

GE_GERICHTE ATAS/718/2016 vom 12. September 2016

GE Cour de justice, 2016-09-12, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_718_2016

FR: GE_GERICHTE ATAS/718/2016 du 12 septembre 2016

IT: GE_GERICHTE ATAS/718/2016 del 12 settembre 2016

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1er janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4ème révision), du 6 octobre 2006 (5ème révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1er janvier 2004, respectivement, le 1er janvier 2008 et le 1er janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). En l'espèce, les faits juridiquement déterminants remontent à 2013. Par conséquent, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard des dispositions de la LPGA et de la LAI, dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2012 (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329).

E. 3

Le délai de recours est de 30 jours. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 60 et 61 let. b LPGA).

A/109/2016 - 7/14 -

E. 4

Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations d'invalidité, singulièrement sur sa capacité de travail.

E. 5

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). Selon l'art. 7 LPGA, 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 (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008). 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 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

E. 6

L'assuré a droit à une rente lorsqu'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art.8 LPGA) à 40% au moins (cf. art. 28 al. 1 let. b et c LAI, en sa teneur en vigueur dès le 1er janvier 2008 – 5ème révision AI). En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un 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. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18ème anniversaire de l'assuré. En d'autres termes, l'assuré n'a droit à l'intégralité des prestations que s'il a présenté sa demande dans le délai de six mois à partir de la survenance de l'incapacité de gain. Si il le fait plus tard, il perd son droit pour chaque mois de retard (arrêt du Tribunal fédéral 9C_432/2012 du 31 août 2012 consid. 3.3 ; Michel VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) et de l'assurance-invalidité (AI) – Commentaire thématique, 2011, n°2187 ss).

E. 7

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI).

A/109/2016 - 8/14 - Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (RAMA 2000 n°U 400 p. 381 consid. 2a). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Quant au revenu d'invalide, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. Lorsque l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé repose sur des rapports de travail particulièrement stables, qu'elle met pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible et que le gain obtenu correspond au travail effectivement fourni et ne contient pas d'éléments de salaire social, c'est le revenu effectivement réalisé qui doit être pris en compte pour fixer le revenu d'invalide. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des

enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique (ATF 135 V 297 consid. 5.2 ; ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 ; ATF 126 V 75 consid. 3b).

E. 8

a. Lorsqu'il n'est pas possible d'établir ou d'évaluer de manière fiable les deux revenus provenant d'une activité lucrative, il faut appliquer la méthode extraordinaire d'évaluation de l'invalidité (ATF 128 V 30 consid. 1). Selon cette méthode, on commence par déterminer, sur la base d'une comparaison des activités, quel est l'empêchement provoqué par la maladie ou l'infirmité, après quoi l'on apprécie séparément les effets de cet empêchement sur la capacité de gain. Une certaine diminution de la capacité de rendement fonctionnelle peut certes, dans le cas d'une personne active, entraîner une perte de gain de la même importance, mais n'a pas nécessairement cette conséquence. Si l'on voulait, dans le cas des personnes actives, se fonder exclusivement sur le résultat de la comparaison des activités, on violerait le principe légal selon lequel l'invalidité, pour cette catégorie d'assurés, doit être déterminée d'après l'incapacité de gain (ATF 128 V 30 consid.1; ATF 104 V 136 consid. 2; VSI 1998 p. 122 consid. 2a et p. 257 consid. 2b). b. La méthode extraordinaire est souvent utilisée pour les indépendants, principalement ceux qui travaillent dans l'agriculture ou qui exercent un métier manuel lorsque, en raison de leur état de santé, ils se voient contraints d'abandonner l'activité qu'ils exercent à titre principal et de modifier la structure de leur exploitation par l'engagement de nouveaux collaborateurs (VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) et de l'assurance-invalidité (AI), Schulthess, 2011, ch. 2183). Selon la jurisprudence, la comparaison des résultats d'exploitation réalisés dans une entreprise artisanale avant et après la survenance de l'invalidité ne permet de tirer des conclusions valables sur la diminution de la capacité de gain due à l'invalidité que dans le cas où l'on peut exclure au degré de vraisemblance prépondérante que les résultats de l'exploitation aient été influencés par des facteurs étrangers à l'invalidité. En effet, les résultats d'exploitation d'une entreprise artisanale dépendent souvent de nombreux paramètres difficiles à

