagées actuellement en prépondérance L5 droite non déficitaire, avec une imagerie de contrôle datant de fin 2012. Dans ce contexte, chez un assuré présentant actuellement un handicap fonctionnel, les Drs L_____ et D_____ proposaient de réaliser une nouvelle IRM lombaire, de poursuivre le traitement conservateur éventuellement majoré d'un support de cortisone en local. Ils reverraient l'assuré par la suite à six semaines pour l'évaluer et pour une possible récupération fonctionnelle. Le cas échéant, la chirurgie devrait être évoquée.
7. Le 23 avril 2014, les docteurs M_____ et N_____, du service de neurologie des HUG, ont attesté, dans un courrier adressé au Dr K_____ le 18 février 2014, que l'assuré était vu en urgence en raison d'une importante intensification des douleurs ; il avait bénéficié d'une infiltration en mars avec une très bonne efficacité sur les symptômes ; depuis la reprise de son travail (à 50 %), l'assuré rapportait une nouvelle recrudescence des douleurs. Actuellement, les douleurs intéressaient toujours la face latérale de la jambe droite, étaient de rythme mécanique et étaient d'une intensité que le malade évaluait à 3/10. Elles étaient bien jugulées par le paracétamol. L'assuré ne rapportait pas de troubles semi-moteurs ni de troubles vésico-sphinctériens. L'IRM de la colonne lombaire réalisée le 14 avril s'avérait relativement superposable à l'examen précédent, avec même une diminution de l'effet de masse de la hernie sur la racine S1 droite. Il était expliqué à l'assuré l'incompatibilité de sa maladie avec son travail, de sorte qu'il devait discuter d'un aménagement de son travail ou d'un reclassement professionnel.
8. Le 8 juillet 2014, les Docteurs O_____ et G_____, du département de chirurgie des HUG, ont rendu un rapport dans le cadre du programme PRODIGE de réhabilitation fonctionnelle du 2 au 27 juin 2014. Il était conseillé à l'assuré de débiter un suivi psychothérapeutique pour l'accompagner dans la compréhension de sa souffrance ; une reprise à 50 % dès le 30 juin 2014 était proposée, à augmenter progressivement.
9. Le 13 mars 2015, les Docteurs P_____ et D_____, du service de neurologie des HUG, ont attesté dans un courrier adressé au Docteur H_____ de diagnostics de hernie discale L5-S1 médiane et paramédiane droite et de protrusions discales L3-L4 et L4-L5 sans contrainte radiculaire ; l'assuré ressentait un blocage depuis janvier 2015 ; il était sous traitement médicamenteux depuis février 2015 ; une IRM de la colonne lombaire était nécessaire.

10. Le 23 mars 2015, le docteur Q_____, chef de clinique au service de neurologie des HUG, a attesté dans un courrier adressé au Dr H_____ de diagnostics de hernie discale L5-S1 médiane et paramédiane droite, protrusion discale L3-L4 sans contrainte radiculaire et de microdiscectomie L5-S1 droite. L'assuré se plaignait d'une lombosciatalgie typique de la face postéro-latérale de la cuisse et du mollet droits depuis 2012 ; depuis janvier 2015, il ressentait un nouveau blocage avec sciatalgies importantes nécessitant un arrêt de travail total, puis une reprise à 50 % suite à un traitement médicamenteux ; il était demandeur pour une chirurgie. Il était proposé une infiltration péri-radriculaire S1 droite et un bilan ENMG, ainsi que des radiographies du rachis lombaire.
11. Le 30 avril 2015, le Dr Q_____ a attesté dans un courrier adressé au Dr H_____ de diagnostics de Hernie discale L5-S1 avec compression des racines S1 à droite, s/p épisodes douloureux en 2012 avec traitement conservateur, actuellement s/p infiltration S1 droite.

