

GE_GERICHTE A/1350/2011 vom 7. November 2011

GE Cour de justice, 2011-11-07, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1350_2011

FR: GE_GERICHTE A/1350/2011 du 7 novembre 2011

IT: GE_GERICHTE A/1350/2011 del 7 novembre 2011

Erwägungen

E. 23

Dans son rapport du 4 janvier 2011, le SMR conclut ainsi à une capacité de travail entière dès janvier 2003 dans une activité adaptée, "à traduire en termes de métier par un spécialiste en réadaptation", hormis une période d'incapacité de travail à 100% du 4 février 2009 au 31 janvier 2010 en raison de l'aggravation d'une affection psychique présente depuis 2003.

E. 24

L'intimé conteste que les experts de la seconde expertise aient manqué d'indépendance. Leur analyse était circonstanciée, fondée sur l'ensemble du dossier médical, l'anamnèse et les plaintes de l'assurée. Les diagnostics étaient clairs, les conclusions motivées et exemptes de contradiction. Les objections du médecin-traitant n'apportaient pas d'élément objectif permettant de douter du bien-fondé de la seconde l'expertise. La situation médicale avait été pleinement investiguée et ne nécessitait plus d'être revue. Le recours devait donc être rejeté.

E. 25

Dans sa réplique, l'assurée s'étonne du fait que l'intimée n'explique pas pour quelle raison une seconde expertise était nécessaire. Certes, l'assurance disposait de la latitude de multiplier les expertises jusqu'à ce qu'elle en détienne une qui lui soit favorable. Cela ne signifiait pas pour autant que celle-ci soit considérée plus probante que la précédente. Seul l'établissement d'une nouvelle expertise permettra de mettre un terme aux incertitudes générées par les conclusions contradictoires des deux expertises.

E. 26

Par courrier du 19 juillet 2011, la Cour de céans a informé les parties que la cause était gardée à juger. EN DROIT Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS 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. Formé, par ailleurs, dans la forme et le délai prescrits, compte tenu des fêtes pascales, le recours est recevable (art. 38 al. 4 let. c, 60 et 61 let. b LPGA). Pour les motifs qui seront exposés ci-après, il ne sera pas fait droit au chef de conclusions préalable de la recourante tendant à la mise sur pied d'une expertise judiciaire. Se pose en premier lieu la question de savoir dans quelle mesure la Cour de céans est liée par son précédent arrêt et si elle peut examiner le degré d'invalidité retenu dans la première décision de refus. a) Lorsque l'autorité de recours statue, comme en l'espèce, par une décision de renvoi, l'autorité à laquelle la cause est renvoyée, de même que celle qui a rendu la décision sur recours sont tenues de se conformer aux instructions du jugement de renvoi. Ce principe

est applicable même en l'absence de texte et vaut, partant, dans la procédure administrative en général (ATF 117 V 237 consid. 2a; ATF np 4A_71/2007 du 19 octobre 2007, consid. 2.1 et 2.2). Il en découle que l'autorité de recours peut revoir, à l'occasion d'un recours subséquent, les points qu'elle n'a pas tranchés lors de la première procédure de recours (cf. ATF 131 III 91 consid. 5.2; MEYER/VON ZWEHL, L'objet du litige en procédure de droit administratif fédéral, in: Mélanges Pierre Moor, Berne 2005, n. 30.4 p. 448). b) La décision du 16 mai 2007 était fondée sur la capacité de travail de 100% de la recourante. Dans son recours du 11 juin 2007, la recourante avait clairement requis une rente d'invalidité de 50% et une "reconversion professionnelle". L'arrêt du 6 novembre 2007 retient que la recourante a droit à des mesures de réadaptation, au vu du degré d'invalidité de l'ordre de 20%. Les limitations fonctionnelles importantes retenues justifiaient que la possibilité de réadaptation professionnelle soit examinée. Les questions de l'exigibilité et du degré d'invalidité n'ont cependant pas été abordées. Par ailleurs, l'arrêt précité a entièrement annulé la décision qui refusait le droit à une rente d'invalidité; il n'a, en particulier, pas limité l'annulation de la décision au refus du droit aux mesures de réadaptation. Partant, l'arrêt du 6 novembre 2007, qui portait uniquement sur l'examen des mesures de réadaptation, n'était pas susceptible d'acquiescer force matérielle de chose jugée en ce qui concerne l'exigibilité et le degré d'invalidité. La Cour peut donc entrer en matière sur l'examen de ces points.

3. Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (art. 4 al. 2 LAI). Ce moment doit être déterminé objectivement sur la base de l'état de santé. Il ne coïncide pas forcément avec la date à laquelle une demande a été présentée, ni à celle à partir de laquelle une prestation a été requise ni avec le moment où l'assuré apprend, pour la première fois, que l'atteinte à sa santé peut ouvrir droit à des prestations d'assurance. S'agissant du droit à une rente, la survenance de l'invalidité correspond au moment où celui-ci prend naissance, en application de l'art. 29 al. 1 LAI, 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 1er jour du mois qui suit le dix-huitième anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 2 LAI ; ATF 126 V 5 9 consid. 2b et références citées).

a) Il convient, d'abord, de déterminer la capacité de travail de la recourante. Cette dernière demande que soit écartée l'appréciation des seconds experts à ce sujet ou, à défaut, que la Cour diligente une expertise judiciaire. L'intimé estime que les remarques du médecin-traitant ne sont pas de nature à remettre en cause les conclusions des seconds experts qu'il convient de suivre. b) 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 126 V 360 consid. 5b; 125 V 195 consid. 2; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Selon le principe de libre appréciation des preuves (cf. art. 61 let. c LPG), 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 (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee). S'agissant plus particulièrement des rapports d'expertise établis par les médecins des assureurs ou mandatés par ceux-ci, le juge peut leur accorder pleine valeur probante aussi longtemps qu'ils aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATF n.p. du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee). En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. 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 353 consid. 3b/bb et cc). c) En l'espèce, les deux expertises organisées par l'intimé ont été conduites de manière sérieuse. Toutes deux contiennent une anamnèse, tiennent compte des plaintes de l'expertisée, font suite à un examen de celle-ci, se fondent sur l'ensemble du dossier médical et comportent une analyse circonstanciée et des réponses claires, exemptes de contradictions internes. Aucun élément ne porte à douter des compétences professionnelles des experts. Le Dr O _____ est spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie et en médecine psychosociale et psychosomatique, le Dr Q _____ est spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne et le Dr R _____ spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Le seul fait que les seconds experts sont rattachés à un bureau d'expertises ne permet pas, en tant que tel, de remettre en cause leur indépendance, quand bien même ce bureau serait, comme le soutient la recourante, l'objet de critiques répétées. A cet égard, la recourante se borne, au demeurant, à une affirmation générale quant à la réputation de ce bureau, sans donner d'éléments précis de nature à s'interroger sur l'impartialité des Drs Q _____ et R _____. Les expertises ne divergent guère sur le diagnostic posé. Toutes deux retiennent des lombalgies chroniques et des gonalgies ainsi qu'un conflit sous-acromial bilatéral (Dr Q _____), respectivement un syndrome irritatif de la coiffe des rotateurs du côté droit avec syndrome d'encastrement de l'acromion du côté ipsilatéral (Dr O _____). Par ailleurs, les deux expertises convergent, en grande partie, sur les limitations fonctionnelles engendrées par les atteintes physiques. Les deux expertises préconisent d'éviter le port de charges dépassant 5 kg. Le Dr O _____ recommande une position assise ou assise-alternée, alors que le Dr

Q _____ indique que l'assurée doit éviter les mouvements des bras au-dessus de l'horizontal, les positions à genoux ou accroupies, monter sur une échelle, marcher sur un sol irrégulier et les positions en flexion du tronc. Les limitations énumérées par le Dr Q _____ semblent ainsi plus nombreuses que celles retenues par le Dr O _____.

