

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1964 et originaire d'Algérie, est arrivé en Suisse le 28 janvier 2006. Il souffre d'une poliomyélite post-natale, de paraparésie et d'amyotrophie sévère du membre inférieur droit depuis 1964. Il a travaillé à 50 % à la mairie d'Alger de 2000 à 2006 en tant que secrétaire, gérant, agent de courrier et gestionnaire de stock.
2. Le 19 juin 2006, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé), tendant à l'octroi d'une rente d'invalidité, d'une allocation pour impotent et de moyens auxiliaires.
3. Dans un rapport du 30 juin 2006, le docteur B_____, généraliste FMH, a indiqué qu'il suivait l'assuré depuis le 16 février 2006. Il a également diagnostiqué avec répercussion sur la capacité de travail, une poliomyélite post-natale avec paraplégie et amyotrophie sévère du membre inférieur droit, un status après arthrodèses de la cheville gauche en 1969 et en 1980, un status après opération d'allongement du tibia gauche en 1975 et un status après arthrodèse du gros orteil gauche en 1980. Sans répercussion sur la capacité de travail, il a diagnostiqué une scoliose dorso-lombaire depuis 1970. Il a retenu depuis le 16 février 2006 une incapacité de travail de 50 % dans l'activité de secrétariat exercée jusqu'à ce jour. On pouvait exiger de la part de l'assuré qu'il exerçât une autre activité, à savoir un travail de type administratif en position assise à raison de quatre heures par jour dès le 1^{er} août 2006.
4. Le 1^{er} décembre 2006, l'assuré a été engagé comme employé en atelier protégé de broderie à raison de trente-deux heures par semaine moyennant un salaire mensuel de CHF 325.85. Dès le 1^{er} janvier 2007, le taux d'activité de l'assuré a été réduit à 60 % pour un salaire mensuel de CHF 244.40.
5. Dans un avis du 12 décembre 2006, le service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a admis que l'assuré souffrait depuis la période post-natale de séquelles d'une poliomyélite avec amyotrophie importante du membre inférieur gauche, paraplégie, arthrodèses de la cheville gauche et du gros orteil gauche, allongement du tibia gauche et scoliose dorso-lombaire. Il a retenu une capacité de travail entière dans une activité adaptée. Il a considéré que le handicap de l'assuré ne l'empêchait pas d'exercer une activité adaptée, en position assise, en évitant le port de charge, les escaliers, les positions accroupies et à genoux, les échelles et la marche au-delà de deux cents mètres. La capacité de travail était théoriquement entière pour autant que les déplacements au sein du bureau fussent limités au strict minimum. Dans un nouvel avis médical du 26 septembre 2007, le SMR a observé que la justification d'une capacité de travail de 50 % par le Dr B_____ consistait pour l'essentiel en motifs non médicaux, à savoir absence de formation professionnelle de l'assuré et surestimation de sa capacité de travail dans son pays d'origine afin de trouver rapidement du travail en Suisse. Le seul

argument médical, à savoir la limitation à la marche, avait été pris en compte dans l'avis précédent.

6. Par décision du 9 octobre 2007, l'OAI a nié le droit de l'assuré à une rente d'invalidité au motif que sa capacité de travail était entière dans le type d'activités déjà exercées pour autant que les déplacements au sein du bureau fussent limités au strict minimum. Par décision du 10 octobre, l'OAI a également nié le droit de l'assuré à une allocation pour impotent dès lors qu'il avait un libre usage de son rachis et de ses membres supérieurs. De plus, l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie n'était ni prouvé, ni justifié.
7. A la suite du recours formé contre les décisions des 9 et 10 octobre 2007 auprès du Tribunal cantonal des assurances (ci-après : TCAS) - alors compétent -, l'OAI a observé dans sa réponse du 13 décembre 2007 que dans l'hypothèse d'une incapacité de travail de 50 %, l'assuré ne remplissait pas les conditions d'assurance nécessaires, de sorte qu'il n'avait pas droit à une rente d'invalidité ou à une allocation pour impotent. Par arrêt du 22 avril 2008 (ATAS/470/2008), entré en force, le TCAS a rejeté le recours. Il a laissé ouverte la question de la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée et de son besoin d'aide dans les actes ordinaires de la vie au regard de la non réalisation de la condition d'assurance. En effet, au vu des atteintes présentes depuis la naissance, il a considéré que l'invalidité et l'impotence n'étaient pas survenues une année après l'arrivée de l'assuré en Suisse.
8. Le 30 septembre 2009, ce dernier a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité tendant à l'octroi d'une rente.
9. Dans un rapport du 15 octobre 2009, le Dr B_____ a signalé à l'OAI une aggravation de l'état de santé de l'assuré au regard des nouveaux diagnostics somatiques posés, à savoir un syndrome des apnées obstructives du sommeil en avril 2008, ainsi qu'une obésité et une hypertension artérielle. L'assuré avait été hospitalisé dans l'unité de médecine physique et réadaptation orthopédique des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) du 20 avril au 11 mai 2009. En outre, il souffrait d'une dépression sévère avec tentative de suicide en août 2009 (recte : 2007) pour laquelle il était traité par la doctoresse C_____, psychiatre et psychothérapeute FMH.

Il a annexé un rapport du 6 avril 2009 du docteur D_____, chef de clinique au département de chirurgie des HUG, qui faisait état de douleurs lombaires chroniques depuis environ deux ans avec exacerbations sous forme d'irradiation dans la fesse droite depuis quelques semaines nécessitant un arrêt de travail à partir du 3 septembre 2009, une perte d'autonomie avec déplacement en fauteuil roulant et périmètre de marche limité à quelques pas uniquement pour les transferts.

Dans un rapport du 4 juin 2009, consécutif au séjour de l'assuré dans l'unité de médecine physique et réadaptation orthopédique des HUG du 20 avril au 11 mai 2009, la Dresse E_____, cheffe de clinique, a diagnostiqué une poliomyélite post

natale avec paraplégie et amyotrophie sévère du membre inférieur gauche, ainsi que des lombo-fessalgies droites de surcharge. L'assuré présentait des signes très nets de surcharge de son membre inférieur droit, sous forme de contractures, compatible avec le fait qu'il n'avait plus pu porter son orthèse à gauche depuis la fin de l'année 2008 en raison d'une modification morphologique de sa jambe gauche (déformation en varus) et d'œdèmes persistants sur probable insuffisance cardiaque.

