

GE_GERICHTE A/3258/2014 vom 15. Juli 2015

GE Cour de justice, 2015-07-15, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3258_2014

FR: GE_GERICHTE A/3258/2014 du 15 juillet 2015

IT: GE_GERICHTE A/3258/2014 del 15 luglio 2015

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 15.07.2015
A/3258/2014

A/3258/2014 ATAS/552/2015 du 15.07.2015 (AI) , ADMIS/RENVOI En fait En droit
rÉpublique et canton de genÈve POUVOIR JUDICIAIRE A/3258/2014 ATAS/552/2015
COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 15 juillet 2015 4 ème
Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié à CHATELAINE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Arnaud MOUTINOT recourant contre OFFICE
DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12,
GENÈVE intimé EN FAIT 1. Monsieur A_____ (ci-après l'assuré ou le recourant), né
le _____ 1976, ressortissant algérien, est arrivé en Suisse en 2002 et a travaillé auprès de
diverses entreprises, en dernier lieu comme opérateur en horlogerie, jusqu'en juillet 2006,
date à laquelle il s'est inscrit au chômage. ![/endif]>![if> 2. Le 26 octobre 2006, alors
qu'il était en vacances en Algérie, l'assuré a été victime d'un accident de la circulation.
Suite à un dérapage sur du gravier, il a perdu la maîtrise de son véhicule qui a heurté le bord
droit de la chaussée, effectué plusieurs tonneaux et chuté d'une quinzaine de mètres. Les
premiers soins ont été donnés en Algérie, au centre hospitalier d'Akbou où l'assuré aurait
été hospitalisé durant quatre jours. De retour en Suisse, l'assuré a annoncé l'événement à
l'assureur-accidents, la caisse nationale suisse en cas d'accidents (ci-après la
SUVA).![/endif]>![if> 3. L'assuré a séjourné à la clinique romande de réadaptation
(ci-après la CRR) du 11 avril 2007 au 9 mai 2007 où de nombreux bilans et investigations
ont été effectués, notamment un examen neuropsychologique, un consilium psychiatrique et
un consilium neurologique. Les médecins ont diagnostiqué des cervicodorsalgies
chroniques, des remaniements post-traumatiques C5-C6, avec spondylolisthésis de C5 sur
C6 de grade I, une discopathie C5-C6, un remodelage après fracture de l'apophyse
articulaire inférieure gauche de C5, d'anciennes fractures tassements D6 et D8, un
traumatisme cranio-cérébral modéré à sévère. Le docteur B_____, spécialiste FMH en
psychiatrie et psychothérapie, a diagnostiqué un état de stress post-traumatique dû à des
événements traumatiques (séparation et divorce des parents dans le cadre d'un conflit
conjugal violent, scènes terribles vécues lors de son service militaire en Algérie, accident de
circulation) avec intrusions, conduites d'évitement et état d'hyperéveil. L'examen
neuropsychologique réalisé par la doctoresse C_____, psychologue spécialisée en
neuropsychologie FSP, a mis en évidence au premier plan un ralentissement sévère associé
à des difficultés attentionnelles modérée ainsi qu'à un dysfonctionnement exécutif léger. La
perte de connaissance au cours de l'accident ainsi que la notion de trois jours d'amnésie
post-traumatique rapportée par le patient parlaient en faveur d'un traumatisme
crânio-cérébral qui pourrait être sévère. Il pourrait expliquer au moins une partie des
troubles décrits. D'autres facteurs, liés aux PTSD, interviennent vraisemblablement aussi.
Du point de vue neurologique, le docteur D_____, spécialiste FMH en neurologie, a