Toutefois, le Dr Q _____ ne fait que préciser les limitations évoquées par le Dr O _____. En effet, en tant que ce dernier préconise une position assise ou assise-alternée, il exclut implicitement les positions à genoux ou accroupies, le fait de monter sur une échelle ou de marcher, voire les mouvements des bras au-dessus de l'horizontale et les positions en flexion du tronc. Enfin, les experts s'accordent sur le fait que l'état psychique n'influe pas sur la capacité de travail, sous réserve d'une période limitée, postérieure à la première expertise. Dès lors qu'aucune divergence importante ne sépare les experts sur le plan du diagnostic et des limitations fonctionnelles, il n'y a pas lieu de procéder à une expertise judiciaire, qui n'apporterait à cet égard pas d'éléments utiles à la solution du litige. En revanche, les experts divergent sur la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée. Se pose ainsi la question de savoir si le dossier contient des éléments permettant de départager les experts sur ce point. A cet égard, la Cour relève que le SMR s'était écarté du premier rapport d'expertise en considérant que celui-ci retenait à tort l'existence de lombalgies, qui n'étaient pas documentées. Or, cet avis n'est pas partagé par les seconds experts, qui retiennent le diagnostic de lombalgies chroniques et rejoignent sur ce point le premier expert. Le motif invoqué par le SMR pour s'écarter de la première expertise n'était donc pas fondé. Le rapport du 24 février 2010 du SMR, qui propose la mise sur pied d'une expertise bi-disciplinaire, fait notamment état des certificats médicaux relatifs à l'état tant psychique que physique de l'assurée et du rapport relatif au "stage d'observation PRO". A la lecture de ces pièces, il n'apparaît pas que l'état de santé de la recourante se serait amélioré depuis l'établissement de la première expertise, ce qui pourrait expliquer les conclusions plus positives des seconds experts quant à la capacité de travail résiduelle de l'assurée. Au contraire, l'impression se dégage de la lecture du rapport du SMR que l'état de santé de la recourante se serait plutôt péjoré depuis 2005. Par ailleurs, le rapport d'évaluation du stage de réadaptation professionnelle confirme l'appréciation faite par le premier expert et infirme celle des seconds experts quant à la capacité de travail résiduelle de l'assurée. Ledit rapport met en exergue les très bonnes aptitudes professionnelles et sociales de la recourante, ses capacités manuelles, sa bonne conscience professionnelle et sa persévérance. Selon les observations faites par le centre d'évaluation, la recourante est tout à fait capable de travailler dans le domaine de l'industrie légère pour laquelle toutefois aucune formation n'est envisageable. Le centre n'était pas en mesure de se prononcer sur le taux d'activité dont l'assurée serait capable. Les tentatives d'augmenter de 50% à 80% le taux d'activité s'étaient, en effet, soldées par un échec en raison des douleurs ressenties. A cet égard, il convient de souligner que le centre a attribué la note maximale à la recourante pour ce qui concerne sa motivation et sa conscience professionnelle. Le rapport ne laisse d'aucune manière entendre que la recourante collaborerait insuffisamment ou simulerait des douleurs. L'absence d'éléments d'exagération ou de simulation est, au demeurant, relevée par l'ensemble des experts. Les observations faites dans le cadre du mandat de réadaptation professionnelle, qui peuvent compléter le dossier médical (cf. Karl Abegg, Coup d'œil sur l'activité des centres d'observation professionnelle de l'AI [COPAI], in RCC 1985, p. 246 ss), viennent ainsi corroborer l'appréciation du premier expert quant à la capacité résiduelle de travail qui ne peut excéder 50% dans une activité adaptée. Au vu de l'ensemble de ces circonstances, la Cour considère qu'il convient de se rallier aux

conclusions du Dr O_____. Elle relève qu'en sus des éléments précités, elle ne dispose d'aucun élément permettant de comprendre pour quelle raison la seconde expertise s'écarte tant de la première expertise que des enseignements tirés du stage auprès de la fondation PRO. En conclusion, la capacité de travail résiduelle de la recourante dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles est donc de 50%. Le début de l'incapacité de travail a été fixée par l'intimée au 1^{er} janvier 2003 (cf. rapports du SMR des 4 octobre 2005, 14 octobre 2009). L'incapacité de travail totale pour des raisons psychiques, du 4 février 2009 au 31 janvier 2010, n'est pas litigieuse. 4. Il convient, en second lieu, de se prononcer sur le degré d'invalidité de la recourante. a) L'art. 16 LPGA s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative, comme la recourante. Chez ces assurés, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 130 V 348 consid. 3.4; 128 V 30 consid. 1; 104 V 136 consid. 2a; art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue, doivent être prises en compte (ATF 129 V 223 consid. 4.1, 128 V 174). Le revenu de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la référence). Il 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 la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires intervenue jusqu'au moment du prononcé de la décision. On ne saurait s'écarter d'un tel revenu pour le seul motif que l'assuré disposait, avant la survenance de son invalidité, de meilleures possibilités de gain que celles qu'il mettait en valeur et qui lui permettaient d'obtenir un revenu modeste (ATF 125 V 157 consid. 5c/bb et les arrêts cités); il convient toutefois de renoncer à s'y référer lorsqu'il ressort de l'ensemble des circonstances du cas que l'assuré, sans invalidité, ne se serait pas contenté d'une telle rémunération de manière durable (cf. AJP 2002 1487; RCC 1992 p. 96 consid. 4a). Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. L'administration doit en principe examiner quelles possibilités de réadaptation concrètes existent pour l'assuré, compte tenu de l'ensemble des circonstances, en particulier de ses caractéristiques physiques et psychiques ainsi que de sa situation professionnelle et sociale, considérées de manière objective (ATF 113 V 28 consid. 4a; 109 V 28). Cela étant, lorsqu'il est clair d'emblée que l'exercice d'activités relativement variées est encore exigible de l'intéressé, un renvoi général à un marché du travail équilibré, structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifié, est suffisant (VSI 1998 p. 296 consid. 3b; arrêt M. du 22 septembre 2006, I 636/06, consid. 3.2). Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité lucrative, ou aucune activité lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité résiduelle de travail, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalide peut alors être évalué sur la base, notamment, des données salariales