10. Dans un avis du 19 février 2010, le SMR a considéré qu'il n'y avait pas d'éléments médicaux sur le plan physique permettant de remettre en question son avis du 12 décembre 2006, le seul argument médical étant la limitation de la marche. En revanche, la situation était nouvelle sur le plan psychiatrique qu'il convenait d'investiguer.
11. Dans un rapport du 2 mars 2010, la Dresse C_____ a notamment diagnostiqué un trouble dépressif récurrent depuis plusieurs années, épisode actuel moyen (F33.1). L'assuré avait été suivi par le centre de thérapie brève des Pâquis pendant trois mois en 2007 suite à un tentamen, puis elle l'avait pris en charge à partir du 5 septembre 2008. Depuis l'adolescence, il présentait un état dépressif en raison de difficultés à accepter sa situation physique. Cet état s'accroissait car il n'arrivait plus à trouver sa place, ni au niveau familial, ni sur le plan professionnel. Le séjour aux HUG en avril 2009 n'avait pas apporté d'amélioration quant à l'autonomie de l'assuré, ce qui provoquait un sentiment d'échec et influençait négativement son état dépressif. L'assuré présentait des symptômes anxieux, dépressifs, verbalisant un manque de goût et d'intérêt pour tout, avec pessimisme par rapport à l'avenir, tendance à la dévalorisation, ainsi que troubles de la concentration et de la mémoire. Depuis plusieurs années, l'incapacité de travail était entière sur le plan psychique.
12. Dans un rapport du 26 août 2010 consécutif à son examen du 7 juillet 2010, le docteur F_____, psychiatre FMH et médecin du SMR, a diagnostiqué avec répercussion sur la capacité de travail, un trouble dépressif récurrent, épisode moyen à sévère, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F33.11) et un trouble de la personnalité émotionnellement labile type borderline, décompensé (F60.31). Sans répercussion sur la capacité de travail, il a diagnostiqué un trouble panique (F41.0). L'anamnèse psychiatrique permettait de constater un premier épisode dépressif d'intensité sévère à l'âge de vingt-deux ans, un deuxième épisode lors de son divorce en 2004, un troisième épisode en août 2007 d'intensité sévère avec tentative de suicide, un dernier épisode en 2009 dans le contexte d'un conflit avec un patient aux HUG. L'interaction entre le trouble de la personnalité émotionnellement labile et le trouble dépressif récurrent était à l'origine d'une atteinte à la santé mentale ayant des répercussions sur la capacité de travail depuis août 2007. La capacité de travail était nulle tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée depuis août 2007.
13. Dans une note de travail du 23 mai 2011, le gestionnaire de l'OAI a rappelé que la décision du 9 octobre 2007 réfutait la présence d'une invalidité suffisante pour

l'ouverture du droit à la rente, de sorte que la nouvelle atteinte à la santé avec limitation totale de la capacité de gain depuis août 2007 constituait un nouveau cas d'assurance avec examen des conditions d'assurance en août 2008.

14. Par décision du 13 juillet 2011, entrée en force, l'OAI a rejeté la demande au motif que les conditions du droit à la rente n'étaient pas réalisées, l'assuré ne comptant pas trois années de cotisations lors de la survenance de l'invalidité.
15. Le 5 novembre 2013, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité tendant à l'octroi d'une rente. Il a indiqué que depuis le 1^{er} mars 2009, il n'exerçait plus d'activité lucrative.
16. Dans un rapport du 13 novembre 2013 adressé à l'OAI, la Dresse C_____ a indiqué que depuis quelques temps le trouble dépressif récurrent épisode actuel moyen (F33.1) s'était aggravé. Cette aggravation s'était produite progressivement à la suite d'une part, d'un accident survenu en septembre 2011 lors duquel l'assuré s'était fracturé le tibia et le péroné gauches et d'autre part, du problème de tendinite à répétition des avant-bras des deux côtés.
17. Dans un rapport du 19 décembre 2013, le docteur B_____, spécialiste FMH en médecine interne, a diagnostiqué avec effet sur la capacité de travail, une paraplégie sur poliomyélite, un status post multiples arthrodèses et opérations orthopédiques, une suspicion de syndrome chronique des loges des avant-bras existant depuis 2010, une amyotrophie sévère du membre inférieur gauche et un status post double fracture tibia-péroné lors d'un traumatisme mineur en 2011, un syndrome d'apnée du sommeil sévère avec somnolence diurne et un état dépressif chronique. Il suivait l'assuré depuis début 2011. A partir de ce moment, plusieurs événements étaient venus aggraver l'état de l'assuré, à savoir une double fracture tibia-péroné en septembre 2011 qui avait nécessité une ostéosynthèse et une immobilisation prolongée. Depuis lors, l'assuré n'avait plus pu quitter son fauteuil roulant pour faire quelques pas. La paraparésie était devenue une paraplégie. Ceci avait entraîné une aggravation de son obésité, de ses lombo-fessalgies chroniques et de ses douleurs des avant-bras. A son sens, il n'y avait pas de mesures permettant d'aboutir à une capacité de travail.
18. Par communication du 3 juin 2014, l'OAI a indiqué qu'une expertise pluridisciplinaire (rhumatologique, neurologique et psychiatrique) était nécessaire et a transmis à l'assuré les questions qu'il envisageait de poser aux experts. Par nouvelle communication du 17 août 2015, il a informé l'assuré que l'expertise serait effectuée par la clinique romande de réadaptation (ci-après : la CRR) et que les experts étaient la doctoresse G_____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, les docteurs H_____, neurologue FMH, I_____, psychiatre et psychothérapeute FMH, ainsi que J_____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation.
19. Dans leur rapport du 2 février 2016 consécutif au séjour de l'assuré à la CRR du 6 au 7 octobre 2015, les experts ont diagnostiqué avec répercussion sur la capacité

de travail, des séquelles de poliomyélite à l'âge de neuf mois accompagnée de paraparésie sévère amyotrophiante et parésie du tronc inférieur avec scoliose dorso-lombaire, d'antécédents de double arthrodèse au pied droit en 1969 et de double arthrodèse au pied gauche en 1976, d'antécédents d'arthrodèse de l'hallux gauche en 1976 et d'allongement du membre inférieur gauche en 1976, des dorso-lombalgies chroniques sur scoliose dorso-lombaire secondaire, un trouble dépressif récurrent actuellement en rémission et une personnalité émotionnellement labile type borderline. Sans répercussion sur la capacité de travail, ils ont notamment diagnostiqué des douleurs des membres supérieurs non spécifiques, un syndrome d'apnée obstructif du sommeil appareillé, un syndrome métabolique avec obésité et un antécédent de fracture tibia-péroné gauche le 19 septembre 2011 ostéosynthésée.

Les plaintes de l'assuré consistaient en limitations en relation avec un manque de force aux membres inférieurs et avec l'incapacité à la marche, sentiment de dévalorisation et épisodes dépressifs, ainsi que douleurs du rachis et des membres supérieurs. A l'examen clinique, les experts ont constaté une paraplégie amyotrophiante séquellaire de la poliomyélite avec amyotrophie des membres inférieurs et des fessiers. La musculature des érecteurs du rachis était déficitaire au testing en position assise, le maintien en position assise dépendant des membres supérieurs.

Sur le plan neurologique, l'expert a diagnostiqué des séquelles de poliomyélite sous forme de paraplégie amyotrophiante sévère. La capacité de travail était de 100 % dans une activité adaptée avec cependant un rendement réduit à 50 % au vu de la nécessité de pauses et de changements répétés de posture. Sur le plan de l'appareil locomoteur, l'expert a retenu comme diagnostic incapacitant des dorsolombalgies sur trouble statique en rapport avec l'amyotrophie de la musculature paravétébrale constatée sur l'IRM de 2009. Dans une activité adaptée permettant des changements de position, on pouvait « s'attendre à une diminution de rendement en lien avec des changements de position comme discuté ci-dessus ». Sur le plan psychiatrique, l'expert a relevé des éléments de vie ayant mené à une carence affective de l'assuré et une trajectoire existentielle marquée par une problématique d'exclusion relative à son handicap. Il a diagnostiqué des troubles de personnalité émotionnellement labile de type borderline sur la base d'une intolérance à la solitude, des relations de type dépendance, d'une forte tendance au passage à l'acte et d'une labilité affective, ainsi qu'un trouble dépressif récurrent. Même si le trouble de la personnalité n'était pas jugé incompatible avec une activité professionnelle, les ressources qui pourraient permettre de surmonter les difficultés inhérentes à ce type de personnalité étaient ici absentes. Une capacité d'environ 50 % était attendue dans une activité de bureau ou d'accueil téléphonique. Sur les plans neurologique et locomoteur, les limitations fonctionnelles concernaient les ports de charge, les activités debout ou à genoux ou nécessitant des transferts réguliers et le maintien prolongé d'une position statique assise. Sur le plan psychique, les limitations fonctionnelles avaient trait aux difficultés relationnelles,

