

## **GE\_GERICHTE A/2085/2008 vom 15. April 2009**

GE Cour de justice, 2009-04-15, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_2085\\_2008](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2085_2008)

FR: GE\_GERICHTE A/2085/2008 du 15 avril 2009

IT: GE\_GERICHTE A/2085/2008 del 15 aprile 2009

### **Volltext**

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 15.04.2009  
A/2085/2008

A/2085/2008 ATAS/431/2009 du 15.04.2009 ( AI ) , PARTIELMNT ADMIS En fait En droit RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/2085/2008 ATAS/431/2009 ARRET DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES Chambre 4 du 15 avril 2009 En la cause Monsieur J \_\_\_\_\_, domicilié à CAROUGE, représenté par PROTEKTA Assurance de protection juridique SA recourant contre OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue de Lyon 97, Genève intimé EN FAIT Monsieur J \_\_\_\_\_, né en 1961, séparé, père de deux enfants, a effectué des études de mathématiques, physique et chimie à l'Université de Grenoble, sans obtenir de diplôme universitaire. Il est au bénéfice d'un brevet de technicien supérieur en protection de la nature, obtenu en 1986. Il a exercé diverses activités journalistiques, de relations publiques dans un bureau d'ingénieurs spécialisés dans les économies d'énergie et au service de l'information, en tant que volontaire des Nations-unies, unité de coordination de l'aide humanitaire à Luanda, en Angola, de 1995 à 1997. L'assuré a connu diverses périodes de chômage, dès le 25 août 1997, puis dès le 3 avril 2000 et à nouveau dès le 1 er janvier 2004. Du 1 er mars 2001 au 31 décembre 2003, l'assuré a travaillé comme éditeur web auprès de X \_\_\_\_\_, au bénéfice d'un contrat temporaire. Son salaire était de 6'103 fr. par mois depuis le 1 er janvier 2003, pour une activité à 80%, à savoir 4 jours par semaine depuis le 1 er mars 2001. Souffrant de troubles psychiques, l'intéressé à été en incapacité de travail oscillant entre 100% et 50% du 7 avril 2003 au 31 décembre 2003. Depuis le 1 er janvier 2004, il est en incapacité de travail à 100%. L'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après OCAI) en date du 27 août 2004, visant à l'octroi d'une orientation professionnelle et/ou d'une rente. Dans un rapport adressé à l'OCAI en date du 13 octobre 2004, la Dresse L \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, a diagnostiqué une dépression très sévère (limite psychotique) avec anxiété majeure, existant depuis 2003. Elle a confirmé les incapacités de travail pour la période du 7 avril 2003 au 31 décembre 2003 et attesté d'une nouvelle incapacité de travail de 100% dès le 1 er janvier 2004. L'état de santé de l'assuré s'aggravait, il présentait une anxiété majeure avec un état dépressif de longue date, décompensé suite à des difficultés familiales et professionnelles, avec une aggravation permanente depuis 2003. Elle mentionnait que son patient était en psychothérapie chez le Dr M \_\_\_\_\_ au CTB de Genève, qu'il prenait des médicaments antidépresseurs et que le pronostic était très réservé. Dans l'annexe au rapport médical concernant la réinsertion professionnelle, elle indiquait que le patient était incapable de travailler dans son activité et qu'actuellement on ne pouvait exiger du patient qu'il exerce une autre activité, vu son état psychique. Dans le rapport médical à l'attention de l'OCAI établi en date du 27 juin 2005, le Dr M \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, n'a pas mentionné de diagnostic, mais a

indiqué que l'état de santé de l'assuré s'améliorait, que la capacité de travail pouvait être améliorée par des mesures médicales et que des mesures professionnelles étaient indiquées. Il a joint deux rapports de consultation de psychopharmacologie clinique de la clinique de Belle-Idée, un rapport de la consultation du sommeil du 26 novembre 2003 et un rapport de polysomnographie du 5 décembre 2003. Dans un rapport du 12 mars 2004 adressé à la Dresse L \_\_\_\_\_, la clinique genevoise de Montana indique que l'assuré a séjourné dans leur établissement du 16 février au 8 mars 2004 pour un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen à sévère. Au titre des comorbidités sont mentionnés notamment un trouble mixte de la personnalité, des acouphènes et un status post-bronchite à répétition. Un examen neuropsychologique a été organisé en date du 1<sup>er</sup> mars 2004 qui s'est révélé tout à fait normal, en particulier dans l'évaluation des fonctions cognitives comme dans les capacités mnésiques. Le 28 juin 2004, le département de psychiatre des HUG, CTB Jonction, a adressé au Dr M \_\_\_\_\_ un résumé d'intervention dans le cadre d'une prise en soins du 19 avril 2004 au 18 juin 2004. La Dresse N \_\_\_\_\_, cheffe de clinique, a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques et un trouble de la personnalité sans précision. Le patient a bénéficié d'un programme de crise, comprenant des entretiens médicaux et infirmiers, une possibilité d'appel 24 heures sur 24, des activités thérapeutiques avec participation au groupe crise, groupe accueil et psychomotricité. L'évolution clinique est favorable avec une amélioration de la symptomatologie anxio-dépressive. Le travail psychothérapeutique est assuré par le Dr M \_\_\_\_\_. Le département de psychiatrie secteur 2 Jonction programme dépression a établi un rapport de bilan admission en date du 11 octobre 2004, où les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel en rémission partielle et personnalité obsessionnelle ont été posés au sens de la CIM-10. Les Drs O \_\_\_\_\_, médecin adjoint agrégé, responsable de secteur, et P \_\_\_\_\_, chef de clinique, ont indiqué dans la discussion du cas que ce patient présente un trouble dépressif récurrent dont le premier épisode date sans doute de 1997. L'épisode actuel est en rémission partielle, le début de cet épisode date d'avril 2004 et est en relation avec un grave conflit de couple. Au titre des comorbidités, les médecins ont noté la présence de traits de personnalité obsessionnelle et paranoïaque. Depuis longtemps, le patient a une préoccupation pour les détails et l'ordre, il a une attitude extrêmement conformiste et fait preuve d'une grande méticulosité. Il a eu à une reprise au moins l'impression que quelqu'un imposait ses pensées et se sent souvent concerné par les bruits de sirènes ou d'hélicoptères. Sur le plan thérapeutique, le suivi psychothérapeutique actuel et le traitement antidépresseur administré ont permis une amélioration de son état dépressif et de son trouble de la personnalité. Dans un rapport du 27 juin 2005 adressé à l'OCAI, le Dr M \_\_\_\_\_ a diagnostiqué un état dépressivo-anxieux majeur avec risque suicidaire élevé chez un patient présentant un grave trouble de la personnalité. Cet état existe ouvertement depuis de nombreuses années, probablement depuis l'adolescence, mais remonte en fait à la construction de sa personnalité dans la toute petite enfance. Il est allé en s'aggravant particulièrement ces trois dernières années. S'agissant de l'incapacité de travail, le médecin indique qu'il n'a pas fait lui-même les certificats et qu'il n'est pas en mesure de donner des informations exactes. Il renvoyait au médecin généraliste, la Dresse L \_\_\_\_\_. Il relevait qu'avant même que son incapacité commence, le patient travaillait dans un poste à 80% pour lequel il était confronté à ses limites. Répondant au questionnaire complémentaire pour troubles psychiques, le médecin indique que l'assuré présente un trouble psychique depuis trois ans, de manière manifeste, sous forme d'anxiété majeure, ruminations dépressives et suicidaires,