publiées par l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 126 V 78 consid. 5). b) En l'espèce, l'intimé a retenu, en se fondant sur les indications fournies par l'ancien employeur de la recourante, que le salaire de celle-ci se serait élevé, en 2003, à 52'319 fr. par année. Dans une activité adaptée, il aurait été de 48'579 fr. pour un taux d'activité à 100%. Ces chiffres en tant que tels ne sont pas contestés; ils sont au demeurant conformes aux pièces du dossier ainsi qu'aux données ressortant des statistiques de l'Office fédéral de la statistique. Comme cela vient d'être exposé, la capacité résiduelle de travail de la recourante est de 50%. Partant, son degré d'invalidité doit être déterminé en opposant le salaire de 52'319 fr. à celui de 24'289 fr. 50 (48'579 fr. : 2). Il en résulte une invalidité de 53,57%, respectivement de 58,22% si l'on tient compte de la réduction de 10% opérée par l'intimé au titre de réduction supplémentaire "selon l'approche pluridisciplinaire". La recourante peut ainsi prétendre à une demi-rente d'invalidité, à partir du 1^{er} janvier 2004 (art. 28 et art. 29 al. 1 let. b LAI, dans leur teneur en vigueur entre le 1^{er} janvier 2003 et le 31 décembre 2007; idem s'agissant du droit à la demi-rente selon l'art. 28 al. 2 LAI, en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008). Pendant la période du 1^{er} mai 2009 au 31 janvier 2010, la rente d'invalidité sera entière (art. 88a RAI, art. 29 al. 3 LAI). 5. Contrairement à ce que requiert la recourante, l'intimée n'est pas tenue de lui octroyer des nouvelles mesures de réadaptation. De telles mesures ont, en effet, déjà été accordées sous la forme du stage effectué auprès de la fondation PRO. La recourante n'expose, par ailleurs, pas pour quelle raison de nouvelles mesures de réadaptation devraient être entreprises. Elle sera donc déboutée sur ce point. 6. En tant que la recourante demande une mesure de placement, la Cour relève que celle-ci avait indiqué, en mai 2009, à la coordinatrice d'emploi qu'elle ne pensait "actuellement" pas avoir besoin de l'aide au placement. Il ne peut toutefois être déduit de ce qui précède que la recourante a renoncé définitivement à l'aide au placement qui lui avait été proposée, ce d'autant plus que l'incapacité de travail totale de la recourante, en mai 2009, a été reconnue par l'intimé. Partant, la recourante a droit à l'aide au placement, que l'on considère que ce droit doit être examiné à l'aune du droit applicable selon l'ancien art. 18 al. 1 première phrase LAI ou l'art. 18 al. 1 LAI dans sa nouvelle teneur, en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008. Dans la mesure où la recourante semble avoir - à tout le moins dans le passé - opéré une confusion entre le placement et le reclassement, la Cour relève que l'assurée ne peut prétendre, sauf exception non réalisée en l'espèce, à une formation de niveau supérieur à celui de son ancienne activité. Il appartient, en effet, à l'assurance-invalidité de prendre en charge les mesures nécessaires propres à atteindre le but de réadaptation visé, mais non pas celles qui seraient les meilleures dans son cas (ATF 124 V 110 consid. 2a et les références ; VSI 2002 p. 109 consid. 2a). 7. La recourante, qui obtient partiellement gain de cause, a droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens, que la Cour fixe en l'espèce à 1'500 fr. (art. 61 let. g LPG ; art. 89H al. 3 LPA ; ATF 122 V 278 , consid. 3e/aa). L'intimé sera par ailleurs condamné à un émolument de 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). * * * PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : L'admet partiellement et annule la décision du 22 mars 2011. Dit que la recourante a droit à

une demi-rente à partir du 1^{er} janvier 2004, à une rente entière du 1^{er} mai 2009 au 31 janvier 2010, puis depuis lors à une demi-rente. Renvoie le dossier à l'intimé pour le calcul de la rente. Dit que la recourante a droit à une mesure de placement. Condamne l'intimé à une indemnité de procédure de 1'500 fr. en faveur de la recourante. Met un émolument de 1'000 fr. 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 Maryse BRIAND La présidente Florence KRAUSKOPF 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.