

GE_GERICHTE A/2166/2009 vom 8. September 2009

GE Cour de justice, 2009-09-08, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2166_2009

FR: GE_GERICHTE A/2166/2009 du 8 septembre 2009

IT: GE_GERICHTE A/2166/2009 del 8 settembre 2009

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 08.09.2009
A/2166/2009

A/2166/2009 ATAS/1094/2009 du 08.09.2009 (AI) , REJETE En fait En droit
RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/2166/2009
ATAS/1094/2009 ARRÊT DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES
SOCIALES Chambre 2 du 8 septembre 2009 En la cause Monsieur P _____,
domicilié à CHÂTELAIN, représenté par SYNA – Syndicat interprofessionnel recourant
contre OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ, sis 97, rue de Lyon,
GENÈVE intimé EN FAIT Né en 1960, Monsieur P _____ (ci-après l'assuré ou le
recourant) travaillait en qualité de maçon au service de X _____ successeur de
X _____ & Y _____ depuis le 3 mai 1983. Le 13 janvier 1994,
respectivement le 26 avril 1995, l'assuré a été victime de deux accidents dont les suites
chirurgicales, ont été traitées par le docteur A _____, spécialiste en chirurgie
orthopédique. En raison de douleurs persistantes aux deux genoux et suite à un séjour à la
Clinique de réadaptation de Bellikon, l'assuré a, par demande enregistrée le 6 décembre
1995, sollicité des prestations, sous forme d'une orientation professionnelle, d'un
reclassement dans une nouvelle profession, d'une aide au placement ou d'une rente, à
l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OCAI ou l'intimé). L'OCAI a procédé
à l'instruction de la demande. En particulier, il a mandaté le Centre d'observation
professionnelle de l'assurance-invalidité (COPAI) aux fins d'évaluer les aptitudes à la
réadaptation et la capacité de travail de l'assuré. Du rapport établi le 21 novembre 1997 par
le COPAI, il ressort notamment qu'au cours du stage d'évaluation, l'assuré avait
fréquemment mis en avant le besoin qu'il ressentait, suite à une opération chirurgicale subie
en 1983 pour une sténose aortique, de ménager son cœur, craintes qui, de l'avis du docteur
B _____, spécialiste en médecine interne, étaient excessives et infondées. Dès lors, le
rendement obtenu par l'assuré au cours de son stage en entreprise ne semblait pas refléter,
aux yeux des maîtres du COPAI, la réalité de son potentiel. L'évaluation resterait donc
probablement théorique, étant donné que l'assuré ne paraissait pas réellement décidé à
utiliser sa capacité de travail pour rejoindre le circuit économique normal. En résumé,
l'observation des aptitudes de l'assuré avait mis en évidence une capacité de travail dans un
emploi adapté, tel servant de machine en position assise avec possibilité d'alternance de
positions, ou dans des travaux sériels, de montage ou de petits usinages. Pour tenir compte
du besoin de pauses plus fréquentes, le rendement était estimé à 75% sur un plein temps de
présence, moyennant un réentraînement à l'effort de trois mois. Faisant suite à un projet du
9 décembre 1997 demeuré incontesté, l'OCAI a, par décision du 23 juin 1998, alloué une
demi-rente à l'assuré au vu d'un degré d'invalidité évalué à 51% en fonction des
conclusions du COPAI. Compte tenu de l'attitude passive de l'assuré, il a en outre rejeté les
demandes de prise en charge d'un reclassement dans une nouvelle profession et d'aide au

