

## **GE\_GERICHTE A/1599/2008 vom 16. Oktober 2008**

GE Cour de justice, 2008-10-16, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_1599\\_2008](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1599_2008)

FR: GE\_GERICHTE A/1599/2008 du 16 octobre 2008

IT: GE\_GERICHTE A/1599/2008 del 16 ottobre 2008

### **Volltext**

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 16.10.2008  
A/1599/2008

A/1599/2008 ATAS/1172/2008 du 16.10.2008 ( AI ) , REJETE En fait En droit  
RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/1599/2008  
ATAS/1172/2008 ARRET DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES  
SOCIALES Chambre 8 du 16 octobre 2008 En la cause Madame T\_\_\_\_\_, domiciliée  
à GENEVE, représentée par ASSUAS Association suisse des assurés recourante contre  
OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue de Lyon 97, GENEVE  
intimé EN FAIT Madame T\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1970,  
mariée le 4 septembre 1997, mère de 4 enfants nés en 1998, 2000, 2002 et 2006, de  
nationalité tunisienne, est arrivée en Suisse en 2003. Elle est titulaire d'une autorisation de  
séjour B. Sans formation professionnelle, l'assurée est mère au foyer. Elle s'occupe d'une  
famille de 6 personnes. Dans le courant de l'année 2003, l'assurée s'est inscrite à  
l'assurance-chômage. Le droit aux indemnités lui a été nié par décision de la Caisse de  
chômage du SIT du 12 novembre 2003. Du mois de juillet 2004 au mois de mai 2007,  
l'assurée a été mise en arrêt total de travail, puis à 50% à partir du mois de juin 2007 en  
raison d'une hernie discale et de lombosciatalgies. Le 5 mai 2006, l'assurée a déposé une  
demande de prestations de l'assurance-invalidité tendant à l'octroi d'une rente. Elle a fait  
état d'une hernie discale depuis le mois d'août 2004 ainsi que de céphalées de tension. Sur  
demande de renseignements de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après :  
l'OCAI), la Dresse A\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et en pneumologie,  
dans un rapport du 22 mai 2006, a diagnostiqué une hernie discale L4-L5 déficitaire depuis  
juillet 2004, traitée conservativement, une lombosciatique L5 gauche très algique et  
récidivante, une récente décompensation à la suite d'une grossesse dont l'accouchement a  
eu lieu le 21 avril 2006, avec des répercussions sur la capacité de travail de l'assurée. Elle a  
également mentionné des céphalées de tension ainsi qu'une carence martiale sur grossesses  
à répétition, sans répercussion sur la capacité de travail. En tant que femme au foyer,  
l'incapacité de travail a été estimée à 100% depuis le mois de juillet 2004. Elle a signalé que  
l'état de santé de l'assurée était stationnaire avec néanmoins une amélioration transitoire en  
2005 avant la quatrième grossesse. Des plaintes subjectives de l'assurée, elle a indiqué que  
la symptomatologie douloureuse était très importante et difficile à contrôler en raison en  
particulier d'une intolérance aux AINS. Elle a précisé que le traitement actuel consistait en  
un traitement médicamenteux à base de Dafalgan (3x 1gr par jour) associé à du Tramal en  
réserve ainsi qu'en séances de physiothérapie lors des décompensations douloureuses. Elle  
a précisé qu'une intervention avait été proposée à l'assurée au mois de novembre 2004  
qu'elle avait toutefois refusée. Elle a ajouté que l'évolution était lentement favorable avant  
une nouvelle dégradation depuis novembre 2007 liée à sa quatrième grossesse. Du point de  
vue objectif, ont été retenus un syndrome lombo-vertébral gauche avec un Lazègue à 30° à

