

## **GE\_GERICHTE A/2865/2016 vom 6. März 2017**

GE Cour de justice, 2017-03-06, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_2865\\_2016](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2865_2016)

FR: GE\_GERICHTE A/2865/2016 du 6 mars 2017

IT: GE\_GERICHTE A/2865/2016 del 6 marzo 2017

### **Volltext**

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 06.03.2017  
A/2865/2016

A/2865/2016 ATAS/167/2017 du 06.03.2017 ( AI ) , PARTIELMNT ADMIS En fait En droit républicque et canton de genÈve POUVOIR JUDICIAIRE A/2865/2016  
ATAS/167/2017 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 6 mars 2017 10 ème Chambre En la cause Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à GENEVE, p.a Service de protection de l'adulte, Mme B\_\_\_\_\_ recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après: l'assuré ou le recourant), né le \_\_\_\_\_ 1968, a présenté une première demande de prestations de l'assurance-invalidité le 18 juillet 2008. A l'époque son médecin traitant, le docteur C\_\_\_\_\_, médecin praticien, avait indiqué que son patient, alors âgé de 39 ans était alcoololo-tabagique, avait fréquenté l'école jusqu'au cycle d'orientation sans avoir pu le terminer; il avait fait un apprentissage de trois mois comme aide-cuisinier, puis deux autres apprentissages qui n'avaient pas pu être suivis en raison de sa personnalité borderline, l'intéressé n'arrivant pas à travailler régulièrement; il était angoissé, caractériel et doté d'une personnalité dépendante. Il recommandait un suivi psychiatrique et psychothérapeutique de sevrage comme future thérapie, le traitement de l'époque consistant en un traitement aux antidépresseurs et anxiolytiques pour lutter contre les dépendances. 2. L'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé) avait mis en place une expertise psychiatrique confiée aux HUG – Belle-Idée. Dans leur rapport, les docteurs D\_\_\_\_\_ et E\_\_\_\_\_, médecins chefs de clinique, avaient retenu uniquement des diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance, utilisation continue (F10.25) et autres troubles spécifiques de la personnalité (F60.8), présents respectivement depuis cinq ans au moins, et depuis l'adolescence. Dans leur appréciation du cas, ils relevaient que l'expertisé souffre d'un trouble de la personnalité de longue date, qui ne l'avait pas empêché de travailler par le passé. Il souffre également d'une dépendance à l'alcool qui à l'époque n'avait pas d'influence sur sa capacité de travail. La quantité d'alcool pouvant fluctuer, il était difficile de se prononcer à moyen et à long terme sur une limitation future de la capacité de travail. Ils retenaient que les troubles psychiques de l'expertisé n'avaient pas d'influence actuellement sur l'activité exercée jusqu'ici; les troubles lombaires et de la cheville droite semblaient rendre impossible une activité de déménageur, mais pas certaines des activités professionnelles exercées jusqu'ici. Une activité professionnelle prenant en compte des limitations physiques était envisageable à 100%. Du point de vue psychique, l'activité exercée jusqu'ici était exigible à 100% sans diminution de rendement, du point de vue physique, une activité de déménageur n'était plus exigible. L'intéressé étant incapable de travailler depuis le 3 avril 2006, les experts recommandaient comme fort