placement. Dans le cadre de la procédure de révision d'office de la rente d'invalidité, initiée le 8 mars 2005, l'OCAI a recueilli divers avis médicaux. Selon le rapport établi les 9 et 11 avril 2005 par le docteur C_____, interniste et médecin traitant de l'assuré, l'état de santé de celui-ci s'était aggravé. Les gonalgies bilatérales secondaires aux traumatismes et aux différentes opérations subies au niveau des deux genoux n'avaient pas montré d'évolution, les douleurs étant toujours aussi importantes. Par ailleurs, l'assuré se plaignait de cervico-dorsalgies depuis environ une année, qui avaient résisté à différents types de traitements ; il n'avait jamais repris le travail depuis ses problèmes de genoux, ce que les douleurs précitées ne permettaient d'ailleurs pas d'envisager. Pour le surplus, l'assuré suivait alors un traitement antalgique à la demande et la fréquence des consultations était d'une fois tous les deux mois environ. Du rapport d'imagerie par résonance magnétique (IRM) établi le 22 mars 2006 par le docteur D_____, spécialiste en radiologie, il ressort que l'assuré présentait une hernie discale médiane en C5-C6, non compressive, et une discopathie modérée en L3-L4, non compressive ; à l'étage cervical, les dimensions du canal rachidien, rétréci en C5-C6 par la hernie, étaient à la limite inférieure de la norme. Selon les rapports d'IRM établis le 8 mai 2007 par le docteur E_____, spécialiste en radiologie, le genou droit de l'assuré présentait un status après ancienne plastie du ligament croisé antérieur qui semblait en rupture complète à l'émergence tibiale, une gonarthrose fémoro-tibiale avec réaction ostéophytaire marginale et aspect irrégulier des cartilages, ainsi qu'un status après ancienne méniscectomie partielle interne sans argument en faveur d'une récurrence de déchirure du reliquat méniscal. Le genou gauche présentait pour sa part un status après ancienne ostéotomie par agrafe au niveau du plateau tibial externe et ancienne plastie du ligament croisé antérieur, une gonarthrose fémoro-tibiale notamment interne avec pincement articulaire encore incomplet et réaction ostéophytaire marginale. Suite à un avis du Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), l'OCAI a mandaté le Bureau romand d'expertises médicales (BREM) aux fins de réaliser un examen rhumatologique approfondi. Dans son rapport d'expertise du 4 décembre 2008, le docteur F_____, spécialiste en rhumatologie, a notamment exposé ce qui suit. Comme ayant des répercussions sur sa capacité de travail, l'assuré présentait les diagnostics de gonarthrose bilatérale post-traumatique évolutive (M17.2 dans la Classification internationale des maladies [CIM-10]), avec instabilité sur status après plastie du ligament croisé antérieur du genou droit et après méniscectomie interne en 1994 des suites d'un accident, sur status après arthroscopies du genou droit à deux reprises en 1995, sur status après probable algodystrophie du genou droit la même année, et sur status après arthroscopie du genou gauche des suites d'un nouvel accident, qui avait montré une ancienne rupture du ligament croisé et d'anciennes lésions méniscales, et de spondylo-discarthrose cervico-dorso-lombaire symptomatique sans myélopathie ni radiculopathie (M47.8). Sans répercussion sur la capacité de travail de l'assuré, l'experte a retenu les diagnostics d'œsophage de Barret, hernie hiatale avec importante œsophagite de reflux sans métaplasie (K22.1 et K44.9), de psoriasis vulgaire (L40.0), de status après opération d'une sténose aortique sous-valvulaire depuis 1983, avec succès complet (Q25.3), un status après cholécystectomie depuis 1991 (Z90.4) et un status après appendicectomie dans l'enfance. Les plaintes exprimées par l'expertisé paraissaient assez identiques à celles qu'il avait formulées à Bellikon en 1995, où il se plaignait déjà de la nuque et du dos. L'assuré ayant tendance à mettre en avant ses empêchements plutôt que ses aptitudes résiduelles, il était difficile de savoir si les douleurs étaient plus intenses qu'à cette époque ou non. Il conservait un bon état général et n'était pas notablement déconditionné, comparé à la