à l'impulsivité et à l'intolérance à la frustration. Au total, les experts s'accordaient à estimer que l'assuré présentait une atteinte touchant la sphère neurologique et l'appareil locomoteur justifiant des limitations fonctionnelles. Même si les diagnostics étaient connus de longue date, il était probable que la période d'immobilisation ayant suivi l'ostéosynthèse de la jambe gauche le 19 septembre 2011, avait favorisé un déconditionnement et diminué l'endurance de l'assuré. La poursuite de l'activité exercée en Algérie, avant le départ de l'assuré pour la Suisse, n'était plus possible pour une personne se déplaçant en chaise roulante. La capacité résiduelle de travail était de 50 % dans une activité sédentaire sans port de charges. Il y avait une incapacité de travail de 20 % au moins probablement en tout cas depuis 2006. Dans l'activité exercée à Foyer handicap jusqu'en août 2009, le rendement était probablement diminué de 50 % en lien avec les limitations psychiques et somatiques déjà présentes. Même si théoriquement la reprise d'une activité sédentaire était envisageable, le pronostic de reprise était limité chez un assuré n'ayant pas de formation reconnue, qui se sous-estimait et ne se sentait pas capable de travailler. Il n'y avait pas de mesures professionnelles à envisager, ni de traitement à même d'améliorer la situation, une prise en charge physiothérapeutique pouvant aider l'assuré à maintenir les aptitudes fonctionnelles actuelles.

20. Dans un avis du 9 mars 2016, le SMR a constaté que les experts ne précisaient pas depuis quelle date l'assuré présentait une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée du fait des limitations sur les plans somatique et psychique. Il a estimé nécessaire de réinterroger les experts sur l'évolution de l'état de santé de l'assuré sur les plans somatique et psychique depuis l'évaluation de septembre 2009, l'avis du Dr F_____ du 7 juillet 2010 et la décision de refus de rente du 13 juillet 2011, qui se basait sur une capacité de travail de 100 % sur le plan somatique et nulle sur le plan psychique.
21. Dans son rapport complémentaire d'expertise du 20 juin 2016, le Dr J_____ a précisé que la capacité de travail de l'assuré était de 50 % depuis le 19 mars 2012. Selon lui, depuis l'évaluation de septembre 2009, il y avait eu une péjoration de l'état physique de l'assuré en lien avec l'atteinte neurologique connue et séquellaire de la poliomyélite, ainsi qu'avec une période d'immobilisation nécessaire à la consolidation de la fracture de la jambe gauche ostéosynthésée le 19 septembre 2011. On pouvait penser que les adaptations neuromusculaires que l'assuré avait pu mettre en place jusque-là au niveau du tronc avaient été dépassées en lien avec la période d'inactivité, un déconditionnement et une prise pondérale. Actuellement, on objectivait une faiblesse de la musculature du tronc chez un patient qui devait s'aider des membres supérieurs pour se redresser quand on lui demandait de se pencher en avant. Pour cette raison, la capacité de travail qui était considérée comme entière sur le plan physique dans une activité administrative était jugée diminuée, en relation avec une limitation au maintien prolongé de la position assise, soit une limitation fonctionnelle supplémentaire retenue en comparaison des évaluations antérieures du SMR. Depuis la décision de juillet 2011, après une

période d'incapacité de travail totale à la suite de la fracture de la jambe gauche et son ostéosynthèse le 19 septembre 2011, on pouvait raisonnablement penser que l'assuré avait récupéré une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée à six mois de la fracture de la jambe.

22. Selon une note du 28 juin 2016, l'OAI a retenu un statut d'actif en considérant que sans atteinte à la santé, l'assuré travaillerait à 100 %.
23. D'après l'extrait du compte individuel prévisionnel daté du 5 juillet 2016, l'assuré a cotisé de février 2006 à décembre 2014.
24. Dans un avis du 23 septembre 2016, le SMR a constaté que le Dr J_____ avait confirmé que l'aggravation de l'état de santé de l'assuré n'avait été que temporaire, soit pendant six mois depuis la fracture de la jambe, de sorte qu'il n'y avait pas eu une aggravation justifiant une incapacité de travail durable depuis la dernière décision de 2011. Puis, le 5 octobre 2016, le SMR a précisé que l'évaluation à 50 % de la capacité de travail dans une activité adaptée était une interprétation différente d'un même état de fait, en l'absence d'une modification de l'état de santé depuis la dernière décision de 2011. Par conséquent, les conclusions de 2011 retenant une capacité de travail nulle dans toute activité restaient valides.
25. Par projet de décision du 27 octobre 2016, l'OAI a rejeté la demande au motif que l'aggravation de l'état de santé de l'assuré n'avait pas entraîné une incapacité de travail durable, mais seulement une incapacité de travail temporaire du 19 septembre 2011 au 19 mars 2012, de sorte que l'état de fait était identique à celui existant lors de la décision du 13 juillet 2011. Par conséquent, l'assuré n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la dernière décision.
26. Le 28 novembre 2016, l'assuré s'est opposé au projet de décision aux motifs que la poliomyélite et ses séquelles avaient été jugées comme non invalidantes lors des deux premières demandes et que les experts de la CRR avaient constaté une péjoration de son état physique suite à la fracture de sa jambe gauche. Par conséquent, l'incapacité de travail de 100 % pour six mois dès le 19 septembre 2011 et de 50 % depuis le 19 mars 2012 avait créé un nouveau cas d'assurance lui donnant droit à tout le moins à une demi-rente d'invalidité. Les avis SMR des 22 septembre et 5 octobre 2016 procédaient à une lecture inexacte des éléments médicaux et étaient en contradiction avec l'expertise de la CRR.
27. Dans un avis du 19 décembre 2016, le SMR a observé que les explications données par les experts le 20 juin 2016 attestaient que seule l'aggravation des atteintes neurologiques entraînait une incapacité de travail et que la capacité de travail à la suite d'une fracture de la jambe gauche était de 50 % uniquement chez un assuré souffrant de séquelles de poliomyélite. En effet, une fracture de la diaphyse osseuse n'entraînait que très peu de complications et ne justifiait pas de limitations à long terme. Par conséquent, il fallait retenir que seules les atteintes anciennes avaient aggravé la situation de l'assuré.