souhaitable que l'expertisé puisse bénéficier d'une réadaptation professionnelle progressive, par l'intermédiaire d'un stage d'évaluation et d'orientation Pro, mais l'activité adaptée pourrait être exercée à plein temps sans diminution de rendement après plusieurs mois de réadaptation professionnelle. Le SMR avait repris les diagnostics et conclusions des experts et du médecin traitant sur le plan somatique et avait reconnu une capacité de travail de 100% dans toutes activités. [endif]>[if> 3. Par projet de décision du 12 juin 2009, confirmé par décision du 18 août 2009, l'OAI avait rejeté la demande. [endif]>[if> 4. Le 15 décembre 2015, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI. Il était assisté / représenté par le service de protection de l'adulte. Il était en incapacité de travail à 100% depuis bientôt neuf ans. Les précisions quant au genre d'atteintes à la santé étaient les suivantes : actuellement côtes fracturées, cholestérol, anémie, ostéoporose (vertèbres cassées), crise d'épilepsie, deux infarctus, bronchopneumonie infectieuse, état dépressif (tentamen), trouble OH, état anxieux important depuis 2005. Ses médecins traitants étaient le Dr C\_\_\_\_\_, et la doctoresse F\_\_\_\_\_ au CAAP Grand-Pré pour la psychiatrie et l'addictologie ; pour les troubles dépressifs et problèmes d'alcool, dès juin 2015, les HUG ; suite à ses infarctus; il était en outre suivi par Madame G\_\_\_\_\_, physiothérapeute. [endif]>[if> 5. Le 3 mai 2016, l'OAI a adressé au service de protection de l'adulte, un projet de refus d'entrer en matière, précisant notamment : " Avant de notifier la décision munie des moyens de droit, nous vous donnons la possibilité de nous apporter dans les 30 jours, par écrit ou oralement dans le cadre d'une entrevue sur rendez-vous, vos objections fondées à l'encontre des présentes conclusions ou de demander des renseignements complémentaires à ce sujet ». La précédente demande de prestations avait été rejetée par décision du 18 août 2009, au motif qu'aucune invalidité n'était reconnue à l'assuré. Un nouvel examen de la demande ne peut être envisagé que si le recourant rend plausible que l'état de fait s'est modifié après cette date et qu'il est désormais susceptible de changer le droit aux prestations. Par courrier du 18 décembre 2015, l'OAI avait demandé au service de protection de l'adulte de faire parvenir à l'office dans les trente jours les documents médicaux permettant de rendre plausible l'aggravation de l'état de santé de l'assuré. Faute d'avoir reçu les pièces demandées dans le délai imparti, l'OAI considère qu'il n'a pas été rendu vraisemblable que l'état de santé de l'assuré s'est modifié de manière essentielle depuis la dernière décision. Au vu de ce qui précède l'OAI refuse d'entrer en matière. [endif]>[if> 6. Par courrier recommandé du 6 juin 2016, le service de protection de l'adulte a contesté le projet de décision susmentionné. Malgré de nombreuses relances aux HUG suite à la demande de l'OAI de lui faire parvenir des documents médicaux, il n'avait pu recevoir un certificat médical – du 27 mai 2016, des HUG Service d'addictologie CAAP Grand-Pré établi par la doctoresse H\_\_\_\_\_, cheffe de clinique FMH (joint) -, qu'en date du 1 er juin 2016. A lecture de ce document, on constate que l'assuré présente un état dépressif moyen, qu'il souffre d'un trouble de la personnalité non spécifique avec des traits schizotypiques et que sa capacité de travail est nulle. Sur le plan somatique il se plaint de douleurs très importantes au dos et la cheffe de clinique auteur dudit certificat suggère de contacter le Dr C\_\_\_\_\_ à ce sujet. Ces éléments démontrent l'aggravation de son état de santé au point qu'il apparaît qu'il est en incapacité totale de travailler. L'OAI doit ainsi entrer en matière et accorder à l'assuré une rente entière d'invalidité. [endif]>[if> 7. L'OAI a soumis le nouveau document médical au SMR: dans le délai d'audition ; après un projet de refus d'entrer en matière, le Spad a transmis des documents médicaux: Au vu desdits documents le Dr I\_\_\_\_\_ du SMR a considéré dans un avis du 22 juin 2016 qu'il n'y a pas d'aggravation de l'état de

santé.![endif]>![if> 8. Sur quoi, par décision du 28 juin 2016, notifiée à la curatrice de l'assuré, l'OAI a rendu une décision de refus d'entrer en matière Reprenant pour l'essentiel les éléments consignés dans le projet de décision du 3 mai 2016, l'OAI a précisé qu'à l'appui de la contestation du projet de décision l'assuré avait produit des documents médicaux, lesquels ont été soumis au SMR. Selon l'appréciation de ce service, il n'y a pas d'éléments en faveur d'une aggravation de l'état de santé, de sorte que le projet de décision est confirmé dans son ensemble. Le refus d'entrer en matière est confirmé..![endif]>![if> 9. Par courrier recommandé du 30 août 2016, le service de protection de l'adulte, en tant que curateur de représentation et de gestion de l'assuré, a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice d'un recours contre cette décision. Il conclut préalablement à l'octroi d'un délai supplémentaire au 30 septembre 2016 pour complément de recours et à ce qu'une nouvelle expertise soit ordonnée, pour statuer sur la capacité de travail du recourant, et au fond à l'annulation de la décision entreprise et à ce qu'il soit ordonné à l'intimé de rendre une nouvelle décision d'octroi d'une rente entière d'invalidité, et subsidiairement au renvoi du dossier à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Après un premier refus de prestations d'invalidité prononcé par l'OAI en date du 12 juin 2009, fondé sur un rapport d'expertise psychiatrique du 23 février 2009, considérant que la capacité de travail de l'assuré était estimée comme totale, une nouvelle demande de prestations a été déposée au nom et pour le compte de l'assuré en date du 15 décembre 2015. Le projet de refus d'entrer en matière de l'OAI du 3 mai 2016 a été contesté par la production d'un rapport de la Dresse J\_\_\_\_\_. Selon ce certificat médical, l'assuré avait été adressé aux HUG pour un suivi médical consécutif à un tentamen par veinosection dans le contexte d'un épisode dépressif sévère. Ainsi à l'heure actuelle, l'intéressé présente un état dépressif moyen (F33.1) avec une anhédonie, trouble de la concentration, et une perturbation du rythme nyctéméral. Il souffre d'un trouble de la personnalité non spécifique (F69.0) avec traits schizotypiques, et d'une dépendance à l'alcool depuis de nombreuses années actuellement abstinent (F10.20). Le rapport du médecin traitant conclut que compte tenu des maladies mentales sévères dont il souffre, le recourant n'est pas en capacité de travailler, dans une activité rémunérée ; même avec un traitement psychiatrique adapté (suivi psychiatrique intégré) et une abstinence à l'alcool; sa capacité de travail est de 0%. Selon un certificat de la Dresse J\_\_\_\_\_ du 23 août 2016, l'assuré avait été hospitalisé dès le 20 mai 2016, suite à sa tentative de suicide. L'assuré se plaint également de douleurs très importantes au niveau du dos et de multiples problèmes somatiques, son médecin traitant étant désormais le docteur C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale. Un délai supplémentaire était sollicité, pour produire le consentement écrit de l'assuré et pour compléter le recours, un rapport médical du Dr C\_\_\_\_\_ étant attendu, s'agissant des aspects somatiques. ![endif]>![if> 10. Un délai supplémentaire a été accordé au recourant, puis prolongé à la demande de son représentant au 17 octobre 2016, pour compléter le recours et produire les documents médicaux annoncés dans le recours, puis une seconde fois au 31 octobre 2016, le médecin traitant n'ayant toujours pas établi son rapport.. ![endif]>![if> 11. Par courrier du 28 octobre 2016 le curateur du recourant a produit le consentement du recourant au recours, et le certificat médical du médecin traitant du 19 octobre 2016, selon lequel les problèmes principaux empêchant le recourant de travailler sont de nature psychiatrique, mais le tassement vertébral D6-D8-D12 et les dorsalgies et douleurs chroniques de la cheville droite limitent aussi la capacité de travail. Enfin lors d'un entretien téléphonique du 27 octobre 2016, le médecin traitant a indiqué au curateur du recourant qu'il estime qu'une aggravation de l'état de santé psychique du recourant est probable