L'assuré était connu pour une lombosciatalgie au niveau S1 à droite ; une infiltration de racine S1 à droite avait amélioré les douleurs des jambes et dans le dos ; une chirurgie n'était pas indiquée.
12. Le 18 mai 2015, le Dr H_____ a écrit au médecin du personnel des HUG en sollicitant une convocation du recourant ; tous les traitements avaient échoué et il ne pouvait plus travailler à la voirie de B_____, de sorte qu'il convenait de lui attribuer un poste sans importants efforts du dos et port de charge adapté.
13. Le 18 juin 2015, B_____ ont adressé à l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé) une demande de prestations d'invalidité pour l'assuré, en raison d'un « syndrome radiculaire L5-S1 droit non opérable » ; l'assuré était en arrêt de travail depuis le 2 octobre 2013, avec des reprises à 100 % ou de nouveaux arrêts et travaillait à 50 % depuis le 14 avril 2014.
14. Le 25 juin 2015, l'OAI a sollicité un rapport médical du Dr H_____, lequel n'a pas donné suite à cette demande et aux rappels qui lui ont été communiqués.
15. Le 14 juillet 2015, le Dr G_____ a écrit à l'OAI qu'il n'avait pas revu l'assuré depuis la fin de la prise en charge multidisciplinaire.
16. Le 20 août 2015, la direction des ressources humaines de B_____ a rempli le questionnaire pour l'employeur attestant d'un contrat de travail de l'assuré débuté le 12 juillet 2005, d'une reprise de travail à 100 % depuis le 25 juin 2015 et d'un salaire mensuel de CHF 6'503.65 ; l'assuré avait été transféré le 25 août 2014 de la voirie au nettoyage ; il avait fait divers essais :
 - au secteur Privé, il ne pouvait pas nettoyer les lits ;
 - au R_____, il y avait trop de chambres à entretenir ;
 - au secteur 4, les surfaces étaient trop importantes ;
 - il a fait un essai de travailler selon l'horaire du soir, sans succès ;

- depuis décembre 2014, il travaillait au Bâtiment des lits, actuellement au 5 CL.

Il se plaignait toujours de douleurs au dos et disait pouvoir travailler uniquement grâce aux anti-inflammatoires et anti-douleurs ; il avait repris le travail à 100 % le 3 août 2015 après cinq semaines de vacances.

La direction des ressources humaines de B_____ a joint le tableau des absences de l'assuré, duquel il ressort que :

- du 29 septembre au 19 octobre 2008 à 100 % (accident) ;
- du 10 au 31 mars 2011 à 100 % (accident) ;
- du 1^{er} avril au 15 mai 2011 à 100 % (accident) ;
- du 16 au 31 mai 2011 à 50 % (accident) ;
- le 1^{er} juin 2011 à 100 % (accident) ;
- du 2 au 12 juin 2011 à 50 % (accident) ;
- du 13 au 22 juin 2011 à 25 % (accident) ;
- du 23 au 27 juin 2011 à 100 % (accident) ;
- du 4 octobre 2012 au 1^{er} avril 2013 à 100 % (accident) ;
- du 2 avril au 16 juin 2013 à 50 % (accident) ;
- du 1^{er} au 29 octobre 2013 à 100 % (accident) ;
- du 8 au 11 mars 2010 à 100 % (maladie) ;
- du 29 au 31 juillet 2013 à 100 % (maladie) ;
- du 1^{er} au 9 août 2013 à 100 % (maladie) ;
- du 10 au 11 août 2013 à 100 % (maladie) ;
- du 30 octobre 2013 au 13 avril 2014 à 100 % (maladie) ;
- du 14 avril au 1^{er} juin 2014 à 50 % (maladie) ;
- du 2 au 29 juin 2014 à 100 % (maladie) ;
- du 30 juin au 13 juillet 2014 à 50 % (maladie) ;
- le 4 décembre 2014 à 100 % (maladie) ;
- du 5 au 11 janvier 2015 à 100 % (maladie) ;
- du 12 au 18 janvier 2015 à 100 % (maladie) ;
- du 19 janvier au 15 février 2015 à 100 % (maladie) ;
- du 16 au 28 février 2015 à 50 % (maladie) ;
- du 2 mars au 24 juin 2015 à 50 % (maladie).

17. Le 8 octobre 2015, la réadaptatrice de l'OAI a noté que l'assuré avait repris le travail à 100 % depuis juin 2015, qu'il ne souhaitait pas d'entretien d'évaluation d'intervention précoce et que le mandat était clôturé.

18. Le 29 octobre 2015, B_____ ont transmis à l'OAI une demande de prestations de l'assuré.

19. Par projet de décision du 1^{er} décembre 2015, l'OAI a rejeté la demande de prestations, au motif que l'assuré avait été en incapacité de travail pendant une période inférieure à une année ; chacune des périodes d'incapacité de travail avait été interrompue par une aptitude au travail de trente jours au moins ; les périodes d'incapacité de travail étaient les suivantes :

1^{ère} période :

100 % du 30 octobre 2013 au 13 avril 2014 ;

50 % du 14 avril au 1^{er} juin 2014 ;

100 % du 30 juin au 13 juillet 2014.

2^{ème} période :

100% du 5 janvier au 15 février 2015 ;

50% du 16 février au 25 juin 2015.