diagnostiqué un traumatisme crânio-cérébral modéré à sévère, d'évolution favorable, une fracture du massif articulaire C5 gauche avec glissement de grade I de C5 sur C6 et une fracture-tassement D6-D8 sans complication neurologique. A la sortie, l'incapacité de travail était de 100% du 10 mai 2007 au 9 juin 2007.![endif]>![if> 4. Le 14 novembre 2007, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'assurance-invalidité (ci-après OAI) visant à l'octroi d'une orientation professionnelle et d'un reclassement dans une nouvelle profession.![endif]>![if> 5. Dans son rapport du 17 janvier 2008 à l'attention de l'OAI, le docteur E_____, spécialiste FMH en maladies rhumatismales, médecin traitant, a diagnostiqué des rachialgies dorsales après fracture-tassement de D6-D8 et des cervicalgies après fracture de C5 avec glissement de C5 sur C6 entraînant une incapacité de travail de 100% depuis le 26 octobre 2006. Le diagnostic de dépression réactionnelle était sans influence sur la capacité de travail. ![endif]>![if> 6. Une électroneuromyographie (ENMG) a été pratiquée le 13 février 2008 à la CRR. Le Dr D_____ a diagnostiqué un syndrome radiculaire C7 droit irritatif. ![endif]>![if> 7. Par décision du 4 février 2009, la SUVA a mis fin aux indemnités journalières de l'assuré au 28 février 2009, se référant à l'avis de son médecin d'arrondissement qui a considéré qu'il était apte au travail à 100% dans l'activité exercée en dernier lieu. Elle a octroyé à l'assuré une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10 %, mais refusé la prise en charge des traitements psychiatriques.![endif]>![if> 8. L'assuré a formé opposition le 26 février 2009, complétée le 23 avril 2009 par l'envoi de nombreux documents médicaux.![endif]>![if> 9. Le 14 avril 2009, l'OAI pour le canton de Vaud a notifié à Madame A_____ à Genève un projet d'acceptation de rente en faveur de l'assuré. Une incapacité de travail de 100% était admise du 26 octobre 2007 au 28 février 2009. Dès le 1 er mars 2009, la capacité de travail et de gain était à nouveau entière dans son activité d'opérateur en horlogerie. L'assuré avait ainsi droit à une rente entière d'invalidité du 1 er octobre 2007 au 31 mai 2009. ![endif]>![if> 10. Le 27 avril 2009, l'assuré a communiqué à l'OAI pour le canton de Vaud divers documents, rappelant que ses problèmes de santé persistaient et qu'il était toujours en incapacité de travail totale. Il a joint divers rapports médicaux ainsi que copie de son opposition à la décision de la SUVA.![endif]>![if> 11. Dans le délai imparti par l'OAI pour le canton de Vaud, l'assuré a communiqué un rapport du docteur F_____, médecin adjoint, consultation du rachis aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après HUG), du 7 mai 2009, adressé au docteur G_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, proposant une intervention chirurgicale, ainsi que copie d'une convocation pour une hospitalisation aux HUG fixée le 30 juin 2009. L'assuré faisait part de son désarroi quant à l'évolution défavorable et à l'aggravation de ses douleurs, son seul espoir résidant dans la prochaine intervention chirurgicale. Il était toujours en incapacité de travail totale jusqu'à nouvel avis de ses médecins traitants.![endif]>![if> 12. Par avis du 1 er juillet 2009, le SMR a relevé qu'il était impossible de statuer dès lors que la situation n'était pas stabilisée et que ce type d'intervention entraînait une incapacité de travail de l'ordre de trois mois. Il fallait refaire le point en octobre 2009 et poser des questions aux médecins concernés.![endif]>![if> 13. Le 29 octobre 2009, le Dr E_____ a indiqué à l'OAI pour le canton de Vaud que l'état de santé de son patient était stationnaire, que le traitement consistait en de la physiothérapie dans l'eau et la prescription de Tramadol. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes ; flexion antérieure de la nuque et du rachis dorsal, port de charge, station assise prolongée et marche prolongée. La capacité de travail dans une activité respectant les limitations fonctionnelles était de moins de 50% et le patient n'était pas capable de

retourner dans son activité d'horlogerie. [endif]>[if> 14. Selon un rapport adressé le 12 novembre 2009 par le Dr F_____ au Dr E_____, l'intervention chirurgicale projetée a dû être reportée pour obtenir un 3^{ème} avis à la demande indirecte du médecin-conseil de la SUVA. Le patient avait été vu par le docteur H_____ en chirurgie orthopédique au CHUV qui a également confirmé l'indication opératoire, le patient souffrant d'une sténose post-traumatique liée à une luxation facettaire unilatérale droite. Au vu de la problématique multiple chez le patient, le Dr F_____ avait bien insisté sur le fait qu'il ne pouvait pas garantir une amélioration à 100% de la symptomatologie du membre supérieur et que la chirurgie cervicale n'aurait certainement aucun effet sur les douleurs inter-scapulaires.