depuis environ une année. Il est ainsi rendu vraisemblable que l'état de santé du recourant se soit aggravé. Fort de ces éléments il persiste dans ses conclusions. 12. Par courrier du 29 novembre 2016 l'intimé a conclu au rejet du recours. Le litige porte sur la question de savoir si c'est à juste titre que l'OAI a refusé d'entrer en matière. En l'occurrence, il s'agit de comparer les faits tels qu'ils se présentaient lors de la décision de refus entrée en force du 18 août 2009 avec ceux qui prévalaient au moment de la décision litigieuse. Au sujet du rapport du 27 mai 2016 de la Dresse J\_\_\_\_\_, le SMR a considéré dans son avis du 22 juin 2016 que l'assuré ne présente pas d'aggravation de son état de santé, les diagnostics retenus dans le rapport des HUG du 7 mai 2016 étaient déjà connus lors de la première demande de prestations. C'est donc à juste titre que l'OAI avait refusé d'entrer en matière. La production de nouveaux documents médicaux n'a pas lieu d'être, la seule question litigieuse étant de savoir si l'intimé était légitimé à refus d'entrer en matière au vu des éléments en sa possession lorsqu'il a statué, l'examen du juge des assurances sociales étant dans le cadre de l'art. 87 al.3 RAI d'emblée limité au point de savoir si les pièces médicales déposées en procédure administrative justifiaient ou non la reprise de l'instruction du dossier. Dès lors, le rapport du Dr C\_\_\_\_\_ du 19 octobre 2016 ne doit pas être pris en compte dans le cadre du présent litige. 13. La chambre de céans a adressé copie des écritures de l'intimé au recourant et fixé une audience de comparution personnelle des parties, étant précisé qu'il était loisible au recourant de venir consulter les pièces du dossier de l'intimé dans la perspective de l'audience. 14. Par courrier du 16 décembre 2016, le recourant a brièvement pris position sur la réponse de l'intimé: il a rappelé certains passages déjà relevés du rapport du 27 mai 2016 de la Dresse J\_\_\_\_\_, et considéré que sur cette base les conditions de l'art. 87 al. 2 RAI étaient entièrement remplies. 15. La chambre de céans a entendu les parties le 9 janvier 2017 : Le recourant a notamment déclaré être toujours assisté par l'Hospice général son état de santé ne lui permettant pas d'exercer la moindre activité professionnelle. S'agissant des atteintes à la santé, il a confirmé être notamment atteint dans le dos (trois vertèbres cassées, tassées), souffrir d'ostéoporose, d'anémie, tous ces problèmes n'ayant pas été facilités par ses problèmes d'alcool. S'agissant des infarctus mentionnés dans sa demande, il ne pouvait pas situer exactement la date de ceux-ci, mais il devrait vérifier. A priori, ils avaient dû se dérouler en 2014-2015. La première fois, c'était quelque chose de léger: il n'avait plus de souffle et se demandait ce qui lui arrivait. Le médecin lui avait dit à l'époque que cela devait provenir du stress. Mais la deuxième fois, c'était plus grave. Il avait dû demander à son père de faire appel au cardiologue. Il était d'ailleurs tombé sur le pas de la porte. Pour cet aspect, il est suivi, comme pour ses autres problèmes somatiques, par son médecin traitant, le Dr C\_\_\_\_\_. Il prend régulièrement de l'aspirine cardio. Il est par ailleurs suivi régulièrement par le CAAP depuis juin 2015 pour ses problèmes d'alcool et de dépression. Une infirmière de l'IMAD vient à domicile tous les jours pour lui administrer ses médicaments. Au début, cette infirmière de l'IMAD venait tous les jours, puis la fréquence est allée en diminuant, jusqu'à une rechute il y a un certain temps, où le régime quotidien a repris. Elle vient donc à nouveau tous les jours. Le Dr C\_\_\_\_\_ lui administre en outre des piqûres pour l'ostéoporose à raison de deux fois par année, mais il le voit tous les mois, à raison d'une ou deux fois. Son prochain rendez-vous était fixé au 31 janvier 2017. S'agissant de son addiction à l'alcool, sur la question de savoir si cette addiction s'était aggravée entre 2009 et 2015, au moment de sa nouvelle demande de prestations, il a indiqué que son évolution, sur ce plan-là et d'une manière générale sur le plan psychique, est allée avec des hauts et des bas, mais en 2015, il avait notamment fait