retrait social chez un borderline grave avec noyau paranoïde important et défenses obsessionnelles dominant le tableau. Concernant la question de savoir si il y a surmenage, le médecin répond que si surmenage il y a, il est tout d'abord interne tant le patient est occupé en permanence à contrôler ses pensées et tout affect qui pourrait surgir. Le peu d'énergie qui lui reste ne suffit plus à lui permettre de gérer son quotidien et une activité professionnelle. Il présente d'importants troubles de mémorisation et de concentration. Le trouble majeur de personnalité est déterminant et préexiste depuis longtemps puisqu'il remonte à la petite enfance et à la première relation à la mère. La décompensation en cours est le résultat de l'épuisement du patient et de ses défenses. L'activité professionnelle exercée a participé à l'épuisement. Actuellement, l'incapacité de travail est de 100%. Le médecin indique qu'à moyen et long terme, la capacité de travail sera améliorée par la poursuite du traitement antidépresseur conjointement avec la poursuite serrée de la psychothérapie. Des mesures d'orientation professionnelle et d'évaluation des acquis non certifiés permettraient de rediriger le patient, le moment venu, vers une activité professionnelle plus adaptée à ses capacités. L'évolution est globalement et lentement favorable, même si elle est fragile, constamment menacée de rupture, voire d'un passage à l'acte suicidaire. Parallèlement le patient perçoit que c'est pour lui le seul chemin pour parvenir à exister pour et par lui-même. Le pronostic est donc lentement favorable même s'il est constamment menacé comme expliqué plus haut. Dans son rapport du 1<sup>er</sup> août 2005, la Dresse L. \_\_\_\_\_ indique que l'état de santé est légèrement amélioré. L'évolution est lentement favorable mais il n'est pas question de travailler à plein temps pour le moment. Une reprise à 50% sera discutée par le psychiatre dès que possible. Dans un avis du 11 avril 2006, le SMR Suisse romande s'interrogeait sur la réelle capacité de travail de l'assuré, dès lors que si la description des troubles était convaincante, le début de l'incapacité de travail à 100% se situait juste à la fin du dernier contrat et les derniers rapports faisaient état d'une amélioration. Il a préconisé d'organiser une expertise psychiatrique. A la demande de l'OCAI, le Dr Q \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a expertisé l'assuré en date du 5 février 2007. Dans son rapport du 6 février 2007, l'expert relève au status psychiatrique la présence d'une tension et d'une anxiété légère, une thymie légèrement déprimée, une absence de tristesse franche et de pleurs. Il n'y a pas de ralentissement psychomoteur. La vigilance est légèrement accrue, la tension et la concentration et la mémoire sont sans particularité. L'assuré parle volontiers, le discours est clair et informatif. Il n'y a pas de bizarrerie dans le comportement, pas de retrait social, ni d'élément de la lignée psychotique. L'expert n'a retenu aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail, mais un trouble mixte de la personnalité et une dysthymie. Dans l'appréciation du cas et pronostic, l'expert relève que divers éléments permettent de poser le diagnostic de trouble mixte de la personnalité selon le critère de la CIM-10 ceci d'autant plus que l'assuré fait remonter sa souffrance psychique dès l'âge de l'adolescence. Cela étant, le trouble de la personnalité a été relativement bien compensé si l'on analyse la biographie professionnelle. Bien que l'assuré dise avoir toujours été angoissé, il a été à même de terminer une formation universitaire et d'effectuer son service militaire. Ce n'est que plus tard que son parcours professionnel est ponctué d'une symptomatologie anxieuse accrue et à partir de 2003 on relève la présence d'incapacités de travail totales ou partielles qui deviendront définitive à partir de la fin de la même année. Les éléments et la symptomatologie anxio-dépressive se sont renforcés mutuellement et marquent le moment de la décompensation du trouble de la personnalité à l'origine d'une incapacité de travail. Le suivi auprès du Dr M \_\_\_\_\_ sera régulier, jusqu'à au décès de

