

GE_GERICHTE A/2015/2011 vom 24. November 2011

GE Cour de justice, 2011-11-24, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2015_2011

FR: GE_GERICHTE A/2015/2011 du 24 novembre 2011

IT: GE_GERICHTE A/2015/2011 del 24 novembre 2011

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 24.11.2011
A/2015/2011

A/2015/2011 ATAS/1146/2011 du 24.11.2011 (AI) , REJETE En fait En droit
RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/2015/2011
ATAS/1146/2011 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 24
novembre 2011 3ème Chambre En la cause Madame M _____, domiciliée à Onex,
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître KUBLER Mireille recourante
contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue
de Lyon 97, Genève intimé EN FAIT Madame M _____, née en 1964, a déposé en
date du 28 mai 2009 une demande de prestations auprès de l'OFFICE CANTONAL DE
L'ASSURANCE-INVALIDITE (OAI) en alléguant être femme au foyer depuis 1999, avoir
souffert d'un cancer du sein gauche, être atteinte de dépression et de lombalgies chroniques.
Le Dr A _____, spécialiste FMH en médecine générale, a rempli en date du 17 juin
2009 un rapport médical à l'attention de l'OAI faisant mention d'un cancer du sein gauche,
d'une dépression et de lombalgies chroniques et préconisant une expertise médicale. Une
enquête économique sur le ménage a été effectuée chez l'assurée. Du rapport établi le 9
septembre 2009, il ressort que l'assurée a suivi la scolarité obligatoire puis une formation de
graphiste au Pérou et n'a plus travaillé depuis 1995, date à laquelle elle est arrivée en Suisse
et s'est mariée. Séparée depuis janvier 2008 de son conjoint, l'assurée a affirmé que, sans
atteinte à la santé, elle travaillerait à 60% pour des raisons financières. En conséquence de
quoi l'enquêtrice lui a reconnu un statut mixte (active à 60%). Globalement, le degré
d'empêchement dans l'activité ménagère a été évalué à 15,5 %. Les principales difficultés
ont été reconnues s'agissant de la préparation des repas (empêchement de 10 %), de
l'entretien du logement et des travaux lourds (30%) et de la lessive (30 %). L'enquêtrice a
considéré que, du début du traitement (janvier 2004) à la fin de celui-ci (juillet 2006),
l'assurée avait été dans l'incapacité totale de travailler vu son hospitalisation, la fatigue et
les effets secondaires de la chimiothérapie. A compter de juillet 2006, en revanche,
l'assurée aurait pu commencer à exercer une activité adaptée avec l'aide de l'HOSPICE
GENERAL dans la mesure où, depuis lors, seuls les travaux physiques lourds lui étaient
interdits. Le 2 novembre 2010, le Dr B _____, spécialiste en médecine interne,
oncologie et hématologie a qualifié l'état de l'assurée de stationnaire. Le médecin a indiqué
à titre de limitations fonctionnelles des douleurs lombaires. L'OAI a adressé l'assurée à son
SERVICE MEDICAL REGIONAL (SMR) pour un examen bidisciplinaire confié aux Drs
B _____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, et C _____,
spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Ces médecins, dans leur rapport du 15
février 2011, n'ont retenu aucun diagnostic susceptible d'avoir des répercussions sur la
capacité de travail. S'ils ont mentionné des rachialgies mécaniques sur troubles statiques et
dégénératifs modérés, un status après carcinome canalaire invasif du sein gauche en 2004,