une tentative de suicide, au mois de mai 2015, avec hospitalisation, au terme de laquelle il avait commencé un suivi au CAAP. En plus, il avait perdu une amie proche dans le courant de l'été 2015, ce qui n'avait pas contribué à apaiser les difficultés qu'il rencontrait. Il prend régulièrement des antidépresseurs et des anxiolytiques, ainsi que du Seroqual pour dormir. Ce dernier médicament a été introduit à hauteur de 50 mg par jour, jusqu'à 250 mg actuellement. Les anxiolytiques doivent être de temps en temps diminués pour éviter l'accoutumance, mais d'après ce qu'on lui explique, il s'agit de trouver un équilibre, car une trop faible dose engendrerait de nouveau des problèmes. Toujours en relation avec l'évolution de sa situation sur le plan de l'alcool, le recourant a souhaité préciser spontanément que cela faisait aujourd'hui vingt-cinq jours qu'il était à nouveau abstinant. La dernière fois qu'il avait été abstinant pendant un certain temps, devait à son souvenir remonter au printemps 2016, où il avait pu tenir environ trois mois, avant de rechuter. Il faudrait demander au CAAP. Il a encore déclaré que dans son ancienne profession de déménageur, il ne pouvait absolument plus envisager de recommencer. Par contre, il avait toujours dit qu'il retravaillerait volontiers s'il pouvait trouver une activité comme celle de coller des enveloppes, en position assise, sans trop d'agitation autour de lui, mais pas non plus dans une situation où il se retrouverait seul et isolé, car trop d'agitation génère un stress pour lui, et lorsque l'environnement est trop calme ou silencieux, il " pique du nez " ! Pour ce qui est de l'intimé, la chambre de céans se référant au rapport d'expertise du Dr K\_\_\_\_\_ de 2009, (Doc 21 dossier AI p. 5 ch. 5 appréciation du cas et lettre B.) indiquant qu'à l'époque, l'expert (respectivement les experts) relevai(en)t au sujet du recourant: « Il n'a actuellement pas les ressources psychiques nécessaires à l'abstinence. » Au dernier paragraphe de l'appréciation du cas : « Il souffre également d'une dépendance à l'alcool, avec une variabilité de consommation, actuellement compatible avec une capacité professionnelle. Toutefois, une nouvelle augmentation des consommations pourrait potentiellement compromettre une activité professionnelle. » Et enfin, sous le chapitre « influences sur la capacité de travail », les experts relevaient : « d'un point de vue psychique et mental, l'expertisé souffre d'un trouble de personnalité, qui sera présent toute sa vie et qui n'a pas d'influence sur la capacité de travail en tant que telle. Il y a également une dépendance à l'alcool qui actuellement n'a pas d'influence sur la capacité de travail. La quantité d'alcool pouvant fluctuer, il est difficile de se prononcer à moyen et à long terme sur une limitation future de la capacité de travail », ayant interpellé l'intimé pour savoir comment il appréhendait les réserves ainsi émises par les experts pour l'avenir, dès le moment où, quelques années plus tard, l'OAI était saisi d'une nouvelle demande, laquelle évoque notamment les problèmes d'alcool, la représentante de l'OAI a pris acte de ces réserves tout en relevant qu'en 2009 aucune atteinte handicapante n'avait été retenue, ce qui avait conduit l'OAI à rejeter la demande de prestations. Il s'agissait à son sens d'un cas d'alcoolisme primaire. La chambre de céans lui faisant observer qu'à aucun moment dans le dossier, cette expression ou cette qualification n'est évoquée, ni par l'expert, ni par le SMR, la représentante de l'intimé a fait remarquer que l'un des documents parle effectivement de troubles liés à la consommation de substances, non du ressort de l'AI. Sur quoi un délai a été imparti à l'OAI pour examiner la question de l'original du rapport du SMR (Doc 46 p. 1 du dossier AI), la chambre de céans lui ayant fait observer que l'exemplaire figurant au dossier remis à la juridiction, paraissait incomplet ou tronqué. La suite de la procédure était réservée. 16. Par courrier du 13 janvier 2017, l'intimé a confirmé à la chambre de céans que le rapport du SMR (pièce 46) est conforme à l'original. 17. Sur quoi la cause a été gardée à juger. EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1

let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1<sup>er</sup> 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).!

2. Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Le recours, interjeté dans les forme et délai prescrits par la loi, est recevable (art. 56 ss LPGA), sous réserve de ce qui va être relevé ci-dessous par rapport à l'objet du litige.!

3. L'objet du litige - circonscrit par la décision litigieuse - porte uniquement sur la question de savoir si c'est à juste titre que l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande déposée par l'intéressé le 15 décembre 2015. !

Dans un arrêt récent, le Tribunal fédéral a considéré que l'OAI que la recourante ayant seulement produit des certificats d'incapacité de travail à l'appui de sa nouvelle demande, de telle sorte que l'administration lui avait imparti un délai pour rendre plausible l'aggravation de son état de santé. Elle avait alors produit un rapport de la doctoresse B. \_\_\_\_\_ daté du 17 octobre 2014. Pour sa part, l'office s'était contenté d'interpeller le médecin traitant et de demander l'avis de son service médical régional (SMR). Ces démarches ne signifient cependant pas encore que l'administration était entrée en matière sur la demande de la recourante. En effet, même s'il appartient à l'assuré qui introduit une nouvelle demande de rendre plausible que son invalidité s'est modifiée (cf. ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 p. 68 s.), l'office AI reste libre de prendre lui-même des mesures limitées pour clarifier la situation, sans qu'on puisse déjà en déduire qu'il est entré en matière sur cette demande. Il peut ainsi obtenir l'avis d'un médecin du SMR (arrêt 9C\_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 3) ou, lorsque la demande repose sur un simple certificat du médecin traitant, s'adresser à ce médecin pour obtenir un rapport complet (arrêts 8C\_844/2012 du 5 juin 2013 consid. 2.1 et les arrêts cités). (Arrêt du Tribunal fédéral 9C\_472/2016 consid. 4.2).

4. a. L'art. 17 al. 1<sup>er</sup> 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. Il convient ici de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le 1<sup>er</sup> janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5).!

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). Tel est le cas lorsque la capacité de travail s'améliore grâce à une accoutumance ou à une adaptation au handicap (ATF 141 V 9 consid. 2.3; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_622/2015 consid. 4.1). 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). 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 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).

b. Selon l'art. 87 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201), lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits (al. 2). Lorsque la rente, l'allocation pour impotent ou la contribution d'assistance a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, parce qu'il n'y avait pas d'impotence ou parce que le besoin d'aide ne donnait pas droit à une contribution d'assistance, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies (al. 3).

c. Les conditions d'entrée en matière prévues par l'art. 87 al. 2 et 3 RAI ont pour but de restreindre la possibilité de présenter de manière répétée des demandes de rente identiques (ATF 133 V 108 consid. 5.3.1). Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière. À cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 108 consid. 2b). Ces principes, développés par la jurisprudence en relation avec la nouvelle demande de prestations (art. 87 al. 3 RAI), sont applicables par analogie à la demande de révision (130 V 71 consid. 3 ; ATF 109 V 262 consid. 3). Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (cf. art. 43 al. 1 LPGA), ne s'applique pas à la procédure de l'art. 87 al. 3 RAI (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5). Eu égard au caractère atypique de celle-ci dans le droit des assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que l'administration pouvait appliquer par analogie l'art. 73 aRAI (cf. art. 43 al. 3 LPGA depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2003) - qui permet aux organes de l'AI de statuer en l'état du dossier en cas de refus de l'assuré de coopérer - à la procédure régie par l'art. 87 al. 3 RAI, à la condition de s'en tenir aux principes découlant de la protection de la bonne foi (cf. art. 5 al. 3 et 9 Cst.; ATF 124 II 265 consid. 4a). Ainsi, lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations ou une procédure de révision sans rendre plausible que son invalidité s'est modifiée, notamment en se bornant à renvoyer à des pièces médicales qu'il propose de produire ultérieurement ou à des avis médicaux qui devraient selon lui être recueillis d'office, l'administration doit lui impartir un délai raisonnable pour déposer ses moyens de preuve, en l'avertissant qu'elle n'entrera pas