gauche, des points de Valleix douloureux, des réflexes diffusément faibles, une hyposthésie de L5-S1 des membres inférieurs gauches et une diminution de la force de l'extension du gros orteil à gauche. Elle a mentionné qu'un ct-scan lombaire réalisé en octobre 2004 avait mis en évidence une hernie discale L4-L5 gauche. Le pronostic était réservé au vu des fréquentes décompensations hyperalgiques de la sciatique depuis deux ans dont la quatrième grossesse avait clairement aggravé le tableau. En annexe au rapport médical, la Dresse A\_\_\_\_\_ a précisé que l'incapacité actuelle de travail était totale dans son activité ménagère en raison de l'état algique, l'assurée étant décompensée à la suite de son quatrième accouchement. Elle a ajouté qu'une activité adaptée n'était pas plus exigible compte tenu de la charge de famille de l'assurée. Elle a néanmoins relevé que l'activité de femme au foyer pouvait ultérieurement être envisagée à raison de 3-4 heures par jour en respectant les limitations fonctionnelles suivantes : pas de position à genou, pas d'inclinaison du buste, pas de position accroupie et de travail en hauteur/sur une échelle. L'assurée a été examinée en date du 15 juin 2006 par le Dr B\_\_\_\_\_, Permanence médicale de Genève, lequel a préconisé la mise en œuvre d'un examen rhumatologique SMR. Au préalable, un rapport médical complet a été requis du médecin traitant aux fins de déterminer l'évolution de l'état de santé de l'assurée. La Dresse A\_\_\_\_\_ a rempli un rapport médical AI en date du 21 mai 2007 dans lequel elle a maintenu les diagnostics de hernie discale L4-L5 déficitaire depuis juillet 2004, de lombosciatalgies récidivantes ainsi qu'une dishydrrose pulmonaire sévère depuis avril 2007 avec répercussion sur la capacité de travail de l'assurée. Une obésité, un état dépressif léger – modéré ainsi que des céphalées de tension récidivantes existant depuis 2006 ont par ailleurs été signalées, sans répercussion sur la capacité de travail. Elle a indiqué que dans l'activité de femme au foyer, l'assurée avait recouvré une capacité de travail de 50% à compter du mois de juin 2007. Elle a relevé que l'état de santé de l'assurée allait en s'améliorant tout en soulignant qu'à distance du quatrième accouchement, l'on assistait à une amélioration des lombosciatalgies gauches. Le pronostic a été considéré comme grandement favorable. En annexe au rapport médical AI, elle a estimé que l'activité de femme au foyer était dorénavant exigible à 50%. Le 28 septembre 2007, la Dresse C\_\_\_\_\_, médecin SMR, a ordonné un examen SMR rhumatologique aux fins de déterminer la capacité de travail exigible de l'assurée en tant que femme au foyer et dans toute autre activité adaptée. L'examen clinique rhumatologique a été mené par le Dr A\_\_\_\_\_, SMR Suisse romande, en date du 7 novembre 2007. Lors de l'examen, la lombosciatalgie gauche de type mécanique a été décrite comme consistant en une irradiation quotidienne dans le membre inférieur gauche alors que les lombalgies ne se manifesteraient que 4 à 5 fois par mois avec 3 épisodes de blocages aigus depuis 2004. La radiation au membre inférieur gauche a été qualifiée d'atypique, les symptômes commençant sous forme d'une irradiation L5 au niveau de la cuisse pour finir au petit orteil avec une irradiation S1. Il a été souligné que les lombosciatalgies ne nécessitaient qu'un traitement peu conséquent. Il a été observé que l'assurée n'avait pas adopté de comportement algique et avait toléré la station assise sans difficulté durant tout l'entretien. Les transferts étaient effectués aisément. Au niveau du rachis, de légers troubles statiques sans syndrome rachidien ont été retenus. Aucun déficit moteur n'a été retenu. Le diagnostic de fibromyalgie a été écarté. Sur le plan thymique, aucun signe pour un état dépressif marqué n'a été observé. Il a été relevé une discordance entre la sciatologie décrite par l'assurée et les constatations objectives de l'examen clinique. L'examen rhumatologique n'a pas permis de mettre évidence de syndrome rachidien, de sciatologie irritative ni de déficit neurologique systématisable. L'assurée a déclaré pouvoir assurer en