ce dernier en septembre 2006. Depuis lors, il est suivi par un autre psychiatre, le Dr R\_\_\_\_\_, à la fréquence d'une fois par semaine. Depuis six mois, l'assuré relève une amélioration de son état psychique, en particulier la diminution des ruminations, l'acquisition d'une meilleure confiance en lui et la diminution de la tristesse. Actuellement, il présente une symptomatologie compatible avec une dysthymie. Les éléments potentiellement limitatifs pour l'exercice de l'activité professionnelle en relation avec un trouble de l'humeur, c'est-à-dire un état dépressif, la diminution de l'énergie, dont la fatigue à laquelle l'assuré fait allusion, sont insuffisamment marqués pour être incapacitants. Un autre aspect de la souffrance psychique de l'assuré est une anxiété, une des conséquences du trouble de la personnalité. Elle est présente en permanence et plus accentuée le matin. L'anxiété est de type psychotique, mais il n'y a pas de déstructuration psychique, le discours est clair et cohérent. Il ne prend pas d'anxiolytiques pendant la journée de crainte qu'une dépendance plus importante se mette en place et refuse de prendre un traitement anxiolytique non benzodiazépinique comme le Zyprexa qui est un neuroleptique. L'expert estime qu'une anxiolyse adéquate diminuerait la souffrance de l'assuré. En résumé, l'expert indique qu'il s'agit d'une personne qui présente un trouble mixte de la personnalité qui n'est pas incapacitant en soi mais qui s'est décomposé sur un mode dépressif et anxieux à partir de 2003 et de manière continue à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2004. L'assuré relève une amélioration il y a six mois environ, la Dre L\_\_\_\_\_ envisage la possibilité d'une reprise à 50% en 2006 et l'expert estime qu'actuellement, autant sur le plan anxieux que sur le plan de la dépression, la capacité de travail est totale dans l'activité habituelle de rédacteur dans le domaine de la communication. Un traitement anxiolytique adéquat permettrait une amélioration sur le plan de l'anxiété et une meilleure protection contre d'éventuelles décompensations à l'avenir et peut être raisonnablement exigé de la part de l'assuré. Actuellement il n'y a pas de limitations fonctionnelles susceptibles de limiter la capacité de travail qui est totale dans l'activité habituelle, à 100%, sans diminution de rendement en l'absence de ralentissement psychomoteur, de troubles de la concentration et de troubles de la mémoire. Cette capacité de travail totale a été recouvrée à partir du 1<sup>er</sup> septembre 2006. D'autre part, malgré ses troubles psychiques, l'assuré est capable de s'adapter à son environnement professionnel. L'expert relève que l'anamnèse dirigée n'a pas permis de déterminer avec précision les étapes de la récupération de la capacité de travail, raison pour laquelle il a fait figurer une incapacité de travail totale jusqu'au 31 août 2006 et une récupération de la capacité de travail totale à partir du 1<sup>er</sup> septembre de la même année. Lors de l'enquête ménagère du 18 octobre 2007, l'assuré a indiqué qu'en bonne santé, il travaillerait à 80%, en précisant que ce temps partiel est nécessaire pour qu'il puisse se reposer suite à ses problèmes psychiques et surtout pour pouvoir s'occuper de ses enfants et d'être présent pour eux le mercredi par exemple ce qui est primordial pour lui. La collaboratrice de l'OCAI a donc évalué les empêchements dans le ménage pour les 20% restant. Le 12 novembre 2007, l'OCAI a notifié au mandataire de l'assuré un projet d'acceptation de rente aux termes duquel depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2004 sa capacité de travail était considérablement restreinte, donnant droit à une rente entière d'invalidité à hauteur de 84% dès le 1<sup>er</sup> janvier 2005 au 31 décembre 2005 et de 82% du 1<sup>er</sup> janvier 2006 au 30 novembre 2006. Dès le 1<sup>er</sup> décembre 2006, le droit à la rente est supprimé, dès lors que depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2006, il ne présente plus qu'un degré d'invalidité de 2%. Par courrier du 11 décembre 2007, l'assuré a contesté le degré d'invalidité de 80% mais non pas le principe de la rente entière pour 2005 et 2006. Il invoque le fait qu'en raison de son handicap il a eu dès son adolescence du mal à entrer dans le monde du travail d'une part, et