description qu'il donnait de son état grabataire. Il gardait une bonne mobilité spontanée, sa gestuelle restait globalement harmonieuse, et il présentait des callosités au niveau des pulpes des doigts. Depuis 1996, l'évolution radiologique de la gonarthrose correspondait, compte tenu des lésions subies, à une évolution normale due au vieillissement. À enregistrer toutes les plaintes du patient, on se trouvait en présence d'une gonarthrose de Lequesne au stade chirurgical ; or, il n'en était rien, et aucun des médecins n'avait proposé l'implant de prothèses ou indiqué une opération du rachis. De telles discordances avaient déjà été annoncées, et l'assuré les gérait assez bien, il consultait peu et n'en demandait pas davantage. Pour le surplus, il n'y avait pas d'évidence d'une maladie osseuse métabolique, ni « infiltrative », ni infectieuse, liée par exemple au psoriasis dont l'expertisé était affligé, et l'examen sanguin avait révélé un taux de paracétamol infra-thérapeutique, les anti-inflammatoires non stéroïdiens étant plus difficiles à prendre en raison de la hernie hiatale avec reflux. En conclusion, les limitations en relation avec les troubles constatés imposaient, au plan physique, l'exercice d'une activité légère sans port de charges excédant huit kilogrammes de manière régulière, sans nécessité de se mettre à genoux ou accroupi, sur un terrain stable, avec des alternances de position, principalement assise. Partant, l'activité professionnelle exercée antérieurement n'était plus exigible depuis 1994 et des mesures de réadaptation auraient dû être entreprises dès 1996. En tenant compte de tous les diagnostics retenus, il n'y avait pas de raison médicale pour retenir une baisse d'exigibilité dans une profession adaptée aux limitations constatées. Au vu de ce qui précède et de l'état de santé stationnaire de l'assuré, le SMR a, par avis du 26 janvier 2009, conclu à l'existence d'une incapacité totale de travail dans l'ancienne activité et à une entière capacité de travail dans une profession adaptée aux limitations fonctionnelles décrites par l'experte. Par lettre du 25 mars 2009, l'OCAI a informé l'assuré qu'il continuerait à percevoir la même rente d'invalidité qu'auparavant. Par lettre du 6 avril 2009 adressée à l'OCAI, l'assuré s'est déclaré en désaccord avec la communication précitée, au motif que sa situation médicale s'était détériorée. À l'appui de sa thèse, il produisait des certificats médicaux établis par les docteur A _____ et C _____ les 1^{er} et 6 avril 2009 respectivement. Selon le docteur A _____, l'assuré présentait une pangonarthrose bilatérale, progressive, qui allait augmenter avec l'impotence fonctionnelle. Ultérieurement, des prothèses seraient certainement nécessaires lorsque l'impotence serait insupportable et que la qualité de vie serait restreinte encore davantage. Une reprise de travail était dès lors impossible, et il fallait songer à réévaluer l'invalidité à 70%. Pour le reste, l'assuré consommait beaucoup de Voltarène, Nexium, d'antalgiques et de Dafalgan, et la physiothérapie, trois fois par an, le soulageait temporairement. De l'avis du docteur C _____, l'assuré présentait une aggravation de son état de santé sous forme de lombalgies de plus en plus invalidantes et de cervicalgies depuis 2005. L'IRM réalisée avait mis en évidence une hernie cervicale C5-C6. L'assuré était de plus en plus handicapé par ses douleurs, aussi bien le jour que la nuit, qui l'obligeaient à changer de position constamment ; il ne pouvait rester longtemps ni debout, ni assis, et il ne pouvait pas marcher. Les traitements médicamenteux et physiothérapeutiques ne le soulageaient que très partiellement et brièvement. Partant, la reprise d'une activité professionnelle était impossible. Dans l'avis médical qu'il a rendu le 27 avril 2009, le SMR a notamment exposé que les docteurs C _____ et A _____ mentionnaient une aggravation de l'état de santé de l'assuré dont tous les éléments étaient connus et avaient été discutés par l'experte, aucun élément médical nouveau n'étant rapporté par ces praticiens, de sorte qu'il convenait de s'en tenir aux conclusions de l'expertise. Fort de cette appréciation, l'OCAI a, par décision du 19 mai 2009, confirmé le

droit de l'assuré à la même rente d'invalidité qu'auparavant. Par acte de recours du 18 juin 2009, l'assuré a déclaré contester l'avis médical du SMR et conclure à la réalisation d'une nouvelle expertise. Implicitement, il concluait à l'annulation de la décision précitée. Par lettre adressée au Tribunal le 20 août 2009, l'intimé a déclaré conclure au rejet du recours, motif pris de l'absence d'éléments probants susceptibles de remettre en cause les conclusions de l'expertise du 4 décembre 2008. Sur quoi la cause a été gardée à juger, ce dont les parties ont été informées par lettres du 25 août 2009. EN DROIT Conformément à l'art. 56V al. 1 er let. a ch. 2 de la loi genevoise du 22 novembre 1941 sur l'organisation judiciaire (RSGE E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) qui sont relatives à la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI ; RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. La LPGA, entrée en vigueur le 1 er janvier 2003, est applicable à la présente procédure. Interjeté dans les formes prévues par la loi (art. 56 ss LPGA), le recours adressé au Tribunal de céans le 18 juin 2009, conformément à l'art. 39 al. 1 er LPGA, est recevable. Le litige porte sur le point de savoir si c'est à bon droit que l'OCAI, au terme de la procédure de révision, a considéré que le droit du recourant aux prestations de l'assurance-invalidité demeurerait inchangé. Selon l'art. 17 al. 1 er LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier ; la réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (ATFA non publiés au Recueil officiel des 13 juillet 2006, I 406/05, consid. 4.1 et 31 janvier 2003, I 559/02, consid. 3.2 et les arrêts cités). Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est 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 qu'enfin, les conclusions de l'expert 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 351 consid. 3a, 122 V 157

