

GE_GERICHTE A/3140/2012 vom 14. Mai 2013

GE Cour de justice, 2013-05-14, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3140_2012

FR: GE_GERICHTE A/3140/2012 du 14 mai 2013

IT: GE_GERICHTE A/3140/2012 del 14 maggio 2013

Erwägungen

E. 1

ère Chambre En la cause Madame M _____, domiciliée à GENÈVE recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT Madame M _____, née en 1961, a déposé une demande de prestations le 4 juin 2011 auprès de l'OFFICE CANTONAL AI (ci-après OAI). Elle travaille à temps partiel (60%) en qualité d'infirmière depuis 1998 dans un laboratoire d'analyses médicales. Elle a été victime d'un accident de circulation le 5 février 2010. Elle a subi une ostéosynthèse suite à la fracture de Weber de la cheville droite. Le cas a été pris en charge par la SUVA. L'assurée a présenté une incapacité de travail de 100% du 9 novembre 2010 au 6 février 2011 et de 50% dès le 7 février 2011. Des mesures d'intervention précoce sous la forme d'un maintien au poste de travail pendant la reprise professionnelle progressive ont été mises en place le 31 octobre 2011 afin de garantir que celle-ci se déroule dans de bonnes conditions et qu'elle soit adaptée à son état de santé. Il résulte d'un rapport établi par le Dr A _____, chef de clinique au département de gynécologie et d'obstétrique des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) le 21 juillet 2011 que l'assurée a présenté un premier abcès du sein en juillet 2010, puis 4 à 5 récidives pour le même sein dans le courant de l'année 2011. Le diagnostic finalement posé est celui de probable mastite granulomateuse. Une discussion s'est déroulée le 18 novembre 2011 dans les bureaux de l'employeur au cours de laquelle il a été constaté que la reprise de travail à 50% était difficile en raison des douleurs persistantes et que des analyses étaient toujours en cours afin d'avoir un diagnostic sur les raisons de l'abcès que l'assurée présente depuis sa consultation en août 2010. Elle travaille en principe dans le secteur des prélèvements, de sorte qu'elle doit se déplacer dans les différents sites sur Genève. Depuis deux mois cependant elle travaille sur celui de X _____ uniquement. Ce poste lui convient bien. Dans un rapport du 4 janvier 2012, le Dr B _____, spécialiste FMH en allergologie et immunologie, a déclaré que l'état de santé de sa patiente était resté stationnaire. Il précise que sa capacité de travail est de 50% en tant qu'infirmière depuis le 10 mars 2011. Le 29 février 2012, le Dr A _____ a indiqué que l'état de santé s'était amélioré depuis deux mois et que la capacité de travail était de 100% dans le poste de travail occupé en tant qu'infirmière, étant ajouté qu'il n'avait pas établi d'arrêt de travail depuis plusieurs mois. Le 25 avril 2012, l'OAI a informé l'assurée que la prise en charge de frais pour un réentraînement musculaire avec suivi physiothérapeutique lui était accordée du 2 avril au 31 août 2012. L'employeur a déclaré le 23 mai 2012 que l'assurée avait présenté une incapacité de travail de 100% du 10 mars au 19 avril 2011, puis de 50% du 9 décembre 2010 au 9 mars 2011. Une reprise à 100% de son taux d'activité de 60% est envisagée pour le 1^{er} juillet 2012. Le 12 mai 2012, le Dr B _____ a confirmé qu'on pouvait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle antérieure ou à une amélioration de la capacité de travail à 75% dès l'été. Il a précisé que la patiente était en