à y rester, d'autre part. Pour y rester il a notamment dû s'astreindre à des activités à temps partiel pour pouvoir récupérer le reste du temps et continuer à faire face. Il lui semble donc logique d'admettre l'octroi d'une rente sur la base d'un degré d'invalidité de 100% et non pas de 80%. Ensuite, il conteste le refus de rente dès le 1<sup>er</sup> janvier 2007 dès lors que sa capacité de travail continue à être nulle, ceci pour une durée indéterminée. Il conteste des éléments relevés par l'expert, à savoir le succès dans ses études universitaires ou le fait qu'il a effectué son service militaire. Il reproche à l'expert de n'avoir pas mentionné que ses études universitaires ont été une catastrophe, qu'il n'a obtenu aucun diplôme ni qu'il a eu de la chance - dans le cadre de son service militaire accompli en France - de tomber sur un encadrement compréhensif qui l'a laissé tranquille pendant son service. Si une légère amélioration de son état de santé a été décrite dès l'été 2006, l'expert omet de manière flagrante de préciser que cet état a recommencé à se dégrader sérieusement en automne de la même année. Quant à l'affirmation selon laquelle il s'oppose à la prise d'anxiolytiques non benzodiazépines, alors que c'est tout à fait le contraire, il désire ardemment sortir de la terrible dépendance induite par les benzodiazépines, mais ceci exige un sevrage qu'il a tenté à plusieurs reprises sans succès. S'agissant du fait qu'il a diminué la dose d'antidépresseurs, ce n'est pas forcément la preuve que son état de santé se soit amélioré. C'est le résultat à la fois de sa volonté de réduire les doses de médicaments, qu'il considère comme du poison, et de sa prise de conscience qu'il avait largement surdosé l'antidépresseur. Concernant la diminution du rendement, il indique qu'il y a diminution du rendement puisqu'il n'arrivait plus à faire face à ses obligations professionnelles, qu'il souffrait de troubles de la concentration, d'angoisses qui l'empêchaient de dormir et qui le mettaient « au tapis » pendant la journée. D'autre part, l'expert ne fait nulle part mention de ses multiples et constants efforts pour chercher à évacuer sa souffrance quotidienne et escamote les centaines de séances ou stages auxquels il a participé volontairement, souvent sans remboursement de la part de l'assurance-maladie. Quant à la solution miracle proposée par l'expert, à savoir le bourrer d'anxiolytiques et le replonger dans le monde du travail sans aucun appui, elle apparaît comme totalement absurde, inhumaine et contreproductive. L'assuré relève qu'il ne tient absolument pas à vivre d'une rente AI à vie, que son objectif est de recouvrer aussi vite que possible un équilibre psychique et une énergie vitale qui lui permettront alors tout naturellement de vivre d'une façon autonome à long terme. Dans ce contexte, il espère pouvoir profiter d'un accompagnement professionnel adéquat pour sa réinsertion professionnelle, dès que son état psychique le permettra. Il a produit une attestation médicale établie par le Dr S \_\_\_\_\_ du Centre médical de Meyrin en date du 4 décembre 2007. Ce médecin certifie avoir à sa consultation d'acupuncture le patient depuis le 21 décembre 2004, de manière très régulière. Il s'agit d'une thérapie de soutien entreprise conjointement à la psychothérapie qu'il suit depuis plusieurs années. Selon ce médecin, les troubles que présente le patient ne lui permettent pas d'entreprendre une activité professionnelle et il doit par ailleurs continuer à suivre régulièrement ses traitements. Madame K \_\_\_\_\_, psychothérapeute, a attesté en date du 3 décembre 2007 que l'assuré a participé de février 2002 à février 2007 à douze séminaires résidentiels de psychothérapie psychocorporelle et émotionnelle et qu'il a suivi une thérapie de groupe hebdomadaire pendant deux ans et demi de septembre 2004 au printemps 2007. Les traitements, la psychothérapie, les séminaires, le groupe ont certes soutenu ou soutiennent le patient, mais ne semblent pas pouvoir améliorer sensiblement son état. Il présente toujours aujourd'hui un trouble dépressif et des troubles de la personnalité importants qui engendrent une très grande souffrance et le handicapent pour trouver une place dans la société. Il ne semble pas

capable de reprendre un travail. La Dresse L\_\_\_\_\_ a établi un rapport en date du 5 décembre 2007 aux termes duquel elle se déclare tout à fait surprise de constater dans le rapport d'expertise que tout à coup la capacité de travail de son patient est totalement récupérée, ce qui selon ses observations ne correspond pas à la réalité. En effet, si une lente amélioration a été constatée durant la période où le patient a été suivi par son psychiatre, le Dr M\_\_\_\_\_, cela ne le rendait pas encore capable de reprendre une activité professionnelle, ce qu'elle avait d'ailleurs évoqué dans son rapport d'août 2005 à l'AI. Suite au décès du Dr M\_\_\_\_\_ en septembre 2006 ainsi qu'à des problèmes familiaux, une nouvelle aggravation de l'état anxio-dépressif avec pensées suicidaires a été constatée, par le nouveau psychiatre, le Dr R\_\_\_\_\_. L'état anxieux est très important et permanent, l'amenant à un certain degré de confusion mentale, de troubles de la mémoire et de concentration qui ne semblent pas compatibles avec une activité professionnelle régulière, surtout que dans ce cas il s'agit d'activités demandant une capacité cérébrale correcte. Cette aggravation s'est manifestée depuis l'automne 2006 et s'est poursuivie durant toute l'année 2007, jusqu'à ce jour. Bien qu'on puisse espérer à long terme une amélioration permettant un jour une reprise de travail, il ne semble pas possible de l'envisager actuellement. S'agissant du traitement médicamenteux, la Dresse L\_\_\_\_\_ laissait le psychiatre actuel en débattre. Le Dr R\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a établi un rapport en date du 4 décembre 2007. Ce médecin indique qu'il est le psychiatre traitant de l'assuré depuis le mois de novembre 2006. Dans les constatations objectives, il mentionne un patient fonctionnant en permanence sur le thème des plaintes sur son état, les autres, les obstacles à surmonter. Toute contrainte de temps augmente son angoisse et il a beaucoup de peine à remettre en question son mode de fonctionnement. Seule la relation avec ses enfants semble source de plaisir, mais il en est privé la majeure partie du temps. Il n'a pas de propension à l'action et à la performance, pas d'investissement dans le travail, des difficultés à prendre une décision puis à s'y tenir, pas d'affirmation de soi sauf dans sa lutte avec son ex-épouse. Il a constaté un sentiment de révolte et un grand sentiment d'injustice. Le traitement actuel est donné sous forme d'antidépresseurs et anxiolytiques. Un essai de réduire la dose de benzodiazépines s'est soldé par un échec. Le patient est en incapacité de travail totale depuis plusieurs années. Il présente un trouble dépressif, mais ce sont essentiellement les troubles de la personnalité qui le handicapent pour travailler, ainsi que la difficulté à affronter la réalité et s'y adapter. Le trouble de personnalité important de ce patient entraîne une souffrance psychologique intense et diminue significativement ses capacités de fonctionnement social et surtout professionnel, ainsi que les difficultés d'adaptation. A noter que le patient est intimement convaincu que son comportement est le meilleur possible. Le pronostic est défavorable vu l'ancienneté des troubles. Le traitement antidépresseur est essentiellement palliatif et non curateur et l'incapacité de travail est de 100% pour une durée indéterminée. L'assuré a produit encore d'autres attestations établies par divers thérapeutes. Dans un avis du 7 février 2008, le Dr T\_\_\_\_\_ du SMR, titulaire d'un FMH en médecine interne, considère que la documentation rapportée ne permet pas de mettre en évidence de faits nouveaux ou des faits qui n'aient été préalablement examinés par l'expertise approfondie du Dr Q\_\_\_\_\_. Cette expertise doit être favorisée par rapport à celle du médecin traitant. Le SMR souligne par ailleurs que dans son courrier du 11 décembre 2007, l'assuré, en reprenant et en contestant le rapport du Dr Q\_\_\_\_\_, fait preuve d'une affirmation de soi remarquable cadrant parfaitement avec le sentiment de révolte décrit dans le rapport du Dr R\_\_\_\_\_ et qu'il a présenté assez d'énergie pour obtenir de la part de nombreux intervenants des attestations lui étant favorables. Par