A/109/2016 - 9/14 - apprécier, tels que la situation conjoncturelle, la concurrence, l'aide ponctuelle de membres de la famille, des personnes intéressées dans l'entreprise ou des collaborateurs. Généralement, les documents comptables ne permettent pas, en pareils cas, de distinguer la part du revenu qu'il faut attribuer à ces facteurs (étrangers à l'invalidité) et celle qui revient à la propre prestation de travail de l'assuré (VSI 2/1998 p. 122 consid. 2c; VSI 5/1998 p. 255 consid. 4a; RCC 1979, p. 228ss; ATAS/112/2009; ATAS 526/2005). c. Dans le cas d'un assuré de condition indépendante, on peut exiger, pour autant que la taille et l'organisation de son entreprise le permettent, qu'il réorganise son emploi du temps au sein de celle-ci en fonction de ses aptitudes résiduelles. Il ne faut toutefois pas perdre de vue que plus la taille de l'entreprise est petite, plus il sera difficile de parvenir à un résultat significatif sur le plan de la capacité de gain. Au regard du rôle secondaire des activités administratives et de direction au sein d'une entreprise artisanale, un transfert de tâches d'exploitation proprement dites vers des tâches de gestion ne permet en principe de compenser que de manière très limitée les répercussions économiques résultant de l'atteinte à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 9C_580/2007 du 17 juin 2008 consid. 5.4). Aussi, lorsque l'activité exercée au sein de l'entreprise après la survenance de l'atteinte à la santé ne met pas pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle de l'assuré, celui-ci peut être tenu, en fonction des circonstances, de mettre fin à son activité indépendante au profit d'une activité salariée plus lucrative (arrêt du Tribunal fédéral 9C_394/2009 du 8 janvier 2010

consid. 5.2 ss).

E. 9

Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la A/109/2016 - 10/14 - description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées). En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc).

E. 10

a. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus

vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a). b. Selon la jurisprudence (DTA 2001 p. 169), le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe

A/109/2016 - 11/14 - de simplicité et de rapidité de la procédure, ni la maxime inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire judiciaire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170 p. 136). À l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (voir RAMA 1986 n° K 665 p. 87). La récente jurisprudence du Tribunal Fédéral prévoyant que la Cour ordonne une expertise au besoin ne saurait en effet permettre à l'assurance de se soustraire à son obligation d'instruire (ATF 137 V 210 ; cf. notamment ATAS/588/2013 du 11 juin 2013 ; ATAS/454/2013 du 2 mai 2013 ; ATAS/139/2013 du 6 février 2013).

E. 11

Il convient d'examiner quelles sont les répercussions des atteintes à la santé présentée par le recourant sur sa capacité de travail, depuis son accident du 31 juillet 2013. Dans ses rapports de synthèse des 26 juin et 1er décembre 2015, la Dresse F_____ du SMR retient, sur la base du rapport du Dr D_____, que l'assuré a été incapable de travailler du 31 juillet 2014 (recte : 2013) au 24 avril 2014, suite à quoi il a recouvré sa pleine capacité de travail, sous réserve d'une nouvelle incapacité transitoire du 9 septembre au 12 octobre 2014 en lien avec une ablation chirurgicale du matériel d'ostéosynthèse. Elle estime que la profession de bijoutier-joaillier-sertisseur est compatible avec les limitations de l'assuré, relatives à l'alternance des positions, au port de charges supérieures à 10 kilogrammes, aux rotations du tronc et aux positions penchées et en porte-à-faux du rachis. De son côté, le recourant conteste avoir recouvré sa pleine capacité de travail le 24 avril 2014. Il se prévaut des rapports de la Dresse C_____, son médecin-traitant, et du Dr H_____, spécialiste FMH en rhumatologie.

E. 12

En l'espèce, il sied de relever d'emblée que les rapports de synthèse établis par le SMR les 26 juin et 1er décembre 2015 ne reposent pas sur des observations cliniques auxquelles ce service aurait lui-même procédé, mais sur une brève analyse des rapports versés au dossier et plus particulièrement sur celui du Dr D_____, spécialiste FMH en chirurgie et traumatologie. Force est de constater que ce rapport du Dr D_____ est succinct, qu'il ne précise pas sur quels examens cliniques il se fonde, et qu'il ne contient aucune anamnèse hormis la mention que l'assuré a subi un accident de parapente puis deux opérations à Berne

en août 2013. Ses conclusions attestant de la récupération d'une pleine capacité de travail dans l'activité de bijoutier sont peu motivées et semblent reposer essentiellement sur le fait que l'assuré, lors de sa consultation du 24 avril 2014, n'a pas signalé au chirurgien D_____ de limitations majeures dans son activité professionnelle. Il paraît toutefois opportun de relever qu'à cette date, cela ne faisait que trois semaines que l'assuré avait repris son travail, de surcroît à un taux réduit