rémission et participait à un programme de réinsertion précoce. Le Dr A_____ a également annoncé le 18 juin 2012 que l'état de santé s'était amélioré, tout en précisant qu'il n'avait pas revu cette patiente depuis le 22 février 2012. L'OAI a considéré dans une note de travail du 3 août 2012 qu'une enquête économique sur le ménage à domicile sur une période révolue n'était pas opportune, dans la mesure où l'assurée présentait une capacité de travail entière dès le mois de juillet 2012 dans toute activité et qu'elle avait effectivement repris un emploi dès cette date à 100% de son taux d'activité de 60%. L'OAI a transmis à l'assurée le 3 août 2012 un projet de décision selon laquelle sa demande était rejetée. Il a en effet constaté que sa capacité de travail était entière et sans baisse de rendement dès le 1^{er} juillet 2012. L'assurée a contesté le projet de décision le 14 septembre 2012. Elle explique que « Selon mes observations après avoir vécu le 5 février 2010 un violent accident de la route avec une grave commotion cérébrale, plusieurs os brisés à la cheville droite et multiples contusions dans le corps. Pendant mon hospitalisation, avant et après l'opération, j'ai eu beaucoup de chagrin d'accepter que quelqu'un ait pu me renverser et m'abandonner à la croisée des rues, en plus clair prendre la fuite. C'est dans cet état de choc psychologique et de détresse pendant ma convalescence à la maison que le 24 juillet 2010, je me suis réveillée avec une grosse tumeur au sein gauche et que mon deuxième calvaire commence avec des terribles douleurs, une suite de 4 biopsies, 2 mammographies, 10 échographies, 2 IRM, une préparation opératoire en vue de m'enlever la moitié du sein, mon refus, les abcès qui explosent les uns après les autres, les différents et longs essais de traitements antibiotiques sans aucun résultat, les diagnostics de cancer ou de maladie auto-immune, et rester avec de charmantes cicatrices ont mis mes capacités émotionnelles à rude épreuve. Malgré mes efforts, en physiothérapie, je n'arrive pas à récupérer encore la force de mon bras gauche, diminuée à cause d'un œdème lymphatique. Tout ce temps, je me suis efforcée de continuer à travailler, malgré cette grosse souffrance qui me suit encore. (...) Au début, j'ai cru pouvoir m'en sortir seule, pouvoir surmonter mes peurs, mes douleurs, mon malaise et le stress, mais après avoir discuté avec mon médecin traitant, j'ai pris conscience de mon obligation de diminuer le dommage et j'ai accepté de suivre une psychothérapie. Le fait d'affirmer que j'avais repris mon taux de travail habituel est en tous cas une erreur de votre part, jusqu'à maintenant mon incapacité de travail est toujours de 50% dans mon activité habituelle. Dernièrement mon employeur m'a fait savoir que si je ne reviens pas à mon taux de travail habituel, je risque de le perdre. Cette exigence de retour précipité, selon mon médecin, me met vraiment la pression et augmente mon niveau de stress. » Par décision du 17 septembre 2012, l'OAI a confirmé son refus. L'assurée a interjeté recours le 18 octobre 2012 contre ladite décision. Elle rappelle qu'après avoir été grièvement blessée lors d'un accident de la circulation, elle a souffert d'un abcès au sein gauche avec suspicion de cancer, suivi d'une série d'examen agressifs et d'essais de traitements. Elle indique que dès juillet 2010, elle a débuté une psychothérapie, et qu'en octobre 2012, son employeur l'a licenciée pour cause de longue maladie. Elle conclut dès lors à l'octroi de mesures de réadaptation professionnelle. Dans sa réponse du 12 novembre 2012, l'OAI a proposé le rejet du recours. Ce courrier a été transmis à l'assurée et la cause gardée à juger. EN DROIT Conformément à l'art. 56 V 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 1^{er} 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.

Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Déposé dans les forme et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 39 al. 1 et 60 al. 2 LPGA). Le litige porte sur le droit de l'assurée à des mesures de réadaptation professionnelle. Selon l'art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec les art. 7 et 16 LPGA, la réadaptation a la priorité sur la rente dont l'octroi n'entre en ligne de compte que si une réadaptation suffisante est impossible. Saisie d'une demande de rente ou appelée à se prononcer à l'occasion d'une révision de celle-ci, l'administration doit donc examiner d'office, avant toute chose, la question de la réintégration de l'assuré dans le circuit économique (ATF 108 V 210, 99 V 48). A cet égard, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité imminente ont droit aux mesures de réadaptation nécessaires qui sont de nature à rétablir, à maintenir ou à améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels, qu'ils aient ou non exercé une activité lucrative préalable. Ce droit est déterminé en fonction de toute la durée d'activité probable (art. 8 al. 1 LAI). Celles-ci comprennent en particulier des mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement professionnel, service de placement) (art. 8 al. 3 let. b LAI). Le droit à une mesure de réadaptation déterminée de l'assurance-invalidité présuppose qu'elle soit appropriée au but de réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité, et cela tant objectivement en ce qui concerne la mesure que subjectivement en rapport avec la personne de l'assuré. En effet une mesure de réadaptation ne peut être efficace que si la personne à laquelle elle est destinée est susceptible, partiellement au moins, d'être réadaptée. Partant, si l'aptitude subjective de réadaptation de l'assuré fait défaut, l'administration peut refuser de mettre en œuvre une mesure ou y mettre fin (arrêt I 370/98 du 26 août 1999, publié in VSI 2002 p. 111). En règle générale, l'assuré n'a droit qu'aux mesures nécessaires, propres à atteindre le but de réadaptation visé, mais non pas à celles qui seraient les meilleures dans son cas (ATF 124 V 110 consid. 2a et les références). Si les préférences de l'intéressé quant au choix du genre de reclassement doivent être prises en considération, elles ne sauraient jouer un rôle déterminant (arrêt I 397/87 du 15 janvier 1988, consid. 1 et la référence, publié in RCC 1988 p. 265). Pour déterminer si une mesure est de nature à maintenir ou à améliorer la capacité de gain d'un assuré, il convient d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2 et les références). Celles-ci ne seront pas allouées si elles sont vouées à l'échec, selon toute vraisemblance (ATFA non publié I 660/02 du 2 décembre 2002). En effet une mesure de réadaptation ne peut être efficace que si la personne à laquelle elle est destinée est susceptible, partiellement au moins, d'être réadaptée (VSI 2002 p. 111). A teneur de l'art. 17 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession lorsque son invalidité rend cette mesure nécessaire, et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée de manière notable. L'art. 6 al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité (RAI ; RS 831.201) définit les mesures de reclassement comme les mesures de formation destinées à des assurés qui en ont besoin, en raison de leur invalidité, après achèvement d'une formation professionnelle initiale ou après le début de l'exercice d'une activité lucrative sans formation préalable, pour maintenir ou pour améliorer leur capacité de gain. La jurisprudence a apporté une précision à cette définition en indiquant que le concept de reclassement recouvre l'ensemble des mesures de réadaptation de nature professionnelle qui sont nécessaires et suffisantes pour procurer à l'assuré une possibilité de gain à peu près équivalente à celle que lui offrait son ancienne activité (ATF 124 V 108, consid. 2a). Dès lors, en règle générale, l'assuré ne peut pas prétendre à la meilleure formation possible dans son cas, la loi ne visant en effet qu'à assurer les mesures de

réadaptation qui sont nécessaires et suffisantes compte tenu du cas d'espèce (ATF 121 V 258 consid. 2c). Le fait que l'assuré ne peut plus exercer sa profession antérieure ne suffit pas, à lui seul, pour fonder un droit à un reclassement. Car l'assuré n'a pas droit à des mesures de réadaptation s'il ne subit pas une perte de gain permanente ou de longue durée (20 % au moins) dans une activité raisonnablement exigible et pouvant être exercée sans autres mesures de réadaptation (ATF 124 V 108 consid. 2b et les références; MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], Die Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Zurich 2010, p. 191 ss). Le pourcentage est calculé selon les mêmes principes que ceux appliqués lors de la détermination du degré d'invalidité dans le cas du droit à une rente (VSI 2000, p. 63, RCC 1984, p. 95). Il y a dès lors lieu de déterminer le degré d'invalidité que présente l'assuré. En vertu des art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée et résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Quant à l'incapacité de gain, elle est définie à l'art. 7 LPGA comme la diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a ; 105 V 207 consid. 2). Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine). 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. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif 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 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen), l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références). Conformément à la maxime inquisitoriale, l'autorité définit les faits pertinents et les preuves nécessaires, qu'elle ordonne et apprécie d'office (art. 12 PA; ATF 110 V 199 consid. 2b, ATF 105 Ib 114 ; Pierre Moor, Droit administratif, vol. II, 2e éd., Berne 2002, ch. 2.2.6.3). Elle ne tient pour existants que les faits qui sont dûment prouvés et applique le droit d'office. La procédure dans le domaine des assurances sociales fait prévaloir la procédure inquisitoriale (art. 43 LPGA), de sorte qu'il appartient à l'administration de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et de recueillir les renseignements dont elle a besoin. Pour pouvoir évaluer l'invalidité d'un assuré, l'administration, ou le juge en cas de recours, a besoin de documents que le médecin ou éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 117 V 282 consid. 4a). La

tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c 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. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il convient 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 a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3). 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 ces avis ne contiennent pas de contradictions 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. Étant 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). 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. En effet, il n'a pas, d'emblée, de raison de mettre en doute la capacité alléguée par son patient, surtout dans une situation d'évaluation difficile. En principe, il fait donc confiance à son patient, ce qui est souhaitable, et ne fait donc pas toujours preuve de l'objectivité nécessaire, guidé qu'il est par le souci, louable en soi, d'être le plus utile possible à son patient. Les constatations du médecin de famille quant à l'appréciation de l'incapacité de travail de l'assuré ont ainsi une valeur probante inférieure à celles des spécialistes (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). La règle est d'ailleurs qu'il se récuse pour l'expertise de ses propres patients (VSI 2001, 109 consid. 3b/cc ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). L'expert est dans une position différente puisqu'il n'a pas un mandat de soins, mais un mandat d'expertise en réponse à des questions posées par des tiers. Il tient compte des affirmations du patient. Il doit parfois s'écarter de l'appréciation plus subjective du médecin traitant. 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). En l'espèce, l'OAI a considéré que l'assurée était entièrement capable de travailler dans son activité antérieure d'infirmière exercée à 60%, sans baisse de rendement, à compter du 1^{er} juillet 2012. L'assurée conteste cette conclusion. Elle rappelle qu'elle a subi un grave accident de la circulation, puis souffert d'un abcès au sein, suivi de récidives, de sorte qu'elle s'est retrouvée dans "un état de choc psychologique et de détresse ...". Elle a du reste débuté une psychothérapie dès juillet 2010. Elle indique ainsi que "mon incapacité de travail est toujours de 50% dans mon activité habituelle" et ajoute que son employeur l'a licenciée en octobre 2012. Il appert des rapports médicaux figurant dans le dossier que l'évolution était favorable. Tant le Dr B _____ que le Dr A _____ ont en effet indiqué que l'état de santé s'était amélioré. L'employeur a informé l'OAI le 23 mai 2012 que l'assurée avait repris son activité à 50% du 9 décembre 2010 au 9 mars 2011 et a précisé qu'une augmentation à hauteur de 100% de son taux d'activité de 60% était envisagée dès juillet 2012. C'est sur cette base que l'OAI s'est fondé pour rendre sa décision du 17 septembre 2012. Or, il apparaît qu'en réalité la reprise à 100% (de son 60%) n'est pas intervenue comme prévu, ce qui a du reste provoqué son licenciement. Informé, l'OAI s'est borné à rappeler que les faits survenus postérieurement à la décision litigieuse ne pouvaient pas être retenus dans le cadre de la présente procédure. Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie en effet la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). Ils peuvent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités ; ATFA du 18 juillet 2005, I 321/04, consid. 5). La Cour de céans rappelle toutefois que c'est dès juillet 2012 que les médecins avaient envisagé que l'assurée augmente son temps de travail. L'assurée n'a en réalité pas repris son activité à 100% (de son 60%) le 1^{er} juillet 2012. Or, la décision litigieuse a été rendue deux mois et demi après cette date. Force est ainsi de constater que l'incapacité de travail était déjà survenue, même si l'OAI l'ignorait alors. Il ne s'agit en conséquence pas d'un fait postérieur à la décision, mais bien d'un fait antérieur dont l'OAI n'avait pas eu connaissance. Il se justifie dans ces conditions de lui renvoyer la cause pour instruction complémentaire, afin que soit plus particulièrement examinée la raison somatique et/ou psychologique, le cas échéant, qui a empêché l'assurée de reprendre son activité à 100% (de son 60%) comme annoncé par les médecins en mai 2012. Aussi le recours est-il partiellement admis et la cause renvoyée à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision. **PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES** : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : L'admet partiellement. Renvoie la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Met un émolument de 200 fr. à la charge de l'OAI. 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 Nathalie LOCHER La présidente Doris GALEAZZI 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.