décision du 13 mai 2008, l'OCAI a notifié à l'assuré une décision de rente conforme à son projet, au motif que les diverses attestations produites n'apportent aucun élément médical nouveau permettant de revenir sur ledit projet. Par l'intermédiaire de PROTEKTA, Assurance de protection juridique SA, l'assuré interjette recours en date du 10 août 2008. Il conteste les conclusions de l'expertise du Dr Q\_\_\_\_\_ dans la mesure où ce dernier retient un trouble mixte de la personnalité ainsi qu'une dysthymie sans répercussion sur la capacité de travail. Il produit un certificat médical du Dr R\_\_\_\_\_ du 5 juin 2008, dans lequel ce dernier a diagnostiqué un trouble affectif bipolaire II avec humeur dépressive, perte d'intérêt, fatigue chronique, trouble du sommeil, ralentissement, perte d'énergie, trouble de la concentration, pensées suicidaires ainsi que la présence anamnétique d'un épisode hypomaniaque avec irritabilité et augmentation de l'activité. Ce nouveau diagnostic était inconnu lorsque le Dr Q\_\_\_\_\_ s'est prononcé sur des atteintes à sa santé ainsi que leurs répercussions sur sa capacité de travail résiduelle. Selon le recourant, le rapport d'expertise ne peut jouir d'une valeur probante. Il conclut à l'octroi d'une rente entière d'invalidité au-delà du 30 novembre 2006, subsidiairement au renvoi du dossier pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise. Dans sa réponse du 14 juillet 2008, l'OCAI se réfère aux conclusions du rapport d'expertise qui revêt toute valeur probante au sens de la jurisprudence, le nouveau diagnostic posé par le médecin traitant ne permettant de mettre en doute ladite valeur probante. Il se fonde également sur les avis du SMR, dans lequel ce dernier a développé les raisons pour lesquelles il n'y avait pas lieu de s'écarter des conclusions de l'expertise. Par courrier du 14 octobre 2008, le Tribunal de céans a communiqué au Dr Q\_\_\_\_\_ les deux rapports du Dr R\_\_\_\_\_ et l'a invité à lui faire savoir si leur contenu était susceptible d'admettre une aggravation de l'état de santé du recourant et de modifier ses conclusions quant à la capacité de travail. Dans sa réponse du 20 octobre 2008, le Dr Q\_\_\_\_\_ indique que lorsque le Dr R\_\_\_\_\_ fait état dans son rapport du 4 décembre 2007 que l'évolution n'est pas favorable, cela contredit les dires de l'assuré au cours de l'entretien d'expertise du 5 février 2007. Quant aux plaintes de l'assuré, elles sont superposables à celles qui figurent dans son rapport d'expertise. Les constatations objectives du Dr R\_\_\_\_\_ figurant dans son rapport du 4 décembre 2007 ne permettent pas de confirmer ou d'infirmer les dires de l'assuré et elles restituent en partie des plaintes. La médication n'a pas été augmentée. Pour le Dr Q\_\_\_\_\_, le rapport psychiatrique du 4 décembre 2007 n'est pas susceptible d'admettre une aggravation du trouble de la personnalité et n'est pas de nature non plus à modifier les conclusions concernant la capacité de travail. S'agissant de l'attestation du 5 juin 2008, les constatations objectives permettent d'admettre une aggravation sur le plan de la dépression et sont susceptibles d'être à l'origine d'une diminution de la capacité de travail. En revanche, il ne rejoint pas l'avis du Dr R\_\_\_\_\_ sur le plan de la suspicion de trouble affectif bipolaire II, dès lors qu'il n'est pas ressorti à l'anamnèse au cours de l'entretien d'expertise d'épisodes hypomaniaques dans le passé. Le 7 novembre 2008, le recourant a informé le Tribunal qu'il n'avait pas de commentaire à formuler quant au courrier du Dr Q\_\_\_\_\_ et a produit une copie d'un rapport établi en date du 16 octobre 2008 par les Drs U\_\_\_\_\_, médecin adjoint agrégé, et V\_\_\_\_\_, chef de clinique scientifique, du Département de psychiatrie secteur 2 - Jonction, programme des troubles bipolaires. Il en résulte que l'anamnèse psychiatrique n'a pas permis de mettre en évidence des épisodes hypomaniaques et il n'y a donc aucun élément évocateur pour un trouble bipolaire. En revanche, elle a révélé l'existence d'un trouble récurrent ayant probablement débuté dans l'adolescence. L'évaluation psychiatrique actuelle met en évidence d'un épisode dépressif majeur caractérisé par une anhédonie, des