28. Dans un rapport du 26 décembre 2016 faisant suite à sa consultation du 23 décembre 2016, le Dr D_____ a confirmé les diagnostics déjà posés. Il a précisé qu'il connaissait l'assuré depuis son hospitalisation aux HUG en 2009. Avant cette dernière, l'assuré était encore capable de se déplacer à l'aide de deux cannes anglaises avec des orthèses. Cette hospitalisation avait permis de constater qu'un déplacement sans fauteuil roulant n'était plus possible. Ceci avait eu pour conséquence une nette péjoration de la situation globale de l'assuré avec l'apparition de lombalgies et d'importantes douleurs au niveau des deux avant-bras. En 2011, à la suite d'un transfert, l'assuré avait subi une fracture du tibia gauche qui avait nécessité une ostéosynthèse avec une évolution relativement lente. Tout ce contexte faisait qu'il souffrait d'une dépression. Il y avait eu une nette péjoration de son état de santé ces dernières années, tant sur le plan physique que sur le plan psychologique. L'assuré n'était plus en mesure d'accomplir un travail pouvant lui apporter un revenu.
29. Par décision du 23 janvier 2017, l'OAI a confirmé son projet de décision. Il a considéré que la nouvelle atteinte survenue en 2011, justifiant un nouveau cas d'assurance, n'avait entraîné qu'une incapacité de travail de 100 % non durable du 19 septembre 2011 au 19 mars 2012, soit pour une période inférieure à une année. Selon le rapport d'expertise, la capacité de travail de 50 % retenue d'un point de vue somatique résultait d'une aggravation de l'atteinte principale préexistante.
30. Le 23 janvier 2017, l'assuré a demandé à l'OAI de lui indiquer si, suite à son « opposition » du 28 novembre 2016, son service juridique avait été consulté et, dans l'affirmative, de lui transmettre le mandat communiqué au service juridique et sa réponse.
31. Par acte du 23 février 2017, l'assuré a recouru contre ladite décision auprès de la chambre de céans. Il a conclu préalablement à ce que l'intimé soit interrogé sur la saisine du service juridique pour l'assister dans la rédaction de la décision du 23 janvier 2017, puis en cas de réponse affirmative, à ce qu'il soit ordonné la production du mandat du gestionnaire et de l'avis rendu par le service juridique. Au fond, il a conclu, sous suite de frais et dépens, à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité. S'agissant de la production de l'avis du service juridique de l'intimé, il a allégué que la détermination dudit service était une pièce décisive qui servait de fondement à la décision querellée dont il devait pouvoir prendre connaissance et s'exprimer à son sujet en application de son droit d'être entendu. S'agissant de son droit à une demi-rente d'invalidité, il a allégué que la fracture du 19 septembre 2011 avait engendré une incapacité de travail de plus de 40 % pour une durée supérieure à une année, qui avait eu pour effet de créer un nouveau cas d'assurance et qu'à l'échéance du délai de carence d'une année, soit le 18 septembre 2012, il présentait les trois années de cotisations requises. Au surplus, il a repris les arguments qu'il avait développés en faisant part de son désaccord avec le projet de décision.

32. Dans sa réponse du 3 avril 2017, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il a observé que selon la circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité (CIIAI), l'aggravation d'une atteinte à la santé préexistante ne créait pas un nouveau cas d'assurance. Selon le rapport d'expertise du 2 février 2016, les experts avaient notamment retenu comme diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail, un antécédent de fracture du tibia-péroné gauche le 19 septembre 2011 ostéosynthésée. D'après le CT-scan du 15 mai 2014, les fractures étaient consolidées. L'intimé a admis que la fracture du tibia était un nouveau cas d'assurance survenu en 2011 qui avait justifié une incapacité de travail à 100 % du 19 septembre 2011 au 19 mars 2012 et avait entraîné le départ d'un nouveau délai de carence. Faute de s'être prolongée au-delà de la durée d'un an, la nouvelle atteinte à la santé ne donnait pas droit à une rente. Contrairement à ce que soutenait le recourant, la baisse de sa capacité de travail n'avait pas été provoquée par les conséquences de la fracture du tibia, mais par celles de la poliomyélite. L'absence d'interruption de l'incapacité de travail et la coexistence à un moment donné des deux atteintes ne suffisaient pas à retenir un unique délai de carence. Le recourant n'apportait aucun élément médical suffisamment pertinent pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou du SMR. S'agissant de la requête tendant à la production de l'avis du service juridique, l'intimé a observé que les éléments fondant la décision litigieuse étaient de nature médicale, à savoir l'expertise, de sorte que l'avis du service juridique établi suite aux observations du recourant, qui portait sur l'application du droit, n'était en aucun cas propre à établir les faits probants. De plus, il s'agissait d'une note interne formalisant l'opinion du service juridique à l'attention du gestionnaire chargé de rendre la décision et ne représentait qu'une étape préparatoire à la prise de position formelle. Par conséquent, la demande du recourant était sans fondement, ni pertinence pour l'issue du litige.
33. Dans sa réplique du 26 avril 2017, le recourant a rappelé que sa capacité de travail en lien avec la poliomyélite avait été jugée entière par décision entrée en force. Elle n'avait passé de 100 % à 50% que lors de la survenance de la fracture du tibia et sans celle-ci, sa capacité de travail n'aurait probablement subi aucune modification et serait restée complète. C'est d'ailleurs ce qu'avait relevé l'expert neurologue de la CRR. Par conséquent, la position de l'intimé considérant que son incapacité de travail de 50 % résultait de la poliomyélite était contredite par le neurologue. En retenant une diminution de rendement de 50 %, alors que sur le plan neurologique son état de santé actuel était superposable à celui de 2006, le neurologue avait procédé à une appréciation différente d'un même état de fait. Si la fracture du tibia-péroné gauche avait engendré une incapacité de travail totale pendant six mois, en revanche, les séquelles de ladite fracture avaient perduré et justifié une incapacité de travail de 50 %. Même si les experts avaient placé les antécédents de fracture du tibia-péroné gauche parmi les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, ils avaient classifié ses conséquences, à savoir les dorso-lombalgies chroniques, parmi les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail. S'agissant de la notice du service juridique, il a contesté que les éléments fondant la

décision litigieuse fussent de nature purement médicale dès lors que dans sa réponse, l'intimé développait longuement les éléments juridiques relatifs à la survenance d'un nouveau cas d'assurance. Il a persisté intégralement dans ses conclusions.

34. Dans sa duplique du 18 mai 2017, l'intimé a observé que la décision de refus de prestations de 2007 avait été contestée devant le TCAS qui avait analysé les conditions d'assurance dans son arrêt, de sorte que la décision entrée en force englobait également cette question. S'agissant de la révision de 2013, on ne pouvait en aucun cas se fonder sur deux simples phrases du rapport d'expertise, sorties de leur contexte et combinées, pour retenir que la capacité de travail de 50 % attestée actuellement était due à la fracture du tibia. Pour le surplus, il a repris ses arguments précédents et s'est référé intégralement à sa précédente écriture.
35. Le 23 mai 2017, la chambre de céans a transmis cette écriture au recourant et, sur quoi, a gardé la cause 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 1^{er} 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. A teneur de l'art. 1 al. 1 de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20), les dispositions de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. Les modifications du 18 mars 2011 de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (révision 6a), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité.

Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références).

En l'espèce, au vu des faits pertinents jusqu'à la décision du 23 janvier 2017, le droit éventuel aux prestations doit être examiné en fonction des modifications de la

LAI, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 249/05 du 11 juillet 2006 consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322). Les dispositions légales seront citées ci-après dans leur teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2012.

4. Le délai de recours est de trente jours (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 (art. 62 ss LPA).
5. Le litige consiste à déterminer si c'est à bon droit que l'intimé a rejeté la nouvelle demande de prestations, plus particulièrement si le recourant comptait trois années de cotisation au moins lors de la survenance de l'invalidité.
6. a. 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. 2 et 3 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961; RAI - RS 831.201). 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 130 V 64 consid. 5.2.3; ATF 125 V 412 consid. 2b et ATF 117 V 198 consid. 4b ainsi que les références).

b. L'administration qui est saisie d'une nouvelle demande doit d'abord déterminer si les allégations de l'intéressé sont crédibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrer en matière. (ATF 117 V 198 consid. 3a; arrêt du Tribunal fédéral 9C_67/2009 du 22 octobre 2009 consid. 1.2). Lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande de prestations (cf. art. 87 al. 3 RAI), elle doit examiner la cause au plan matériel - soit en instruire tous les aspects médicaux et juridiques (arrêt du Tribunal fédéral 9C_142/2012 du 9 juillet 2012 consid. 4) - et s'assurer que la modification du degré d'invalidité rendue vraisemblable par l'assuré est effectivement survenue, comme si elle se prononçait pour la première fois sur le droit aux prestations. Si elle constate que les circonstances prévalant lors de la dernière décision entrée en force et reposant sur un examen matériel du droit à la rente (cf. ATF 133 V 108) ne se sont pas modifiées jusqu'au moment de la nouvelle décision, et que le degré d'invalidité n'a donc pas changé, elle rejette la nouvelle demande. Dans le cas contraire, elle est tenue d'examiner s'il y a désormais lieu de reconnaître un taux d'invalidité ouvrant le droit à une prestation ou augmentant celle-ci. En cas de recours, le même devoir d'examen matériel incombe au juge

(ATF 109 V 108 consid. 2; arrêt du Tribunal fédéral 9C_721/2014 du 16 juin 2015 consid. 3.1).