20. Par décision du 26 janvier 2016, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré en constatant qu'il n'avait pas contesté le projet de décision.
21. Le 9 février 2016, l'assuré a recouru auprès de la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice à l'encontre de la décision de l'OAI du 20 janvier 2016 en faisant valoir qu'il souhaitait des mesures de réadaptation professionnelle ; il avait repris un travail de nettoyage mais les douleurs étaient réapparues et il était à nouveau en arrêt de travail depuis le 28 octobre 2015.
22. Le 10 mars 2016, l'OAI a conclu au rejet du recours, au motif que l'assuré avait présenté une incapacité de travail inférieure à une année, ayant repris une activité professionnelle à 100 % depuis le 25 juin 2015.
23. La chambre de céans a convoqué les parties en audience de comparution personnelle pour le 11 avril 2016, audience qui a été annulée à la demande de l'assuré.
24. Le 21 avril 2016, trois dates ont été proposées à l'assuré pour fixer une nouvelle audience. Une audience a été reconvoquée pour le 30 mai 2016.
25. L'assuré a transmis, le 23 mai 2016, un certificat du Dr H_____ du même jour attestant qu'il ne pouvait se présenter à l'audience du 30 mai 2016 pour des raisons de santé et cela, jusqu'au 1^{er} juillet 2016.
26. A la demande de la chambre de céans, le Dr H_____ a indiqué, le 16 juin 2016, que l'assuré avait présenté une incapacité de travail de :
 - 100 % du 3 mars au 13 avril 2014 ;
 - 50 % du 14 avril au 13 juillet 2014 ;
 - nulle du 14 juillet 2014 au 4 janvier 2015 ;
 - 100 % du 5 janvier au 15 février 2015 ;
 - 50 % du 16 février au 24 juin 2015 ;
 - nulle du 25 juin au 27 octobre 2015 ;
 - 100 % du 28 octobre 2015 en raison d'un accident ayant aggravé le dossier maladie en cours (aggravation de la hernie).

Il présentait une hernie discale L5-S1 avec compression de la racine S1 droite, un développement d'un état dépressif sur douleur lombaire et souffrait de douleur lombaire avec irradiation dans le membre inférieur droit ; l'assuré souhaitait un travail adapté qu'il pourrait assumer à 100 % ; il convenait de lui octroyer une réadaptation professionnelle ; il était motivé et volontaire.

27. Le 6 septembre 2016, l'assuré, représenté par un avocat, a observé que le Dr H_____ mentionnait un nouvel arrêt de travail dès le 22 octobre 2015 suite à une chute, fait que l'OAI n'avait pas pris en compte, qu'il était en incapacité de travail

déjà avant octobre 2013, qu'il n'avait pas retrouvé une pleine capacité de travail depuis le 25 juin 2015, que des mesures de réadaptation professionnelles étaient indiquées, voire, si celles-ci n'étaient pas susceptibles d'améliorer sa capacité de travail ou n'étaient pas octroyées, qu'une rente d'invalidité devait lui être allouée, l'incapacité de travail ayant duré au moins du 1^{er} avril 2013 au 1^{er} mars 2014 ainsi que depuis le 28 octobre 2015.

28. Le 8 septembre 2016, le Dr S _____ du SMR a rendu un avis selon lequel au vu des nouvelles pièces, il était manifeste que la capacité de travail de l'assuré était nulle dans son ancienne activité depuis le 28 octobre 2015 et pleine dans une activité strictement adaptée, depuis toujours.
29. Le 29 septembre 2016, l'OAI a conclu au renvoi du dossier afin d'instruire les conditions objectives et subjectives du droit à des mesure de réadaptation.
30. Le 11 octobre 2016, l'assuré a acquiescé au renvoi du dossier en requérant que son droit à une rente d'invalidité soit également examiné ; il a joint une copie de la demande de prestations provisoire d'invalidité (demande de reclassement) formée par lui-même et son employeur auprès de la Caisse de prévoyance de l'état de Genève.
31. Sur quoi, 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. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.
3. En l'espèce, le litige porte sur le refus de l'intimé d'octroyer au recourant des mesures de réadaptation professionnelle, et une rente d'invalidité.
4. a. Selon 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).

Selon l'art. 29ter RAI, il y a interruption notable de l'incapacité de travail au sens de l'art. 28, al. 1, let. b, LAI lorsque l'assuré a été entièrement apte au travail pendant 30 jours consécutifs au moins.