idées récurrentes d'échec et d'autodépréciation, un sentiment de désespoir accompagné d'idéation suicidaire transitoire. Cet épisode a répondu partiellement au traitement d'Efexor repris au mois de mars 2008. Le patient présente également de longue date un trouble anxieux persistant pouvant évoquer une anxiété généralisée. Cette symptomatologie anxieuse peut entrer dans le cadre d'un trouble de la personnalité complexe évoqué dans les rapports psychiatriques des différents médecins psychiatres ayant évalué le patient précédemment. Les médecins relèvent que le trouble thymique du patient semble difficile à traiter étant donné la persistance sur le long cours d'une humeur dépressive persistante et d'un état d'anxiété important. Au vu de la persistance de la symptomatologie dépressive importante, les médecins ont proposé d'augmenter le traitement antidépresseur d'Efexor à 300 mg/j. et, en cas de réponse insatisfaisante, d'introduire éventuellement du lithium. Enfin, une consultation spécialisée au programme dépression des HUG pourrait être effectuée si l'évolution devait rester défavorable. Invité à se déterminer, l'OCAI, dans sa réponse du 4 décembre 2008, s'est rallié à l'avis du SMR du 18 novembre 2008, selon lequel il n'est pas possible de retenir une aggravation du trouble de la personnalité, ni d'aggravation de la dépression qui est vraisemblablement secondaire à la décision du 13 mai 2008, et partant, pas susceptible d'être durable. Dans ses dernières écritures, le recourant persiste dans ses conclusions et joint un rapport du Dr R\_\_\_\_\_ du 8 janvier 2009 attestant que son état de santé s'est aggravé depuis mars 2008 et que le dosage du traitement a dû être progressivement augmenté, avec introduction de Zyprexa depuis janvier 2009. Le patient reste néanmoins déprimé et anxieux. Le pronostic est défavorable. Ces écritures ont été communiquées à l'OCAI le 3 février 2009. Sur quoi, la cause a été gardée à juger. EN DROIT Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. La LPGA, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003, est applicable à la présente procédure. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 229 consid. 1.1 et les références). En particulier, les dispositions de la nouvelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4<sup>e</sup> révision), entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2004 (RO 2003 3852), et celles de la nouvelle du 6 octobre 2006 (5<sup>e</sup> révision), entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2008, sont régies par ce principe. D'autre part, le juge des assurances sociales se doit, en règle générale, d'apprécier la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références citées). En l'espèce, les faits déterminants s'étant réalisés en partie avant et en partie après l'entrée en vigueur de la nouvelle du 6 octobre 2006, le droit aux prestations doit être examiné au regard de l'ancien droit pour ce qui concerne les faits survenus avant le 31 décembre 2007 et au regard de la nouvelle réglementation légale pour les faits survenus après cette date, ce qui demeure sans importance dans le cas présent, vu que les normes ad hoc n'ont pas fait l'objet d'une modification. Interjeté dans les forme et délai prescrits, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA). L'objet du litige consiste à déterminer si l'intimé était en droit de supprimer la rente entière d'invalidité du recourant à compter du 1<sup>er</sup> décembre 2006. Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1

LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a, 105 V 207 consid. 2). Selon l'art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur du 1<sup>er</sup> janvier 2004 au 31 décembre 2007 (art. 28 al. 2 LAI dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008), l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins. Selon 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. S'agissant du droit à une rente, la survenance de l'invalidité se situe au moment où il prend naissance, conformément à l'art. 29 al. 1 LAI dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, soit dès que l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40% au moins ou dès qu'il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable, mais au plus tôt le premier jour du mois qui suit le dix-huitième anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 2 aLAI ; ATF 126 V 5 consid. 2b et les références). Il y a interruption notable de l'incapacité de travail au sens de l'art. 29 al. 1 LAI, lorsque l'assuré a été entièrement apte au travail pendant trente consécutifs au moins (cf. art. 29ter RAI). Par ailleurs, selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision (ATF 125 V 417 consid. 2d et les références; VSI 2001 p. 157 consid. ). 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 130 V 349 consid. 3.5, 113 V 275 consid. 1a; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2, 125 V 369 consid. 2 et la référence; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Il n'y a en revanche 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. Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (p. ex. arrêt P. du 31 janvier 2003 [I 559/02], consid. 3.2 et les arrêts cités; sur les motifs de révision en particulier: Urs Müller, *Die materiellen Voraussetzungen der Rentenrevision in der Invalidenversicherung*, thèse Fribourg 2002, p. 133 ss). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (Rudolf Ruedi, *Die Verfügungsanpassung als verfahrensrechtliche Grundfigur namentlich von Invalidenrentenrevisionen*, in: Schaffauser/Schlauri [Hrsg], *Die Revision von Dauerleistungen in der Sozialversicherung*, Saint-Gall, 1999, p. 15). En cas d'allocation d'une rente dégressive ou temporaire, la date de la modification du droit (diminution ou suppression de la rente) doit être fixée conformément à l'art. 88 a al. 1 RAI (ATF 125 V 417