consid. 1c et les références ; ATF non publié du 23 juin 2008, 9C_773/2007 , consid. 2.1). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, le juge ne s'écarter en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une sur-expertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa). Lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF précité consid. 3b/bb). 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 celui-ci (ATF précité consid. 3b/bb et cc). Ainsi, en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; ATF du 25 mai 2007, I 514/06, consid. 2.2.1, publié in SVR 2008 IV n. 15, p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables qui ont été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF du 6 août 2009, 9C_795/2008 , consid. 2.2). D'autre part, 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 ; ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c). 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). Il sied en outre de rappeler qu'en principe, on conclut à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, par exemple une 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, de 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 (ATF 132 V 65

consid. 4). Enfin, il n'est peut-être pas inutile de rappeler que, depuis le 1^{er} janvier 2008, la loi prévoit expressément, à l'art. 7 al. 2 LAI, que l'assuré doit participer activement à la mise en œuvre de toutes les mesures raisonnablement exigibles contribuant soit au maintien de son emploi actuel, soit à sa réadaptation à la vie professionnelle ou à l'exercice d'une activité comparable (travaux habituels). Il s'agit en particulier de mesures d'intervention précoce (art. 7 d), de mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle (art. 14 a), de mesures d'ordre professionnel (art. 15 à 18 et 18 b) et de traitements médicaux au sens de l'art. 25 de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie. En l'espèce, il n'est pas contesté que les limitations fonctionnelles souffrent le recourant sont, depuis 1995, d'ordre exclusivement physique. À cet égard, il apparaît que l'expertise conduite par le docteur F_____ se fonde sur l'ensemble du dossier médical, sur un examen clinique étendu du rachis et des membres supérieurs et inférieurs du recourant, sur un examen neurologique et radiologique complet, sur une anamnèse abondante, sur les plaintes exprimées lors de la consultation et sur un status détaillé. Le diagnostic posé qui retient, comme ayant des répercussions sur la capacité de travail du recourant, une gonarthrose bilatérale post-traumatique évolutive (M17.2) et une spondylo-discarthrose cervico-dorso-lombaire symptomatique sans myélopathie ni radiculopathie (M47.8), est donc digne de foi. Force est en outre de constater que les rapports médicaux des docteurs A_____ et C_____ ont été établis essentiellement sur la base des plaintes et des inquiétudes formulées par leur patient, dont il a été dit à plusieurs reprises, depuis le séjour de celui-ci à la Clinique de réadaptation de Bellikon, qu'elles étaient largement infondées. Il sied de relever que ces inquiétudes trouvent encore un écho dans le dernier avis du docteur A_____, lequel justifie l'incapacité totale de travail de son patient moins par l'état de santé actuel de celui-ci que par le pronostic défavorable qu'il en tire, sans d'ailleurs fournir de précisions quant aux échéances redoutées. Il en va de même du dernier rapport du docteur C_____, qui atteste que le recourant ne peut plus marcher et que les traitements médicamenteux et physiothérapeutiques, dont on sait, par le résultat des examens sanguins et par d'autres avis qu'ils sont de faible intensité, ne le soulagent que très partiellement et brièvement. En tout état, il apparaît que ni le docteur A_____ ni le docteur C_____ ne font état d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés par le docteur F_____ au terme de son expertise. Ces deux praticiens ne soulèvent pas non plus de critiques susceptibles de faire admettre que le rapport d'expertise du BREM serait entaché d'erreur ou présenterait des arguments contradictoires, de sorte que l'on ne saurait s'écarter des conclusions de ce rapport sans contrevenir aux principes qui ont été rappelés plus haut. Au degré de vraisemblance prépondérant exigé en matière d'assurances sociales, il y a donc lieu de retenir, sans qu'une nouvelle expertise se justifie, que mise à part l'évolution normale de troubles liés au vieillissement, l'état de santé du recourant est demeuré globalement stationnaire entre les deux décisions de l'OCAI. En d'autres termes, il s'impose de constater que les avis médicaux produits par le recourant à l'appui de son recours ne fournissent pas, au degré de vraisemblance requis, d'indices suffisants en faveur d'un changement des circonstances, et qu'ils constituent simplement une nouvelle appréciation du cas. En toute hypothèse, un motif de révision au sens des dispositions légales applicables ne ressort pas clairement du dossier, de sorte que l'intimé était fondé à en conclure que le droit du recourant aux prestations de l'assurance-invalidité demeurait inchangé. Le recours devra par conséquent être rejeté. L'art. 69 al. 1 bis LAI, entré en vigueur le 1^{er} juillet 2006, prévoit qu'en dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de

prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. Le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. L'émolument, arrêté à 200 fr., sera mis à la charge du recourant, qui succombe. PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : Le rejette. Met un émolument de 200 fr. à la charge du recourant. Informe les parties 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 et suivants de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral (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 Isabelle DUBOIS Le secrétaire-juriste : Olivier TSCHERRIG 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.