Selon l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29, al. 1, LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^{ème} anniversaire de l'assuré.

b. Selon l'art. 7d LAI, Les mesures d'intervention précoce ont pour but de maintenir à leur poste les assurés en incapacité de travail (art. 6 LPGA) ou de permettre leur réadaptation à un nouveau poste au sein de la même entreprise ou ailleurs (al. 1). Les offices AI peuvent ordonner les mesures suivantes : adaptation du poste de travail (al. 2, let. a) ; cours de formation (al. 2, let. b) ; placement (al. 2, let. c) ; orientation professionnelle (al. 2, let. d) ; réadaptation socioprofessionnelle (al. 2, let. e) ; mesures d'occupation (al. 2, let. f). Nul ne peut se prévaloir d'un droit aux mesures d'intervention précoce (al. 3). Le Conseil fédéral peut compléter la liste des mesures. Il règle la durée de la phase d'intervention précoce et fixe le montant maximal pouvant être consacré, par assuré, aux mesures de ce type (al. 4).

c. Selon l'art. 8 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant (al. 1) : que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) ; que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). Le droit aux mesures de réadaptation n'est pas lié à l'exercice d'une activité lucrative préalable. Lors de la fixation de ces mesures, il est tenu compte de la durée probable de la vie professionnelle restante (al. 1bis). Les assurés ont droit aux prestations prévues aux art. 13 et 21, quelles que soient les possibilités de réadaptation à la vie professionnelle ou à l'accomplissement de leurs travaux habituels (al. 2). Les assurés ont droit aux prestations prévues à l'art. 16, al. 2, let. c, que les mesures de réadaptation soient nécessaires ou non pour maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (al. 2 bis) Les mesures de réadaptation comprennent (al. 3) : des mesures médicales ; des mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle (let. a bis) ; des mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital) ; l'octroi de moyens auxiliaires (let. d) ;

Selon l'art. 17 al. 1 LAI, la personne assurée a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée. Est réputé invalide au sens de cette disposition celui qui n'est pas suffisamment réadapté, l'activité lucrative exercée jusque-là n'étant plus raisonnablement exigible ou ne l'étant plus que partiellement en raison de la forme et de la gravité de l'atteinte à la santé. Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de 20 % environ (ATF 139 V 399 consid. 5.3 p. 403; 130 V 488 consid. 4.2 p. 489 et les références ; ATF 9C_409/2014 du 7 novembre 2014).

d. Le rôle principal de l'assurance-invalidité consiste à éliminer ou atténuer les effets préjudiciables d'une atteinte à la santé sur la capacité de gain de la personne assurée. L'objectif de la réinsertion dans la vie professionnelle active est au premier plan, le versement de prestations en espèces n'arrivant qu'en second (arrêt 9C_602/2009 du 21 décembre 2009, consid. 4.1). D'après le principe de la priorité de la réadaptation sur la rente, aucune rente ne saurait être allouée dès lors qu'une mesure de réadaptation est susceptible d'avoir une incidence sur la capacité de gain de la personne assurée (arrêts 9C_368/2010 du 31 janvier 2011 consid. 5.2.2.1 et 9C_163/2009 du 10 septembre 2010 consid. 4.2.2 et les arrêts cités [SVR 2011 IV n° 30 p. 88]) (ATF 9C_464/2012 du 5 novembre 2012).

5. En l'espèce, le recourant conclut à l'octroi de mesures de réadaptation professionnelle, en particulier d'une reconversion professionnelle, et, subsidiairement, à l'octroi d'une rente invalidité.

L'intimé a conclu au renvoi du dossier pour examen du droit du recourant à des mesures de réadaptation, considérant que ce dernier n'était plus capable d'exercer son ancienne activité. Le recourant a acquiescé au renvoi en précisant que l'intimé se devait d'examiner également son droit à une rente d'invalidité.

Vu l'accord des parties, en particulier, la reconnaissance par l'intimé d'une incapacité de travail totale du recourant dans son ancienne activité, il convient d'admettre partiellement le recours, d'annuler la décision litigieuse et de renvoyer la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision, laquelle portera tant sur le droit du recourant à des mesures de réadaptation que, subsidiairement, sur celui d'une rente d'invalidité (cf. consid. 4d Supra).

6. Vu l'issue du litige, une indemnité de CHF 1'500.- sera allouée au recourant, à charge de l'intimé.

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable ;

Au fond :

2. l'admet partiellement ;
3. annule la décision de l'intimé du 26 janvier 2016 ;
4. renvoie la cause à l'intimé, dans le sens des considérants ;
5. condamne l'intimé à verser au recourant une indemnité de CHF 1'500.- ;
6. 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

Julia BARRY

Valérie MONTANI

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