consid. 2d; RCC 1984 p. 137). Selon cette disposition, en sa teneur en vigueur dès le 1er janvier 2004, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès que l'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. a) En l'espèce, en se fondant sur les pièces médicales, l'intimé a admis que le recourant était totalement incapable de travailler depuis le 1er janvier 2004 pour des raisons psychiatriques et lui a octroyé une rente entière d'invalidité dès le 1er janvier 2005, le degré d'invalidité étant supérieur à 70 %. La constatation de l'intimé quant au point de départ de l'incapacité de travail est toutefois manifestement inexacte. En effet, il ressort du rapport de la Dresse L\_\_\_\_\_, ainsi que du rapport de l'employeur, que l'état de santé psychique du recourant s'est décompensé et qu'il a été en incapacité de travail depuis le 7 avril 2003 déjà, à des taux oscillant entre 50 et 100 % (cf. pièces 14 et 21 intimé), et non pas seulement à la fin de son dernier contrat de travail. Selon les pièces du dossier, le recourant n'a récupéré sa capacité de travail que du 7 juillet 2003 au 3 août 2003, soit pendant une durée inférieure à un mois. Par conséquent, il y a lieu d'admettre que le recourant a présenté une incapacité de travail dès le 7 avril 2003, sans interruption notable (cf. art. 29ter RAI). Le degré moyen d'incapacité de travail pendant une année et l'incapacité de gain subsistant après la période d'attente doivent être cumulés et atteindre le degré minimum légal ouvrant droit à la rente (ATF 121 V 274 consid. 6b/cc; arrêt C. du 17 août 2006 [I 531/05 et I 543/05]). Il appartiendra dès lors à l'intimé de procéder au calcul de l'incapacité de travail moyenne, eu égard aux périodes d'incapacités de travail de 50 % et de 100 %, puis de déterminer à nouveau l'échéance du délai d'attente en 2004, le droit à la rente ainsi que le montant de la rente d'invalidité (cf. art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, teneur en vigueur au 31 décembre 2007).

b) Reste à déterminer si, depuis septembre 2006, l'état de santé du recourant s'est amélioré dans une mesure justifiant la suppression de sa rente. Dans son rapport d'expertise du 6 février 2007, le Dr Q\_\_\_\_\_ ne retient pas de diagnostic psychiatrique avec répercussion sur la capacité de travail. Les diagnostics de trouble mixte de la personnalité et la dysthymie n'ont de son point de vue pas d'influence sur la capacité de travail, qu'il estime à 100 % depuis le 1er septembre 2006, dans l'activité habituelle. Selon le Dr Q\_\_\_\_\_, le recourant n'avait pas, au moment de l'expertise, un nombre suffisant de critères, ni de symptômes suffisamment marqués pour conclure à la présente d'un épisode dépressif même léger. Quant à l'anxiété, qui est une des conséquences du trouble de la personnalité, bien que présente en permanence, les autres éléments (palpitations, sensations bizarres dans les bras) ne sont pas des éléments suffisants en nombre et en continuité pour pouvoir poser le diagnostic d'anxiété généralisée selon critères de la CIM-10. Un traitement anxiolytique adéquat permettrait une amélioration sur le plan de l'anxiété et une meilleure protection contre d'éventuelles décompensations à l'avenir et peut être raisonnablement exigé de la part de l'assuré. Le trouble mixte de la personnalité n'a pas de répercussion sur la capacité de travail. Enfin, pour déterminer le moment où l'amélioration de l'état de santé s'est produite, l'expert s'est fondé sur les déclarations du recourant notant une amélioration depuis six mois environ et le fait que la Dresse L\_\_\_\_\_ envisageait la possibilité d'une reprise à 50 % en 2006, l'anamnèse dirigée n'ayant pas permis de déterminer avec précision les étapes de la récupération. Le recourant conteste les conclusions de l'expert, rappelant que si son état s'était légèrement amélioré après l'été 2006, il a connu une nouvelle dégradation en automne