en matière sur sa demande pour le cas où il ne se plierait pas à ses injonctions. Enfin, cela présuppose que les moyens proposés soient pertinents, en d'autres termes qu'ils soient de nature à rendre plausibles les faits allégués. Si cette procédure est respectée, le juge doit examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait à l'administration au moment où celle-ci a statué (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.1, 2.2, 2.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_708/2007 du 11 septembre 2008 consid. 2.3). L'examen du juge se limite, ainsi, au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifient ou non la reprise de l'instruction du dossier (arrêt TF 9C\_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 4.1), étant précisé que peuvent également être pris en compte les rapports rendus postérieurement à la décision litigieuse, s'ils permettent d'apprécier les circonstances au moment où cette décision a été rendue (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.249/02 du 31 octobre 2002 consid. 2.3 et les arrêts cités). Lors de l'appréciation du caractère plausible d'une modification déterminante des faits influant sur le droit aux prestations, on compare les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision administrative litigieuse et les circonstances prévalant à l'époque de la dernière décision d'octroi ou de refus des prestations (ATF 130 V 64 consid. 2 ; ATF 109 V 262 consid. 4a). L'exigence relative au caractère plausible ne renvoie pas à la notion de vraisemblance prépondérante usuelle en droit des assurances sociales. Les exigences de preuves sont, au contraire, sensiblement réduites en ce sens que la conviction de l'autorité administrative n'a pas besoin d'être fondée sur la preuve pleinement rapportée qu'une modification déterminante est survenue depuis le moment auquel la décision refusant les prestations a été rendue. Des indices d'une telle modification suffisent lors même que la possibilité subsiste qu'une instruction plus poussée ne permettra pas de l'établir (VALLAT, La nouvelle demande de prestations AI et les autres voies permettant la modification de décisions en force, RSAS 2003, p. 396 ch. 5.1 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.724/99 du 5 octobre 2001 consid. 1c/aa). 5. Selon la jurisprudence, parmi les atteintes à la santé psychique, qui peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI, on doit mentionner - à part les maladies mentales proprement dites - les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible. Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son infirmité mentale, exercer une activité que le marché du travail lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Le point déterminant est ici de savoir quelle activité peut raisonnablement être exigée dans son cas. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).![[endif]]>![if]> Au sujet des facteurs psychosociaux ou socioculturels et de leur rôle en matière d'invalidité, le Tribunal fédéral des assurances a, dans un arrêt ATF 127 V 294 , précisé sa jurisprudence relative aux atteintes à la santé psychique. Ainsi, les facteurs psychosociaux ou socioculturels ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent,

entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 299 consid. 5a in fine; arrêt I 382/03 du 21 janvier 2004, consid. 3.1).

6. Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.321/04 du 18 juillet 2005 consid. 5).

7. En l'espèce, au vu de ce qui précède, la chambre des assurances sociales ne peut se prononcer que sur la question de savoir si c'est à tort ou à raison que l'intimé a refusé d'entrer en matière sur la demande de révision, respectivement la nouvelle demande de prestations du 15 décembre 2015. En tant que le recourant conclut à ce qu'une rente entière d'invalidité lui soit accordée, cette conclusion n'est pas recevable.

8. a. Il s'agit de déterminer si les conditions de fait se sont modifiées, de manière notable, depuis la décision du 18 août 2009.

b. Il y a préalablement lieu de rappeler que la première demande avait abouti à la décision de l'OAI du 18 août 2009 rejetant la demande de prestation, sur la base de l'avis du SMR lui-même fondé sur les conclusions d'une expertise psychiatrique confiée aux HUG – Belle-Idée. Dans leur rapport, les docteurs D\_\_\_\_\_ et E\_\_\_\_\_, médecins chefs de clinique, avaient retenus uniquement des diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance, utilisation continue (F10.25), et autres troubles spécifiques de la personnalité (F60.8), présents respectivement depuis cinq ans au moins, et depuis l'adolescence. Dans leur appréciation du cas ils relevaient que l'expertisé souffre d'un trouble de la personnalité de longue date, qui ne l'avait pas empêché de travailler par le passé. Il souffrait également d'une dépendance à l'alcool qui à l'époque n'avait pas d'influence sur sa capacité de travail. La quantité d'alcool pouvant fluctuer, il était difficile de se prononcer à moyen et à long terme, sur une limitation future de la capacité de travail. Ils retenaient que les troubles psychiques de l'expertisé n'avaient pas d'influence actuellement sur l'activité exercée jusqu'ici; les troubles lombaires et de la cheville droite semblent rendre impossible une activité de déménageur, mais pas certaines des activités professionnelles exercées jusqu'ici. Une activité professionnelle prenant en compte des limitations physiques était envisageable à 100%. Du point de vue psychique l'activité exercée jusqu'ici était exigible à 100% sans diminution de