7. Lorsque l'assuré dépose une nouvelle demande de prestations, après que l'OAI lui a refusé tout droit à celle-ci dans un premier temps, l'examen matériel doit être effectué de manière analogue à celui d'un cas de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (ATF 133 V 108 consid. 5; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2; ATF 130 V 71 consid. 3.2; cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_899/2015 du 4 mars 2016 consid. 4.1).

L'art. 17 al. 1^{er} LPGA dispose que 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.

Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 134 V 131 consid. 3; ATF 130 V 343 consid. 3.5). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 141 V 9 consid. 2.3; ATF 112 V 371 consid. 2b; ATF 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les références). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2).

8. a. Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et cas échéant - en cas d'indices d'une modification des effets économiques - une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2; arrêt du Tribunal fédéral 9C_685/2011 du 6 mars 2012 consid. 5.1).

b. En l'espèce, l'OAI a refusé de reconnaître le recourant invalide en raison des séquelles de la poliomyélite par décision du 9 octobre 2007, entrée en force, l'arrêt du TCAS du 22 avril 2008 ayant rejeté le recours formé contre ladite décision. Puis, par décision du 13 juillet 2011 faisant suite à la nouvelle demande du 30 septembre

2009, l'intimé a admis que le recourant présentait une invalidité de 100 % depuis août 2007 en raison d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, et un trouble de la personnalité émotionnellement labile type borderline décompensé. Toutefois, il a nié le droit à une rente d'invalidité au motif qu'à l'issue du délai de carence d'une année, les conditions d'assurance n'étaient pas réalisées. Cette décision se basait notamment sur l'examen du Dr F_____ du 7 juillet 2010, le rapport de la Dresse E_____ du 4 juin 2009 et l'avis SMR du 19 février 2010 considérant qu'il n'y avait pas d'éléments médicaux sur le plan physique permettant de remettre en question son appréciation du 12 décembre 2006.

Etant donné que la décision du 13 juillet 2011 est la dernière décision ayant fait l'objet d'un examen matériel du droit à la rente avec constatation des faits pertinents, pour déterminer si et depuis quand le degré d'invalidité s'est modifié notablement par analogie avec l'art. 17 LPGA, il convient de comparer les faits existant au moment de la décision de refus de rente du 13 juillet 2011, entrée en force, avec les circonstances fondant la décision litigieuse du 23 janvier 2017.

Cette dernière décision repose d'un point de vue médical notamment sur le rapport d'expertise de la CRR du 2 février 2016 et le complément du 20 juin 2016. Par conséquent, avant de comparer la situation sur le plan médical existant au moment des deux décisions, il convient d'examiner si cette expertise a une valeur probante.

9. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 125 V 261 consid. 4). La tâche du médecin dans le cadre d'une révision de la rente selon l'art. 17 LPGA consiste avant tout à établir l'existence ou non d'une amélioration de l'état de santé de l'assuré en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale avec la situation au moment de son examen (ATF 125 V 369 consid. 2).
- b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), 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. A 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; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

c. 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. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

d. Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références).

e. 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).

10. Les parties ne contestent pas la valeur probante de l'expertise de la CRR et cela à juste titre, puisque l'expertise tient compte des pièces médicales, de l'anamnèse, des plaintes du recourant et des examens cliniques en neurologie, psychiatrie, médecine interne et médecine physique pour retenir une capacité de travail nulle du recourant du 19 septembre 2011 au 18 mars 2012 et de 50 % dans une activité adaptée dès le 19 mars 2012. S'agissant des nouveaux diagnostics, sans répercussion sur la capacité de travail, à savoir des douleurs des membres supérieurs non spécifiques et un antécédent de fracture tibia-péroné gauche ostéosynthésée, les experts expliquent que l'examen clinique ne révèle aucun argument en faveur d'une atteinte neurologique du système nerveux au niveau des membres supérieurs. Selon l'évaluation de l'appareil locomoteur, les douleurs desdits membres sont mal systématisées et n'ont pas de valeur incapacitante. Quant aux fractures du tibia et du péroné gauches, elles sont consolidées sur le Ct-scan du 15 mai 2014. Les experts précisent que, même si les diagnostics sont connus de longue date, il est probable que la période d'immobilisation consécutive à l'ostéosynthèse de la jambe gauche le 19 septembre 2011 ait favorisé un déconditionnement et diminué l'endurance du recourant. Ils expliquent dans le rapport complémentaire du 20 juin 2016 qu'il y a une péjoration de l'état physique

du recourant en lien avec l'atteinte neurologique connue, séquellaire à la poliomyélite et à ladite période d'immobilisation, les adaptations neuro-musculaires que le recourant pouvait mettre en place jusque-là au niveau du tronc ayant été dépassées en raison de la période d'inactivité, d'un déconditionnement et d'une prise pondérale. Au vu de la faiblesse de la musculature du tronc du recourant, qui doit s'aider de ses membres supérieurs pour se redresser alors qu'aucun traitement n'est susceptible d'améliorer la situation, la capacité de travail - qui était jugée entière dans une activité administrative - est diminuée de 50 % en lien avec une limitation fonctionnelle supplémentaire retenue en comparaison des évaluations antérieures du SMR, à savoir le maintien prolongé de la position assise. Par conséquent, ils motivent leurs conclusions et, conformément à la jurisprudence en matière de révision de rente, se prononcent sur l'évolution de l'état de santé du recourant depuis septembre 2009 et la décision de juillet 2011.

Dans son avis du 23 septembre 2016, le SMR considère que, selon les experts, le nouveau diagnostic d'antécédents de fracture du tibia et du péroné gauche est sans répercussion sur la capacité de travail, que celle-ci est diminuée de 50 % dans une activité adaptée en raison des limitations tant somatiques que psychiques et que, dans son rapport complémentaire du 20 juin 2016, le Dr J_____ confirme que l'aggravation de l'état de santé en lien avec une atteinte neurologique séquellaire de la poliomyélite et la fracture de la jambe gauche a été temporaire, soit jusqu'au 19 mars 2012. Puis, dans son addendum du 5 octobre 2016, le SMR est d'avis que la capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée n'est qu'une interprétation différente d'un même état de fait, de sorte que ses conclusions de 2011 restent valides, à savoir que la capacité de travail est nulle dans toute activité. Enfin, dans son avis du 19 décembre 2016, le SMR observe que les explications des experts attestent que seule l'aggravation des atteintes neurologiques entraîne une incapacité de travail de 50 % à la suite d'une fracture de la jambe gauche chez un assuré souffrant de séquelles de poliomyélite. Or, selon l'expertise de la CRR, le trouble dépressif récurrent est actuellement en rémission et le trouble de la personnalité n'est pas jugé incompatible avec une activité professionnelle. Bien que l'expert psychiatre ait conclu à une capacité de travail d'environ 50 % dans une activité de bureau ou d'accueil téléphonique, l'appréciation consensuelle n'a retenu aucune limitation de la capacité de travail sur le plan psychique. De plus, selon le rapport complémentaire d'expertise du 20 juin 2016, la capacité résiduelle de travail de 50 % depuis le 19 mars 2012 est justifiée par une péjoration de l'état physique du recourant en lien avec les séquelles de la poliomyélite et une période d'immobilisation due à la consolidation de la fracture de la jambe gauche avec déconditionnement et prise pondérale ne permettant plus au recourant de maintenir les adaptations neuromusculaires qu'il avait pu mettre en place jusque-là.