de la même année. Dans son courrier adressé à l'OCAI après la notification du projet de décision, il reproche aussi à l'expert d'avoir indiqué qu'il refusait le traitement anxiolytique, alors que ce n'est pas le cas et d'avoir mentionné un succès dans les études universitaires, alors qu'en fait ses études universitaires ont été une catastrophe et qu'il n'a obtenu aucun diplôme. Le recourant dénie toute valeur probante à l'expertise du Dr Q\_\_\_\_\_, qui date de plus d'une année avant la décision litigieuse, dès lors qu'en présence de troubles psychiques, la situation peut se modifier très rapidement. Il fait état au surplus d'un nouveau diagnostic évoqué par le Dr R\_\_\_\_\_ en date du 5 juin 2008, à savoir la suspicion d'un trouble bipolaire. Il fait valoir qu'il n'a, jusqu'à l'heure actuelle, pas connu d'amélioration suffisante lui ayant permis de recouvrer une capacité de travail. Le Tribunal de céans constate, s'agissant des diagnostics, que le trouble mixte de la personnalité a été mis en évidence par tous les psychiatres, mais qu'à la différence de ses confrères qui le qualifient de grave, l'expert conclut qu'il est sans influence sur la capacité de travail du recourant. Il justifie son point de vue par le fait que le recourant a pu faire des études, son service militaire et travailler. Or, d'une part, le recourant conteste avoir pu mener à bien ses études de mathématiques, puisqu'il n'a pu obtenir de diplôme, et soutient que depuis son adolescence il a toujours eu du mal à entrer dans le monde du travail et à y rester, raison pour laquelle il a dû se restreindre à des activités à temps partiel. D'autre part, le Dr M\_\_\_\_\_ mentionne dans son rapport du 27 juin 2005 qu'avant que l'incapacité de travail ne débute, son patient travaillait dans un poste à 80% pour lequel il était déjà confronté à ses limites. D'ailleurs, l'état psychique, qui s'était aggravé depuis trois ans, s'est décompensé en 2003 au point d'entraîner des incapacités de travail de longue durée. En ce qui concerne l'état dépressif et son évolution, les constatations de l'expert ne sont pas corroborées par celles des autres médecins. En effet, alors que l'expert déclare se fonder sur les déclarations du patient et sur le rapport de la Dresse L\_\_\_\_\_ qui parlait d'une possible reprise de travail à 50% en 2006 pour admettre une amélioration depuis le 1er septembre 2006, le Tribunal de céans relève que dans son rapport du 1er août 2005, la Dresse L\_\_\_\_\_ n'attestait nullement d'une reprise de travail. En effet, dans le rapport en question, elle déclarait que l'évolution était très lentement favorable, qu'elle espérait une reprise de travail - peut-être à 50% - courant 2006, qui devait être discutée par le psychiatre. Or, ainsi que la Dresse L\_\_\_\_\_ l'explique dans son rapport à l'OCAI du 5 décembre 2007, la lente amélioration de l'état de santé du patient ne le rendait pas encore capable de reprendre une activité professionnelle pour autant. Elle indique de surcroît que suite au décès du Dr M\_\_\_\_\_ en septembre 2006 ainsi qu'à des problèmes familiaux, une nouvelle aggravation de l'état anxio-dépressif du patient, avec pensées suicidaires, est apparue en automne 2006, qui a persisté durant toute l'année 2007 et perdure encore. Le psychiatre traitant, le Dr R\_\_\_\_\_ a mentionné dans son rapport du 4 décembre 2007 qu'il soignait le recourant depuis novembre 2006 et que l'incapacité de travail est totale, depuis plusieurs années, en raison du trouble dépressif mais surtout en raison du trouble de la personnalité. Un essai de réduire le traitement de benzodiazépines s'est soldé par un échec et l'évolution n'est pas favorable. Enfin, dans ses rapports des 5 juin 2008 et 8 janvier 2009, le Dr R\_\_\_\_\_ fait état d'une suspicion de trouble bipolaire et d'une aggravation de l'état de santé depuis mars 2008. Interpellé par le Tribunal de céans, l'expert a expliqué que les constatations objectives du Dr R\_\_\_\_\_ du 4 décembre 2007 ne permettent pas de confirmer ou d'infirmes les dires du patient lors de son expertise, ni d'admettre une aggravation de l'état dépressif ou du trouble de la personnalité, mais qu'en revanche celles du 5 juin 2008 attestent d'une aggravation sur le plan de la dépression susceptible d'avoir

une influence sur la capacité de travail. Quant au diagnostic de trouble bipolaire, l'expert estime qu'il ne peut être retenu. Le Tribunal de céans constate, s'agissant de la suspicion de trouble bipolaire, que ce diagnostic a été également écarté par les médecins des HUG (cf. rapport du 16 octobre 2008). S'agissant de l'état anxieux, l'expert ne le retient pas, contrairement aux autres spécialistes en psychiatrie, notamment les HUG qui ont diagnostiqué un état anxieux généralisé et ont noté une rechute dépressive en mars 2008. Force est de constater que les avis médicaux ne sont pas concordants ; il existe en effet de nombreuses divergences, tant du point de vue diagnostique que de l'appréciation de la gravité des troubles psychiques, entre les constatations de l'expert et celles des autres médecins spécialistes. Or, nonobstant le fait qu'une appréciation divergente ne permettrait pas la révision, l'on ne peut, en l'état actuel du dossier, tirer des conclusions définitives quant à l'éventuelle amélioration de l'état de santé du recourant en 2007 lors de l'expertise; le Tribunal de céans ne peut en effet se prononcer sur l'amélioration relevée par l'expert en février 2007, à savoir s'il s'agit réellement d'une amélioration de l'état de santé psychique ou d'une appréciation divergente, pas plus que sur sa durée. Les avis médicaux sont en effet par trop contradictoires, ce d'autant qu'une aggravation de l'état psychique est survenue en mars 2008 selon les HUG, soit avant la décision litigieuse, avec de nombreux symptômes évocateurs d'un état anxieux généralisé. Selon les HUG, cet important état anxieux existe de longue date. Une instruction complémentaire est donc nécessaire pour clarifier la situation médicale, le cas échéant par le biais d'une nouvelle expertise psychiatrique. Il s'agira de déterminer quelle a été l'évolution de l'état de santé du recourant depuis l'automne 2006, si une amélioration a eu lieu, depuis quand, dans quelle mesure et pendant combien de temps l'amélioration s'est maintenue. Enfin, il s'agira d'examiner, le cas échéant, les incidences de la rechute survenue en mars 2008. Au vu de ce qui précède, le recours est partiellement admis. Le recourant a droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens, que le Tribunal fixe en l'espèce à 1'000 fr. (61 let. g LPGA). Un émoluments de 1'000 fr. est mis à la charge de l'OCAI conformément à l'art 69 al. 1bis LAI. PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : L'admet partiellement. Annule la décision de l'OCAI du 13 mai 2008. Renvoie la cause à l'OCAI pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision. Condamne l'OCAI à payer au recourant la somme de 1'000 fr. à titre de participation à ses frais et dépens. Met un émoluments de 1'000 fr. à la charge de l'OCAI. 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); 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 Isabelle CASTILLO La présidente Juliana BALDE Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le