grande partie les tâches ménagères, excepté l'utilisation de l'aspirateur et le nettoyage des sols qui déclenchaient des douleurs lombaires. Elle a précisé être aidée par son époux. Au titre de diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail, l'expert n'a retenu aucun diagnostic sur le plan articulaire. Des lombosciatalgies gauches, non irritatives, non déficitaires, dans un contexte de hernie discale L4-5 et de trouble dégénératif postérieur étagé ainsi qu'obésité de classe 1 ont été retenus, sans toutefois engendrer des répercussions sur la capacité de travail. Au titre de limitations fonctionnelles, le port de charge au-delà de 10kg, les activités en porte-à-faux prolongées, les mouvements répétés de flexion-extension, la position debout statique plus de 30 minutes ont été contre-indiqués. Il n'a pas été retenu d'incapacité de travail de durée prolongée, seule une incapacité de travail temporaire de juillet 2004 à janvier 2005 pouvait être acceptable, ceci en relation avec une lombosciatalgie aiguë dans un contexte de hernie discale en 2004. Par la suite, la capacité de travail a été estimée comme complète, limitée à nouveau au mois de novembre 2005 en raison d'une quatrième grossesse. Il a été précisé que la majorité des épisodes de lombosciatalgies en relation avec une hernie discale avaient évolué de façon favorable grâce au traitement conservateur. Aucune aggravation durable de l'état de santé en-dehors des périodes de grossesse ne pouvait être retenue en l'absence de syndrome rachidien, de sciatalgie irritative, de déficit neurologique. L'expert s'est en dernier lieu étonné de ce que l'assurée n'avait pas eu de consultation neurologique ou de nouvel avis neurochirurgical alors même qu'elle avait annoncé de fréquentes décompensations hyperalgiques de sa sciatique. En conclusion, l'expert a retenu que la capacité de travail demeurait complète dans l'activité de ménagère, à distance des épisodes aigus de novembre 2004 et novembre 2005. Une activité adaptée demeurait également exigible, de façon complète, en respectant les limitations fonctionnelles d'épargne du rachis. Le 11 février 2008, la Dresse C\_\_\_\_\_, médecin SMR, a confirmé qu'il n'y avait aucune atteinte incapacitante de sorte que la capacité de travail de l'assurée demeurait exigible à 100% tant dans l'activité actuelle de ménagère que dans toute autre activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles. Par décision du 3 avril 2008, l'OCAI a nié le droit aux prestations d'invalidité, considérant que l'assurée ne présentait pas d'empêchement dans ses activités ménagères. Par recours du 7 mai 2008, la recourante a estimé qu'elle remplissait les conditions d'octroi d'une rente complète d'invalidité vu ses douleurs multiples l'entravant dans son quotidien, en particulier ses douleurs dorsales et céphaliques. Elle a ajouté souffrir d'une fatigue récurrente lui faisant perdre l'essentiel de ses forces motrices et nerveuses. Dans ses observations du 3 juin 2008, l'OCAI a persisté dans sa position et conclu au rejet du recours. La cause a été gardée à juger le 16 juin 2008. EN DROIT Conformément à l'article 56 V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. Le recours interjeté respectant les forme et délai prévus par la loi (art. 56 à 60 LPGA), il y a lieu de la déclarer recevable. La LPGA est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde un principe, pour apprécier une cause, sur l'état de faits réalisés à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 1 consid. 1, 127 V 467 consid. 1 et les références). En

l'espèce, la décision litigieuse, du 3 avril 2008, est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA ainsi qu'à l'entrée en vigueur, le 1<sup>er</sup> janvier 2004, des modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4<sup>ème</sup> révision). Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à une rente d'invalidité doit être examiné au regard des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 4<sup>ème</sup> révision de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références, voir également ATF 130 V 329), sans tenir compte des modifications intervenues dans le cadre de la LAI entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2008. Par ailleurs, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la LAI est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 2006 (RO 2006 2003), apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances sociales genevois (art. 52, 58 et 61 lettre a LPGA). Le présent cas est soumis au nouveau droit, dès lors que le recours a été formé après le 1<sup>er</sup> juillet 2006 (ch. II lettre c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005). a) 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). Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un diagnostic médical pertinent soit posé par un spécialiste et que soit mise en évidence une diminution importante de la capacité de travail (et de gain) (ATF 127 V 299). Ainsi, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelle activité l'assuré est 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 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1). b) En ce qui concerne la preuve, le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf disposition contraire 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 faits 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 et les références ; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi, n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devraient statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a). Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 lettre c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. 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'adresser certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 352 ss consid. 3). c) Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ses avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. 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. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee). d) En ce qui concerne les rapports établis par les médecins-traitant, 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/bb et cc). e) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier ses appréciations, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; KIESER, *das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung*, p. 212, n° 450 ; KOLZ/HANER, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, 2<sup>ème</sup> édition, p. 39, n° 111 et p. 117, n° 320 ; GYGI ; *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2<sup>ème</sup> édition, p. 274 ; cf. aussi ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n° 10 p. 28 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4a Cst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d et l'arrêt cité). En l'espèce, il convient d'examiner si la recourante a droit à une rente de l'assurance-invalidité. En particulier, il s'agit de déterminer si celle-ci souffre d'une atteinte invalidante à sa santé physique, ce que l'OCAI conteste. La recourante se prévaut de l'avis de son médecin-traitant, qui n'est au demeurant pas rhumatologue, selon lequel elle ne conserverait plus qu'une capacité de travail de 50% dans son activité habituelle de ménagère en raison des lombosciatalgies récidivantes dans un contexte de hernie discale diagnostiquée au mois de juillet 2004. Elle allègue en outre des douleurs céphaliques auxquelles s'ajoute une fatigue récurrente lui faisant perdre l'essentiel de ses forces, atteintes justifiant l'octroi d'une rente d'invalidité entière, ce dont le médecin-traitant pourrait attester. Contrairement au médecin-traitant, le Dr A\_\_\_\_\_, y compris le SMR par le biais de la Dresse C\_\_\_\_\_, sont d'avis qu'il n'y a aucune atteinte entraînant une incapacité de travail. Aucun diagnostic sur le plan ostéo-articulaire n'a été retenu en l'absence de syndrome rachidien, de sciatalgie irritative et de déficit neurologique. Admettant les lombosciatalgies gauches dans un contexte de hernie discale L4-5 et de trouble dégénératif postérieur étagé, l'expert considère cependant que les épisodes de lombosciatalgies ne sont que temporaires, qui plus est favorisés par les différentes grossesses de la recourante. D'autre part, l'expert relève que la majorité des épisodes de