Par conséquent, le SMR a conclu à tort que la diminution de la capacité de travail de 50 % était également justifiée par des limitations sur le plan psychique. Il a également conclu à tort que la capacité de travail du recourant était nulle depuis

2011, puisque les experts ne retiennent pas d'incapacité de travail avant le 19 septembre 2011. Quoi qu'il en soit, en l'espace de deux mois et demi, le SMR a procédé à trois appréciations différentes des conclusions de l'expertise, soit à des évaluations contradictoires et pour la plupart erronées qui n'ont aucune valeur probante.

En définitive, aucun indice concret ne permet de douter de la valeur probante dudit rapport d'expertise et de son complément, de sorte que la chambre de céans suivra les conclusions des experts.

Dès lors, il apparaît que les circonstances se sont modifiées depuis la décision de juillet 2011, puisque les troubles psychiques du recourant n'entraînent plus d'incapacité de travail et que ce dernier présente une limitation supplémentaire sur le plan physique qui fait passer sa capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée de 100 % à 0 % du 19 septembre 2011 au 18 mars 2012, puis à 50 % dès le 19 mars 2012, respectivement une incapacité de gain d'au moins 40 % remplissant en principe les conditions du droit à une rente d'invalidité au plus tôt dès le 19 septembre 2012. Aussi, contrairement à ce que soutient le SMR, l'appréciation de la capacité de travail faite par les experts de la CRR ne correspond pas une interprétation différente d'un même état de fait.

11. En revanche, les parties s'opposent sur l'existence d'un nouveau cas d'assurance.

L'intimé considère que la capacité de travail de 50 % raisonnablement exigible dans une activité adaptée est due aux séquelles de la poliomyélite, soit à une aggravation d'un état préexistant qui ne crée pas un nouveau cas d'assurance. Pour sa part, le recourant soutient que sa capacité de travail n'a passé de 100 % à 50 % qu'à la suite de la fracture du tibia/péroné gauche, soit en raison des séquelles de ladite fracture qui constituent un nouveau cas d'assurance.

En l'espèce, il convient tout d'abord de rappeler que la décision du 9 octobre 2007 concernant le caractère invalidant des séquelles de la poliomyélite a nié au recourant le droit à une rente d'invalidité au regard de sa capacité de travail entière dans l'activité habituelle. Même si l'arrêt du TCAS du 22 avril 2008 a laissé ouverte la question de la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée, il a rejeté le recours au motif que les conditions d'assurance n'étaient quoi qu'il en soit pas réalisées - l'invalidité n'étant pas survenue une année après l'arrivée en Suisse -, et a confirmé la décision du 9 octobre 2007.

12. a. Selon l'art. 6 al. 2 LAI, les étrangers ont droit aux prestations, sous réserve de l'art. 9, al. 3, aussi longtemps qu'ils conservent leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPG) en Suisse, mais seulement s'ils comptent, lors de la survenance de l'invalidité, au moins une année entière de cotisations ou dix ans de résidence ininterrompue en Suisse.

En vertu de l'art. 36 al. 1 LAI, a droit à une rente ordinaire l'assuré qui, lors de la survenance de l'invalidité, compte trois années au moins de cotisations.

D'après l'art. 4 al. 2 LAI, l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération.

Le moment de la survenance de l'invalidité doit être déterminé objectivement, d'après l'état de santé; des facteurs externes fortuits n'ont pas d'importance. Il ne dépend en particulier ni de la date à laquelle une demande a été présentée, ni de celle à partir de laquelle une prestation a été requise, et ne coïncide pas non plus nécessairement avec le moment où l'assuré apprend, pour la première fois, que l'atteinte à sa santé peut ouvrir droit à des prestations d'assurance (ATF 140 V 246 consid. 6.1; ATF 126 V 5 consid. 2b; ATF 118 V 79 consid. 3a et les références).

b. La LAI ne repose pas sur une notion uniforme du cas d'assurance. Celui-ci doit être envisagé et déterminé par rapport à chaque prestation entrant concrètement en ligne de compte (« System des leistungsspezifischen Versicherungsfalles ») : il convient d'examiner pour chaque prestation pouvant entrer en considération selon les circonstances, au sens de l'art. 4 al. 2 LAI, quand l'atteinte à la santé est susceptible, de par sa nature et sa gravité, de fonder le droit à la prestation particulière (ATF 140 V 246 consid. 6.1; ATF 126 V 241 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 659/06 du 22 février 2007, in SVR 2008 IV n° 14 p. 41).

En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGGA) d'au moins 40 % en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGGA) à 40 % au moins, mais 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 LPGGA.

La survenance d'une atteinte à la santé totalement différente de celle qui prévalait au moment de la première demande de prestations et propre, par sa nature et sa gravité, à causer une incapacité de travail de 40 % au moins en moyenne sur une année a, compte tenu de l'absence de connexité matérielle avec la situation de fait prévalant au moment de la première demande de prestations, pour effet de créer un nouveau cas d'assurance (ATF 136 V 369 consid. 3.1 et les références; voir également l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_294/2013 du 20 août 2013 consid. 4.1 et les références, in SVR 2013 IV n° 45 p. 138).

Pour déterminer la force de chose jugée et la validité juridique y relative d'une décision négative refusant le droit à des prestations durables, il faut se référer à ses éléments de motivation. Si ceux-ci concernent les conditions d'assurance ou un état de fait limité dans le temps ne conduisant pas une modification ultérieure de la situation de fait, un réexamen de ces éléments à la suite de l'entrée en force est exclu, le droit aux prestations en tant que tel étant définitivement inexistant (ATF 136 V 369 consid. 3.1.2).

Lorsque l'augmentation du taux d'invalidité justifiant le passage à une rente plus élevée est la conséquence d'une aggravation de l'atteinte à la santé originale, il n'y

a pas de nouveau cas d'assurance (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 170/94 du 30 mai 1995). Dans cet arrêt, le litige avait trait au point de savoir si le passage de la demi-rente à la rente entière constituait un nouveau cas d'assurance et si celui-ci donnait lieu à un calcul comparatif. Le Tribunal fédéral des assurances, constatant que l'aggravation de l'invalidité n'était pas due à une atteinte à la santé complètement différente de celle existant à l'origine, a nié tout nouveau cas d'assurance (ATF 126 V 157 consid. 4).

c. Selon la CIIAI dans sa version valable depuis le 1^{er} janvier 2015, la survenance de l'invalidité ou du cas d'assurance est réalisée au moment où une prestation de l'AI est indiquée objectivement pour la première fois. Elle doit être déterminée séparément pour chaque catégorie de prestations (mesure professionnelle ou médicale, moyen auxiliaire, rente, etc.). Divers cas d'assurance peuvent exister pour la même atteinte à la santé (ch. 1028). L'aggravation d'une atteinte à la santé préexistante ne crée pas un nouveau cas d'assurance (ch. 1028.1). La survenance du cas d'assurance correspond, en règle générale, à l'ouverture du droit à la rente. L'ouverture du droit à une rente peut cependant déroger à cette règle, par exemple lors d'une demande tardive (ch. 1034).