rendement, du point de vue physique une activité de déménageur n'était plus exigible. Le SMR avait repris les diagnostics et conclusions des experts sur le plan psychique et du médecin traitant sur le plan somatique et avait reconnu capacité de travail de 100% dans toutes activités. c. La chambre de céans constate certes, que la nouvelle demande de rente, déposée le 15 décembre 2015 auprès de l'OAI comportait un certain nombre de renseignements sur le genre d'atteinte à la santé, soit « actuellement côtes fracturées, cholestérol, anémie, ostéoporose, (vertèbres cassées), crises d'épilepsie, 2 infarctus, bronchopneumonie infectieuse, état dépressif (tentamen), troubles OH, état anxieux important, l'atteinte existant depuis 2005 », mais mentionnait également la référence, dans les médecins traitants, à la doctoresse F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne au service d'addictologie des HUG, (CAAP Grand-Pré), auprès de qui l'assuré se trouvait en traitement depuis juin 2015, en cours, pour trouble dépressif et anxieux et problèmes d'alcool, mais cette demande ne comportait aucun document médical en annexe. Dans ces conditions, l'OAI ne pouvant considérer cette demande comme suffisante pour rendre plausible une aggravation de l'état de santé, c'est à juste titre que l'OAI a invité l'assuré, par courrier du 18 décembre 2015, à produire un rapport médical circonstancié dans un délai de trente jours, ceci conformément à la jurisprudence précitée. d. Certes l'assuré n'a pas produit de rapport détaillé de ces médecins traitants dans le délai de trente jours mentionné dans le courrier de l'intimé susmentionné, ce qui a donné lieu au projet de refus d'entrer en matière de l'OAI du 3 mai 2016, reçu le 10 mai, selon les indications du représentant de l'intéressé. Toutefois le libellé de ce dernier courrier a clairement donné à l'assuré la possibilité de pallier cette carence dans un (nouveau) délai de trente jours. C'est du moins ainsi que ce dernier, respectivement son curateur, fonctionnaire au service de protection de l'adulte - qui s'est manifesté dans le délai de 30 jours visé dans le projet de décision susmentionné - a pu le comprendre. e. C'est ainsi que par courrier du 6 juin 2016, le curateur de l'assuré a indiqué à l'OAI, par rapport aux documents médicaux demandés et susceptibles de rendre plausible l'aggravation de l'état de santé, avoir pris contact avec les HUG, et n'avoir pu, malgré de nombreuses relances, recevoir le certificat médical - annexé au courrier - qu'en date du 1<sup>er</sup> juin 2016. Selon le rapport médical du CAAP Grand-Pré, établi le 27 mai 2016 par la doctoresse H\_\_\_\_\_, l'assuré a été adressé au CAAP dès le 16 juin 2015, suite à un tentamen par veinosection dans le contexte d'un épisode dépressif sévère. Il est relevé que ce patient a souffert de plusieurs épisodes dépressifs dans le passé, alors d'un trouble dépressif récurrent. Elle a posé le diagnostic d'état dépressif moyen (F33.1) avec une anhédonie, troubles de la concentration et une perturbation durée nyctéméral, retenant aussi une dépendance à l'alcool depuis de nombreux années actuellement abstinent (F10.20), expliquant encore qu'il présente des traits schizotypiques. Elle estime, au vu des maladies mentales sévères de l'assuré que, même avec un traitement adapté sous forme de suivi psychiatrique intégré, et une abstinence à l'alcool, la capacité de travail reste nulle. Elle a incidemment relevé que le patient se plaint de douleurs très importantes au niveau du dos et de multiples problèmes somatiques. Elle a renvoyé pour ces derniers au Dr. C\_\_\_\_\_, médecin traitant. f. Au vu de ces éléments, l'OAI a soumis ce rapport médical au SMR, lequel dans un avis non motivé a conclu : « Au vu des documents transmis, le SMR considère qu'il n'y a pas d'aggravation de son état de santé. » La chambre de céans considère que cet avis, lapidaire, et dépourvu de toutes motivation, n'emporte pas la conviction. On rappellera que le contexte de ce dossier est celui d'une nouvelle demande, dans le cadre de laquelle, l'OAI ne devait, dans un premier temps, ne se prononcer que sur la plausibilité de l'aggravation alléguée et de l'état de santé de l'assuré, et de ce point de vue,