lombosciatalgies en relation avec l'hernie discale ont évolué favorablement ensuite du traitement conservateur de sorte qu'il était difficilement acceptable de suivre l'avis médical du médecin-traitant qui se prononçait en faveur d'une incapacité de travail totale et en continu durant 3 ans. L'expert s'est d'ailleurs étonné du fait que malgré les fréquentes décompensations hyperalgiques annoncées par la recourante celle-ci n'avait bénéficié d'aucune consultation neurologique ni de nouvel avis neurochirurgical. L'expert fait encore observer qu'il existe une discordance entre la sciatalgie décrite par la recourante et les constatations objectives de l'examen clinique tout comme il existe une discordance entre les douleurs annoncées par la recourante et sa capacité à assurer les tâches ménagères. Le Tribunal de céans ne peut que suivre les conclusions de l'expert qui a examiné la recourante et considère qu'elle présente une capacité de travail de 100% dans son activité habituelle de ménagère et dans toute autre activité adaptée. Il convient à cet égard de relever que l'examen neurologique a une pleine valeur probante dans la mesure où il remplit tous les critères jurisprudentiels susmentionnés pour lui reconnaître cette qualité. Certes, elle est contredite par l'appréciation médicale du médecin-traitant de la recourante, la Dresse A\_\_\_\_\_ . Cependant, étant le médecin-traitant, son avis est de moins d'importance que les constatations faites par des spécialistes dès lors que les médecins-traitants sont généralement enclins, en cas de doute, à prendre parti pour leur patient. Ceci étant, c'est le lieu de souligner que le médecin-traitant a constaté une amélioration de l'état de santé de la recourante à distance du quatrième accouchement lui permettant de soutenir un pronostic grandement favorable. En conséquence, au vu du traitement médicamenteux peu conséquent suivi par la recourante, du fait également qu'un examen neurologique ne s'est pas révélé nécessaire, le Tribunal de céans ne peut que constater que c'est à juste titre que l'intimé a nié tout droit à des prestations à la recourante, celle-ci ne réalisant pas les conditions pour l'octroi de telles prestations, en particulier celles de l'incapacité de travail durable. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté. La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 2006 (RO 2006 2003) apporte des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances sociales genevois (art. 52, 58 et 61 lettre a LPGa). En particulier, la procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le Tribunal de céans est désormais soumise à des frais de justice, qui doivent se situer entre 200 fr. et 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, le présent cas est soumis au nouveau droit (ch. II lettre c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005), de sorte qu'un émoulement de 200 fr. sera mis à la charge de la recourante. **PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES** : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : Le rejette. Met un émoulement de 200 fr. à la charge de la recourante. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. La greffière La Présidente suppléante Florence SCHMUTZ Diana ZEHNDER 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.