A/109/2016 - 12/14 - de 20% (cf. rapport d'évaluation du 5 mai 2014), et qu'une ablation chirurgicale du matériel d'ostéosynthèse devait encore être effectuée. On peut dès lors douter que le Dr D_____ bénéficiait, en avril 2014, d'un recul suffisant pour attester de manière sûre du recouvrement d'une pleine capacité de travail. On peut regretter, au demeurant, que ce chirurgien n'ait jamais été invité par l'intimé à se prononcer sur les conclusions divergentes formulées par les autres médecins de l'assuré. S'agissant des conclusions de la Dresse C_____ et du Dr H_____ attestant d'une capacité de travail restant limitée à 60%, elles divergent sensiblement de la pleine capacité de travail retenue par le Dr D_____ depuis la fin du mois d'avril 2014. Cette divergence, cumulée aux réserves qui viennent d'être exposées ci-dessus, est de nature à jeter un doute quant à la valeur probante des conclusions du Dr D_____ sur lesquelles repose la décision attaquée. Il n'est toutefois pas possible de lever ce doute sur la base de la documentation médicale versée au dossier. En effet, les rapports des Drs C_____ et H_____ sont peu détaillés eux aussi, et ils ne motivent pas le taux de capacité de travail retenu de 60%, qui correspond apparemment au taux d'activité effectif de l'assuré. En outre, leur status clinique est bref voire inexistant : le Dr H_____ relate des douleurs para-vertébrale L3-S1 et un déficit de coordination et de proprioception, tandis que la Dresse C_____ confirme des douleurs dorsales à l'effort et lors du maintien de la position assise ainsi qu'une fatigabilité, sans autre précision. Enfin, il convient de relever que ces médecins se sont seulement exprimés sur la capacité de l'assuré à exercer son activité indépendante habituelle, sans préciser toutefois si une autre activité potentiellement mieux adaptée à ses limitations était envisageable, le cas échéant à quel taux. Au vu de ce qui précède, il n'y a pas lieu de reconnaître, sans instruction complémentaire, une pleine valeur probante aux conclusions du Dr D_____ et aux rapports de synthèse du SMR. Il en va de même des rapports des Drs C_____ et H_____. On précisera, s'agissant des deux rapports de synthèse précisés, qu'il convient de faire preuve de réserve vis-à-vis de ceux-ci, dès lors qu'ils ne reposent pas sur des observations cliniques auxquelles les médecins du SMR auraient personnellement procédé, mais exclusivement sur les informations versées au dossier, qui s'avèrent insuffisantes en l'occurrence (arrêt du Tribunal fédéral 9C_ 578/2009 du 29 décembre 2009 consid. 3.2 in fine).

E. 13

En définitive, la Chambre de céans constate que la cause est insuffisamment instruite, de sorte qu'elle n'est pas en mesure de tirer des conclusions définitives quant aux répercussions des atteintes lombaires du recourant sur sa capacité à exercer son activité habituelle et, le cas échéant, une autre activité adaptée à ses limitations. Il se justifie en conséquence d'admettre partiellement le recours, d'annuler la décision du 4 décembre 2015 et de renvoyer la cause à l'OAI pour instruction complémentaire, étant rappelé qu'il n'appartient pas au juge de suppléer aux

A/109/2016 - 13/14 - carences de l'instruction menée par l'administration. Afin de départager les conclusions divergentes des médecins sur la capacité de travail, il

appartiendra à l'intimé de mettre en œuvre une expertise confiée à un expert indépendant, selon la procédure prévue à l'art. 44 LPGA. L'expert se prononcera sur la capacité de travail et son évolution depuis le 31 juillet 2013, date de l'accident de parapente, en tenant compte de l'ensemble des rapports médicaux versés au dossier, y compris ceux produits à l'appui du recours.

E. 14

Enfin, la Cour observe que l'intimé n'a pas calculé le degré d'invalidité ni examiné quelle méthode d'évaluation de l'invalidité était applicable, dans la mesure où il est parti du principe que l'assuré n'avait pas subi d'incapacité de travail d'au moins 40% pendant une année (art. 28 al. 1 let. b LAI). Dès lors, il lui appartient, si les conclusions de l'expertise l'imposent, de déterminer si une comparaison des revenus selon la méthode ordinaire peut être effectuée ou s'il convient au contraire de recourir à la méthode extraordinaire d'évaluation de l'invalidité, laquelle est fréquemment utilisée pour les indépendants (cf. supra consid. 8). Si l'hypothèse d'une incapacité de travail de 40% pendant au moins une année se vérifie, l'intimé intégrera à sa nouvelle décision un calcul du degré d'invalidité conforme au droit, en précisant le statut et la méthode d'évaluation de l'invalidité sur lesquels il se fonde.

E. 15

La procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice, un émolument de CHF 500.- est mis à charge de l'intimé (art. 69 al. 1 bis LAI).

A/109/2016 - 14/14 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme : 1. Déclare le recours recevable. Au fond : 2. L'admet partiellement et annule la décision du 4 décembre 2015. 3. Renvoie le dossier à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision dans le sens des considérants. 4. Met un émolument de CHF 500.- à la charge de l'intimé. 5. 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

E. 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

Irene PONCET

La présidente

Catherine TAPPONNIER 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.