un status après tumorectomie et curage ganglionnaire, un status après radiothérapie et chimiothérapie adjuvantes, un kyste ténosynovial au niveau du carpe droit et une privation de relation affective pendant l'enfance, ils ont précisé que la capacité de travail de l'assurée était préservée. Les médecins ont constaté que les troubles dégénératifs de l'assurée, modérés et débutants, étaient en adéquation avec l'âge de l'intéressée et qu'hormis les limitations fonctionnelles d'usage pour une personne de son âge, il n'y avait aucune restriction, si ce n'est d'éviter les activités à forte charge physique. L'examen psychiatrique n'a montré ni dépression majeure ni décompensation psychotique ni anxiété ni trouble phobique ni trouble de la personnalité morbide ni syndrome douloureux somatoforme persistant. Le diagnostic de dépression posé par le médecin traitant n'a pas été objectivé. Les experts ont émis l'hypothèse que l'assurée avait pu développer une symptomatologie anxio-dépressive réactionnelle ou simplement une humeur dépressive sans incidence sur sa capacité de travail et désormais en rémission complète. Le 4 avril 2011, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision dont il ressortait qu'il se proposait de rejeter sa demande de prestation. Le 28 avril 2011, l'assurée a manifesté son désaccord avec ce projet, alléguant souffrir toujours de douleurs musculaires et de fatigabilité. Par décision formelle du 30 mai 2011, l'OAI a rejeté la demande de l'assurée en se référant à l'avis du SMR. Par écriture du 29 juillet 2011, l'assurée a interjeté recours contre cette décision. En substance, elle allègue souffrir encore de douleurs musculaires qui l'empêchent de porter de lourdes charges et d'assumer son ménage ainsi que d'une certaine fatigabilité. Le Dr A_____, médecin traitant de l'assurée, a appuyé la démarche de sa patiente dont il a expliqué qu'elle avait eu une tumorectomie mammaire gauche en janvier 2004, qu'elle souffrait d'un état anxio-dépressif réactionnel ainsi que de douleurs lombaires lui interdisant les travaux ménagers demandant des efforts. Le médecin a indiqué que sa patiente n'était pas "prête à reprendre une activité professionnelle régulière pour le moment". Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 20 juillet 2011, a conclu au rejet du recours en se référant aux conclusions de l'examen bidisciplinaire du SMR du 15 février 2011 et à celles de l'enquête ménagère du 8 septembre 2009. Une audience de comparution personnelle s'est tenue en date du 29 septembre 2011. La recourante a allégué avoir dû faire appel à trois ou quatre reprises à X_____ car elle se sentait « faible et mal ». Les médecins lui ont alors administré quelque chose contre l'anxiété qui lui a donné des maux d'estomac. Elle a ajouté que malgré des séances de physiothérapie, elle souffrait toujours de douleurs dorsales. Son médecin traitant, entendu à cette occasion, a pour sa part indiqué que les diagnostics retenus par le SMR correspondaient à ses propres conclusions si ce n'est qu'il y ajouterait celui de léger état dépressivo-anxieux réactionnel. Sur question, le médecin a précisé que la patiente n'était ni sous traitement antidépresseur ni sous suivi. Il a expliqué qu'elle doit faire face à de nombreux problèmes : un enfant hyperactif et de nombreuses difficultés avec son mari. Par écriture du 21 octobre 2011, le conseil de la recourante a conclu à ce que soit octroyé à sa mandante une rente entière ou partielle avec effet rétroactif, alléguant que l'intéressée "subit une incapacité permanente" depuis un an déjà avant le dépôt de sa demande de prestations. En substance, le conseil de la recourante invoque un état antidépressif réactionnel et des douleurs lombaires et prétend qu'il ressortirait de l'enquête ménagère que la capacité de travail de sa mandante serait réduite de 60 % dans la sphère professionnelle et de 40 % dans la sphère ménagère (sic). A l'encontre des conclusions de l'examen bidisciplinaire du SMR, il invoque l'avis du médecin traitant. Quant à l'intimé, il a également persisté dans ses conclusions en faisant remarquer que le médecin traitant de l'assurée n'est pas spécialisé en psychiatrie, que l'assurée ne prend aucun traitement

antidépresseur et que les facteurs psychosociaux et socioculturels ne sauraient être pris en considération par l'assurance-invalidité. 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). La compétence de la Cour de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. La LPGA est entrée en vigueur le 1er 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 en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse (ATF 129 V 1, consid. 1; ATF 127 V 467, consid. 1 et les références). C'est ainsi que lorsque l'on examine le droit éventuel à une rente d'invalidité pour une période précédant l'entrée en vigueur de la LPGA, il y a lieu d'appliquer l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et la nouvelle réglementation légale après cette date (ATF 130 V 433 consid. 1 et les références). En l'espèce, la décision litigieuse du 15 octobre 2008 est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA et des modifications de la LAI relatives à la 4ème et à la 5ème révisions, entrées en vigueur respectivement en date des 1er janvier 2004 et 1er janvier 2008. Par conséquent, d'un point de vue matériel, le droit aux prestations doit être examiné au regard des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 5ème révision de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références, voir également ATF 130 V 329). En ce qui concerne 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). Le litige porte sur le point de savoir si les atteintes à la santé dont souffre la recourante sont invalidantes et lui ouvrent, cas échéant, droit à des prestations de l'assurance-invalidité. 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 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. D'après l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'art. 16 LPGA prescrit que 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. Les définitions de l'incapacité de travail, l'incapacité de gain, l'invalidité, de la méthode de comparaison des revenus et de la révision (de la rente d'invalidité et d'autres prestations durables) contenues dans la LPGA correspondent aux notions précédentes dans l'assurance-invalidité telles que développées à ce jour par la jurisprudence (ATFA I 626/03 du 30 avril 2004). L'invalidité est une notion économique et non médicale; ce ne sont donc pas les critères médico-théoriques qui sont déterminants, mais les répercussions de l'atteinte à la santé sur la capacité de gain (cf. par analogie, RAMA 1991 no U 130 p. 272 consid. 3b; voir aussi ATF 114 V 314 consid. 3c). Ainsi le taux d'invalidité ne se confond pas nécessairement avec le taux d'incapacité fonctionnelle déterminé par le médecin; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité

fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a). Parmi les atteintes à la santé psychique qui peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité, il faut mentionner - outre les affections 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'AI, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté et en travaillant dans une mesure suffisante; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée très objectivement. 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 déterminant 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 = RCC 1977 p. 169; RCC 1984 p. 356 consid. 1b). La reconnaissance de l'existence de troubles somatoformes douloureux persistants suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant légitimement sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3 et consid. 6). Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques, d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 352). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (MEYER-BLASER, *Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, in : Schmerz und Arbeitsunfähigkeit*, St. Gall 2003, p. 77). Si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences

entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (voir KOPP/WILLI/KLIPSTEIN, Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten, in : Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1997, p. 1434, avec référence à une étude approfondie de WINCKLER et FOERSTER ; voir sur l'ensemble du sujet ATF 131 V 49). Par ailleurs, s'agissant des troubles dépressifs, il y a lieu d'observer que selon la doctrine médicale (cf. notamment DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 4 e édition, p. 191) sur laquelle s'appuie le Tribunal fédéral, les états dépressifs ne constituent en principe pas une comorbidité psychiatrique grave et durable à un trouble somatoforme douloureux, dans la mesure où ils ne sont en règle générale qu'une manifestation réactive ne devant pas faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATF 130 V 352 consid. 3.3.1 in fine ; MEYER/BLASER, op. cit. p. 81, note 135). a) L'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur les rapports adressés par le(s) médecin(s) traitant(s) à l'Office AI, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les centres d'observation médicale de l'AI, les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge. Dans le cadre de l'évaluation de l'invalidité, la tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé de l'assuré, à indiquer quelles activités ce dernier est incapable d'exercer et dans quelle mesure. Les données médicales constituent en outre 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, 10 V 158 consid. 1). b) Le juge des assurances sociales 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. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider 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. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions du médecin soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a et les références). Ces principes, développés à propos de l'assurance-accidents, sont applicables à l'instruction des faits d'ordre médical dans toutes les branches d'assurance sociale (SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, in Mélanges en l'honneur de Henri-Robert Schüpbach, Bâle 2000 p. 268). c) S'agissant de la valeur probante des 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). Cependant, le Tribunal ne peut écarter un rapport médical au seul motif qu'il est établi par le médecin interne d'un assureur social, respectivement par le médecin traitant (ou

l'expert privé) de la personne assurée, sans examiner autrement sa valeur probante. Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465). d) Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, l'administration est tenue d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure. En particulier, elle doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 K 646 p. 240 consid. 4). En revanche, 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 cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; Kieser, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, p. 212, n° 450; Kölz/Häner, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 2e éd., p. 39, n° 111 et p. 117, n° 320; Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2e éd., 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 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d et l'arrêt cité). En l'espèce, l'intimé a suivi l'avis des médecins du SMR, lesquels ont conclu à une capacité de travail entière. Force est de constater que le rapport des médecins du SMR doit se voir reconnaître pleine valeur probante puisque le médecin traitant a admis en partager les conclusions pour la majeure partie. Certes, il a ajouté qu'il concluait pour sa part à un état dépressivo-anxieux. Il a cependant qualifié ce dernier de « léger ». Dans la mesure où le médecin traitant n'est pas spécialisé en psychiatrie - contrairement au médecin du SMR -, où l'assurée ne prend aucun traitement antidépresseur et où un suivi spécialisé n'a pas été jugé nécessaire, les conclusions du Dr C_____ selon lesquelles il n'y a aucune limitation de travail d'ordre psychique apparaissent convaincantes. Sur le plan physique, il n'est pas contesté que les seules limitations fonctionnelles consistent dans le fait de devoir éviter les activités à forte charge. Enfin, l'enquête ménagère, même en tenant compte de ces limitations de manière très généreuse dans les différents postes considérés, n'arrive qu'à un degré d'empêchement de 15,5 % dans la sphère ménagère (de 40%). A cet égard, on relèvera que le conseil de la recourante semble avoir confondu taux d'activité et degré d'empêchement. Jamais en effet l'enquête n'a conclu à une incapacité de 60% dans la sphère professionnelle ; elle a simplement déterminé qu'en bonne santé, l'assurée aurait travaillé au taux de 60%, sans se prononcer sur sa capacité de travail, cette dernière relevant de la compétence des médecins du SMR. Eu égard aux considérations qui précèdent, il y a lieu de reconnaître pleine valeur probante tant au rapport du SMR qu'à celui de l'enquête ménagère, étant rappelé que les difficultés rencontrées par la recourante et énumérées par son médecin relèvent plus du domaine psycho-social que de celui de l'assurance-invalidité.

Le recours est rejeté. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : Le rejette. Renonce à percevoir l'émolument. 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 Marie-Catherine SECHAUD La présidente Karine STECK 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.