13. A l'ATF 136 V 369, dans le cas d'une assurée s'étant vu refuser le droit à des prestations de l'assurance-invalidité (mesures de réadaptation et rente) par décision du 25 février 2008 - entrée en force après sa confirmation sur recours par arrêt du Tribunal cantonal des assurances sociales du 17 octobre 2008 -, au motif qu'elle présentait déjà les atteintes invalidantes lors de son arrivée en Suisse, le Tribunal fédéral a jugé que les conditions d'assurance ne pouvaient pas être réexaminées à l'occasion de la deuxième demande en février 2009, faute d'un nouveau cas d'assurance. Par arrêt du 13 janvier 2010, le Tribunal cantonal avait renvoyé la cause à l'office AI à cet effet considérant que dans le cadre de la première demande, la question de savoir si le cas d'assurance « invalidité » était déjà survenu avant l'arrivée en Suisse, en particulier l'existence d'un degré d'invalidité d'au moins 40 %, n'avait pas été jugée et décidée. La mention dans l'arrêt du 17 octobre 2008 que l'invalidité spécifique aux prestations était déjà survenue lors de l'arrivée en Suisse n'était pas exempte de contradictions. La décision du 25 février 2008 avait certes admis que les atteintes à la santé étaient déjà survenues lors de l'arrivée en Suisse. Toutefois, il n'y avait jamais eu de comparaison des revenus susceptible d'établir le degré d'invalidité. Le dispositif de l'arrêt du 17 octobre 2008 ne renvoyait pas aux considérants, de sorte que la motivation ne participait pas à la force de chose jugée. Avec ce constat, il avait simplement jugé à l'époque que l'assurée n'avait pas de droit à une rente, de sorte que ses considérations concernant les conditions d'assurance pouvaient être complétées ou même corrigées. Par la suite, la juridiction cantonale a apprécié les pièces médicales et est arrivée à la conclusion que sur leur base, il n'était pas possible de déterminer si, s'agissant de la nouvelle demande et au moment de la survenance de l'invalidité, l'assurée comptait au moins une année de cotisations.

Le Tribunal fédéral a considéré que le droit à une rente d'invalidité sous l'angle des conditions d'assurance de l'art. 6 al. 2 LAI forme l'objet du litige de la procédure close par l'arrêt du Tribunal cantonal. La juridiction cantonale, comme auparavant l'office AI, avait nié cet aspect du droit formel, respectivement un droit à la rente. La question de savoir si selon cette disposition, lors de la survenance de l'invalidité, la requérante a payé des cotisations au moins pendant une année entière ou si elle a séjourné de façon ininterrompue en Suisse pendant dix ans concerne un état de fait clos par la décision du 25 février 2008. L'arrêt du 17 octobre 2008 confirmant cet acte administratif est également entré en force en rapport avec l'élément de la motivation des conditions d'assurance de l'art. 6 al. 2 LAI.

14. Selon la jurisprudence suscitée (considérant 12) et en application des art. 4 al. 2, 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, pour qu'il y ait un premier cas d'assurance, il faut que l'assuré présente une atteinte à la santé propre, par sa nature et sa gravité, à causer une incapacité de travail de 40 % au moins en moyenne sur une année, respectivement à fonder le droit à une rente d'invalidité.

En l'espèce, la décision du 9 octobre 2007 de l'intimé refusant le droit à une rente d'invalidité au vu des séquelles de la poliomyélite est motivée par l'absence d'incapacité de travail dans l'activité exercée par le recourant en Algérie avant son arrivée en Suisse. Elle n'examine par la question des conditions d'assurance. Pour sa part, l'arrêt du TCAS du 22 avril 2008 rejette le recours en laissant ouverte la question de l'incapacité de gain du recourant et confirme l'absence de droit à la rente au motif que le recourant ne remplit pas les conditions d'assurance. Toutefois, il n'annule pas la décision du 9 octobre 2007.

Afin de déterminer s'il y a eu un premier cas d'assurance au moment de la décision du 9 octobre 2007, il convient d'examiner à titre préalable si le recourant présentait ou non une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne à cette époque, question qui avait été laissée ouverte par le TCAS.

La décision du 9 octobre 2007 repose sur les rapports du Dr B_____ des 30 juin 2006 et 2 juillet 2007, ainsi que sur les avis SMR des 12 décembre 2006 et 26 septembre 2007. Selon le Dr B_____, le recourant présentait une incapacité de travail de 50 % dans l'activité habituelle depuis le 16 février 2006, soit depuis le début du traitement et il était en mesure d'exercer un travail de type administratif en position assise à raison de quatre heures par jour depuis le 1^{er} août 2006. Il a motivé la limitation de la capacité de travail à 50 % par le fait que le recourant n'a aucun diplôme, que sa capacité de travail en Algérie a été totalement surévaluée et que dans un monde du travail avec des exigences telles qu'elles existent en Suisse, il ne retrouvera pas de poste, en particulier de secrétaire. Le recourant pouvait se lever, marcher lentement et péniblement sur ses cannes au maximum sur cent mètres. Ses handicaps physiques étaient lourds et limitants. D'après le SMR, la capacité de travail du recourant était entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, notamment avec marche limitée à deux cents mètres, pour autant que les déplacements au sein du bureau fussent limités au strict minimum.

En l'occurrence, le seul fait qu'une personne se déplace en béquilles et doive éviter le port de charges, les escaliers et la marche au-delà de cent ou deux cents mètres ne permet pas de considérer que dans une activité légère, elle a une capacité de travail réduite. L'avis contraire du Dr B _____ repose sur des considérations qui ne sont pas d'ordre médical, mais de nature socio-économique, dépourvues de pertinence quant à la question de la capacité résiduelle de travail et qui ne ressortissent pas à l'assurance-invalidité (cf. ATF 127 V 294). Par conséquent, faute d'élément médical permettant de douter des conclusions des avis SMR à la base de la décision du 9 octobre 2007, il convient de reconnaître à celles-ci une valeur probante et de retenir que la capacité de travail du recourant dans l'activité habituelle était entière lors de ladite décision. Aussi, contrairement à ce que soutient l'intimé, à l'époque de l'arrêt du TCAS du 22 avril 2008, il n'y a pas eu un premier cas d'assurance puisque, selon la décision du 9 octobre 2007, il n'existait pas de cause d'invalidité, faute d'incapacité de travail d'au moins 40 %.

En réalité, le premier cas d'assurance est survenu avec la décision du 13 juillet 2011 rejetant la nouvelle demande au motif que les conditions d'assurance n'étaient pas réalisées au moment de la survenance de l'invalidité reconnue entière et due au trouble dépressif récurrent épisode actuel moyen avec syndrome somatique, ainsi qu'au trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline.

Or, l'incapacité de travail d'au moins 40 % depuis le 19 septembre 2011 n'est pas en relation avec les troubles psychiques, respectivement avec le premier cas d'assurance, mais est due à une autre cause que celle existant en juillet 2011. En effet, selon les experts, l'incapacité de travail de 100 % du 19 septembre 2011 au 18 mars 2012 est provoquée par la fracture des tibia et péroné gauches ostéosynthésée, alors que l'incapacité de travail durable de 50 % depuis le 19 mars 2012 provient d'une faiblesse musculaires du tronc chez un patient qui doit s'aider des membres supérieurs pour se redresser quand on lui demande de se pencher en avant, faiblesse vraisemblablement due au fait que les adaptations neuromusculaires mises en place par le recourant jusqu'à ladite fracture ont été dépassées en lien avec la période d'inactivité, un déconditionnement et une prise pondérale.

Par ailleurs, il n'y a pas lieu de déterminer si, comme le soutient le SMR, l'incapacité de travail durable d'au moins 40 % est provoquée par l'aggravation des atteintes neurologiques à la suite d'une fracture de la jambe gauche chez un assuré souffrant de séquelles de poliomyélite ou si, comme le soutient le recourant, elle est en lien avec les séquelles de la fracture de la jambe gauche. En effet, dans la première hypothèse, le fait que la poliomyélite soit antérieure à l'arrivée en Suisse n'est pas déterminant puisqu'elle n'était pas invalidante jusqu'au 18 mars 2012, alors que dans la seconde hypothèse, l'incapacité de travail durable n'existait pas avant le 19 septembre 2011. Dès lors, dans les deux hypothèses, l'incapacité de travail durable d'au moins 40 % depuis le 19 septembre 2011 a créé un nouveau cas d'assurance, qui fait partir un nouveau délai de carence (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_294/2013 du 20 août 2013 consid. 4.2).