comme rappelé dans la jurisprudence susmentionnée, les exigences sont moindres que d'ordinaire, en matière d'assurances sociales, dès lors que l'on n'exige pas de l'assuré qu'il rapporte d'emblée la preuve d'une telle aggravation, au degré de la vraisemblance prépondérante. Or, force est de constater qu'a priori l'état de santé du recourant, en particulier sur le plan psychique, a évolué, depuis la dernière décision de refus de rente, du 18 août 2009, et plus particulièrement par rapport aux constatations et diagnostics que les experts avaient retenus dans leur rapport du 23 février 2009 : Ainsi, à l'époque, les experts avaient retenu que des diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, soit : troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance, utilisation continue (F10.25) et autres troubles spécifiques de la personnalité (F60.8). Ils avaient également observé que le patient ne présentait pas de symptômes de la lignée dépressive, même s'il était en souffrance. En relation avec la dépendance à l'alcool, ils avaient observé une variabilité de la consommation, à l'époque compatible avec une capacité professionnelle. Ils relevaient néanmoins qu'une nouvelle augmentation des consommations pourrait potentiellement compromettre une activité professionnelle. S'agissant du trouble de la personnalité, existant de longue date, celui-ci ne l'avait pas empêché de travailler dans le passé. S'agissant de l'influence des troubles constatés sur la capacité de travail, les experts avaient conclu que les troubles psychiques de l'expertisé n'avaient pas d'influence, à ce moment-là, sur l'activité exercée jusqu'ici, et ceci sans diminution de rendement. En revanche, la nouvelle demande de rente, enregistrée par l'OAI le 15 décembre 2015, faisait d'emblée état d'un traitement en cours depuis juin 2015 auprès du CAAP Grand-Pré, pour trouble dépressif et anxieux ainsi que problèmes d'alcool. Le rapport médical du 27 mai 2016, du service d'addictologie CAAP Grand-Pré /Dresse H\_\_\_\_\_ indique cependant que l'assuré est suivi dans leur consultation depuis le 16 juin 2015, adressé suite à un tentamen par veinosection dans le contexte d'un épisode dépressif sévère s'inscrivant dans le cadre d'un trouble dépressif récurrent. Ce médecin posait les diagnostics actuels d'état dépressif moyen (F33.1) avec une anhédonie, troubles de la concentration et une perturbation du rythme nyctéméral, d'un trouble de la personnalité non-spécifique (F69.0) avec des traits schizotypiques, caractérisé par des bizarreries et une difficulté à reconnaître ses sentiments, présent depuis l'adolescence. Elle reprenait également le diagnostic de dépendance à l'alcool, depuis de nombreuses années, mais actuellement abstinent (F10.20). Elle fait valoir que le patient n'est pas en capacité de travailler dans une activité rémunérée à cause de difficultés relationnelles, même s'il garde une abstinence à l'alcool. Le stress qu'un travail présenterait pour l'intéressé pourrait aggraver les épisodes dépressifs. Les baisses d'humeur peuvent être influencées par une consommation d'alcool plus élevée dans des périodes de stress important, mais aussi les consommations - qu'on peut voir comme une automédication - peuvent être augmentées dans des périodes de baisse d'humeur,. Elle concluait que vu les maladies mentales sévères de ce patient, même avec un traitement adapté (suivi psychiatrique intégré) et une abstinence à l'alcool, la capacité de travail resterait nulle. Ceci abstraction faite des affections somatiques. Ainsi, si le diagnostic de dépendance à l'alcool, depuis de nombreuses années, avait déjà été retenu par les experts en 2009, à ceci près qu'en 2015, l'intéressé était en période d'abstinence, et si celui de troubles de la personnalité non spécifiques a été retenu en 2015, les experts de 2009 avaient déjà retenu un diagnostic de cet ordre, quand bien même il était classifié sous un autre chiffre de la nomenclature. En revanche, et à la différence de la situation présentée en 2009, il était rapporté au printemps 2015 une tentative de suicide dans le contexte d'un épisode dépressif sévère, s'inscrivant

dans le cadre d'un trouble dépressif récurrent ; la situation en mai 2016 était celle d'un état dépressif moyen, l'ensemble du tableau entraînant selon le médecin traitant une incapacité totale de travail, et ceci en dépit d'une abstinence à l'alcool. Ainsi, alors que les experts de 2009 n'avaient retenu aucun diagnostic de la lignée dépressive le patient ne présentant pas de symptômes de cet ordre, à l'époque, même en ayant à l'esprit le principe selon lequel 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), la chambre de céans considère qu'à tout le moins au degré de plausibilité exigé, on doit admettre que l'état de santé du recourant s'est très vraisemblablement détérioré entre 2009 et 2015, de sorte que l'OAI aurait à ce stade dû entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations du recourant du 15 décembre 2015 et procéder à une instruction pour vérifier de manière plus approfondie la réalité de ce qui apparaissait à tout le moins comme plausible. 9. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis et la décision du 28 juin 2016 annulée au sens des considérants. La cause sera ainsi retournée à l'intimé pour qu'il entre en matière sur la demande de prestations litigieuse et reprenne l'instruction médicale du dossier, y compris par rapport à l'état actuel des plaintes sur le plan somatique, pour rendre ensuite une nouvelle décision. 10. Selon la jurisprudence, un assuré représenté gratuitement par une institution publique d'assistance ne peut prétendre à des dépens devant l'autorité judiciaire cantonale, faute de justification économique. Contrairement aux représentants relevant d'organismes tels que l'Association suisse des invalides, le Service juridique de la Fédération suisse pour l'intégration des handicapés ou Pro Infirmis, une telle institution ne tire en effet pas ses ressources des cotisations ou du soutien financier de ses membres, mais essentiellement de subventions étatiques destinées à lui permettre de mener à bien sa fonction d'organisme d'assistance publique (ATF 126 V 11 consid. 2 et 5). Représenté par ses curateurs, salariés d'une administration publique, il ne lui sera donc pas alloué de dépens. D'ailleurs le représentant du recourant n'y a, à juste titre, pas conclu. 11. Étant donné que depuis le 1er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.-. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme : 1. Déclare le recours recevable, sauf en ce qui concerne la conclusion tendant à l'octroi d'une rente entière au recourant. Au fond : 2. L'admet partiellement; 3. Annule la décision du 28 juin 2016 et retourne la cause à l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève pour qu'il reprenne l'instruction médicale du dossier, et rende ensuite une nouvelle décision, dans le sens des considérants. 4. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé. 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 Florence SCHMUTZ Le président Mario-Dominique TORELLO Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office

fédéral des assurances sociales par le greffe le

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.