Or, à l'échéance du délai de carence d'une année depuis le début de l'incapacité de travail et de six mois depuis le dépôt de la nouvelle demande de rente, soit le 1^{er} mai 2014, le recourant satisfait aux conditions d'assurance, à savoir une année de cotisations, respectivement aux conditions permettant de prétendre à une rente ordinaire de l'assurance-invalidité, à savoir trois années de cotisations.

Par conséquent, l'intimé a rejeté à tort la nouvelle demande.

15. Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit en principe être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus (ATF 128 V 29 consid. 1; ATF 104 V 135 consid. 2a et 2b). Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité qui doit s'élever à un taux minimum de 40 % pour ouvrir un droit à la rente (art. 28 al. 1 let. b LAI).

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et ATF 128 V 174).

Selon la jurisprudence, le revenu hypothétique de la personne valide se détermine, en règle générale, en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible, raison pour laquelle il se déduit, en principe, du salaire réalisé par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 129 V 222 consid. 4.3. et la référence).

Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide, en fonction de ses connaissances professionnelles et des circonstances personnelles (RAMA 2000 n°U 400 p. 381 consid. 2a). Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Lorsque l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé repose sur des rapports de travail particulièrement stables, qu'elle met pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible et que le gain obtenu correspond au travail effectivement fourni et ne contient pas d'éléments de salaire social, c'est le revenu effectivement réalisé qui doit être pris en compte pour fixer le revenu d'invalide (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). En l'absence d'un

revenu effectivement réalisé - soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible -, le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) (ATF 139 V 592 consid. 2.3; ATF 135 V 297 consid. 5.2; ATF 129 V 472 consid. 4.2.1).

Ainsi, lorsqu'un assuré ne met pas à profit sa capacité de travail restante après l'atteinte à la santé, son revenu d'invalidé doit être calculé sur une base théorique et abstraite. Ce faisant, on ne saurait se fonder sur une seule activité déterminée ou sur un tout petit nombre seulement - quand bien même cette activité serait parfaitement adaptée aux limitations en cause - dès lors que rien ne permet de penser que ce revenu serait représentatif de celui que l'assuré pourrait obtenir sur le marché du travail équilibré entrant en considération pour lui (cf. ATF 129 V 472 consid. 4.2.2). Pour que le revenu d'invalidé corresponde aussi exactement que possible à celui que l'assuré pourrait réaliser en exerçant l'activité que l'on peut raisonnablement attendre de lui (cf. ATF 128 V 29 consid. 1), l'évaluation dudit revenu doit nécessairement reposer sur un choix large et représentatif d'activités adaptées au handicap de la personne assurée.

16. a. L'objet du litige dans la procédure administrative subséquente est le rapport juridique qui – dans le cadre de l'objet de la contestation déterminé par la décision – constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaqué (ATF 131 V 164 consid. 2.1; ATF 125 V 413 consid. 1b et 2 et les références citées).

La procédure juridictionnelle administrative peut être étendue, pour des motifs d'économie de procédure, à une question en état d'être jugée qui excède l'objet du litige, c'est-à-dire le rapport juridique visé par la décision, lorsque cette question est si étroitement liée à l'objet initial du litige que l'on peut parler d'un état de fait commun, et à la condition que l'administration se soit exprimée à son sujet dans un acte de procédure au moins (ATF 130 V 503; ATF 122 V 36 consid. 2a et les références). Le rapport juridique externe à l'objet de la contestation ne doit pas avoir fait l'objet d'une décision passée en force de chose jugée et les droits procéduraux des parties doivent être respectés (arrêt du Tribunal fédéral 9C_678/2011 du 4 janvier 2012 consid. 3.1).

b. En l'espèce, dans sa décision du 23 janvier 2017 – qui détermine l'objet de la contestation –, l'intimé admet l'existence d'un nouveau cas d'assurance s'agissant de la fracture du tibia et du péroné gauches, mais rejette la nouvelle demande au motif que l'incapacité de travail de plus de 40 % y relative a duré moins d'une année. S'agissant de l'incapacité de travail durable de 50 %, il considère qu'il s'agit d'une aggravation de l'atteinte principale préexistante qui ne crée pas un nouveau cas d'assurance. Dans son recours, le recourant conclut à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité. Or, la décision du 23 janvier 2017 examine uniquement le droit du recourant à une rente d'invalidité sous l'angle du nouveau cas d'assurance, sans

avoir instruit la situation économique du recourant avant et après son invalidité et sans calculer son degré d'invalidité. Même si la question du degré d'invalidité est liée à la question du nouveau cas d'assurance, l'intimé ne s'est à aucun moment prononcé sur le degré de l'invalidité.

Par conséquent, il convient de lui renvoyer la cause à cet effet et pour calcul des prestations qui seraient dues.

17. Le recourant invoque une violation de son droit d'être entendu et demande également que la chambre de céans ordonne la production de la notice du service juridique ayant servi de base à la décision sur le fond.

a. Selon l'art. 29 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst. - RS 101), toute personne a droit, dans une procédure judiciaire ou administrative, à ce que sa cause soit traitée équitablement et jugée dans un délai raisonnable (al. 1). Les parties ont le droit d'être entendues (al. 2).

L'art. 29 al. 2 Cst. garantit aux parties à une procédure judiciaire ou administrative le droit d'être entendues. La jurisprudence en a déduit, en particulier, le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 132 V 368 consid. 3.1 et les références).

Le juge peut renoncer à accomplir certains actes d'instruction, sans d'ailleurs que cela n'entraîne une violation du principe de la maxime inquisitoire ou une violation du droit d'être entendu, s'il est convaincu, en se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves, que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation (sur l'appréciation anticipée des preuves, cf. ATF 130 II 425 consid. 2.1 et les références). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (ATF 136 I 229 consid. 5.3; ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d).

b. En l'espèce, on peut se demander pourquoi les notes du service juridique ne seraient pas accessibles au recourant tout comme celles du SMR, puisque dans les deux cas elles éclairent le gestionnaire chargé d'établir la décision sur les éléments juridiques ou médicaux dont il a besoin pour statuer en pleine connaissance de cause. Toutefois cette question peut rester ouverte dès lors que la violation du droit d'être entendu invoquée porte sur un élément du dossier destiné à établir l'existence d'un nouveau cas d'assurance, nouveau cas qui, quoi qu'il en soit, est admis par la chambre de céans.

Pour les mêmes raisons, et par appréciation anticipée des preuves, il n'y a pas lieu de faire droit à la demande de production de ladite notice.

18. Au vu de ce qui précède, le recours est admis et la décision du 23 janvier 2017 est annulée. La cause est renvoyée à l'intimé pour calcul du degré d'invalidité et des prestations dues.

La recourant obtenant gain de cause et étant représenté, une indemnité de CHF 3'500.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

Etant donné que depuis le 1^{er} juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1^{bis} LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 500.-.

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet et annule la décision du 23 janvier 2017.
3. Renvoie la cause à l'intimé pour calcul du degré d'invalidité et des prestations qui seraient dues.
4. Condamne l'intimé à verser au recourant une indemnité de CHF 3'500.- à titre de participation à ses frais et dépens.
5. Met un émolument de CHF 500.- à la charge de l'intimé.
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