[endif]>[if> 15. Le Dr F_____ a opéré l'assuré le 11 janvier 2010. Selon le rapport opératoire, il a pratiqué une discectomie C5-C6 et C6-C7 par voie antérieure, une arthrodèse intersomatique par cage Solis, remplie de Healos (substitut osseux), une ponction de moelle osseuse de la crête iliaque gauche et posé une plaque. Le 18 juin 2010, il a informé l'OAI qu'à trois mois, il était trop tôt pour se prononcer sur le résultat chirurgical et sur les limitations fonctionnelles durables. Il fallait revoir la situation dans six mois.

[endif]>[if> 16. La SUVA a organisé un nouveau séjour à la CRR du 14 septembre 2010 au 14 octobre 2010 pour un bilan multidisciplinaire. L'examen neuropsychologique, comparé à celui réalisé en 2007, a mis en évidence une légère augmentation du ralentissement idéomoteur demeurant sévère. Du point de vue orthopédique, la situation était stabilisée et il n'y avait pas d'indication à une cimentoplastie. Le pronostic était mauvais en termes de réintégration professionnelle, en raison des indicateurs subjectifs peu encourageants et du contexte socio-familial difficile. L'arrêt de travail à 100 % a été prolongé, les médecins considérant que la dernière profession d'employé au dégommage de pierres ne semblait plus exigible au vu des renseignements à disposition. [endif]>[if> 17.

LA SUVA, par décision du 29 septembre 2011, a octroyé à l'assuré un complément d'indemnité pour atteinte à l'intégrité de 5 %, mais a refusé l'octroi d'une rente, les séquelles de l'accident ne réduisant pas la capacité de gain de manière importante.

L'opposition formée par l'assuré a été rejetée. [endif]>[if> 18. Par trois décisions séparées notifiées à l'assuré le 15 mars 2012, l'OAI du canton de Vaud a retenu une incapacité de travail de 100% du 26 octobre 2007 au 28 février 2009, puis une capacité de travail totale dès le 1^{er} mars 2009 dans une activité adaptée, une nouvelle incapacité de travail de 100% dans toute activité du 11 janvier 2010 au 31 mars 2011, et enfin une capacité de travail totale dès le 1^{er} avril 2011 dans une activité adaptée. Il a en conséquence octroyé à l'assuré une rente entière d'invalidité du 1^{er} octobre 2007 au 31 mai 2009, date à laquelle la rente a été supprimée, puis a alloué à nouveau une rente entière d'invalidité du 1^{er} janvier 2010 au 30 juin 2011. Dès le 1^{er} juillet 2011, la rente était supprimée, le degré d'invalidité de 10 % étant insuffisant pour permettre son maintien.

[endif]>[if> 19. L'assuré s'est opposé à ces décisions par courrier du 6 avril 2012, alléguant qu'il n'y avait pas d'amélioration de son état de santé. L'OAI a communiqué ce courrier au Tribunal cantonal des assurances du canton de Vaud, comme objet de sa compétence. [endif]>[if> 20.

Par arrêt du 18 juillet 2012 entré en force, la Cour des assurances sociales du canton de Vaud a rejeté la demande de restitution du délai de paiement de l'avance de frais et déclaré le recours irrecevable, à défaut de paiement de l'avance de frais dans le délai imparti. [endif]>[if> 21.

Le 3 octobre 2012, l'assuré a déposé une nouvelle demande auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité à Genève (ci-après l'OAI ou l'intimé). [endif]>[if> 22.

Dans un rapport du 26 octobre 2012, la docteure I_____, du service de neurologie, département des neurosciences

cliniques des HUG a diagnostiqué des céphalées cervicogènes avec composante de migraines, un état dépressif et des sensations vertigineuses. Une évolution favorable était très peu probable. L'activité habituelle n'était plus exigible en raison de la dépression et des douleurs invalidantes (céphalées et douleurs brachiales). Une reprise d'activité n'était pas envisagée. Les nombreux rapports de consultation adressés au médecin traitant ont été joints au rapport : il y était fait mention notamment d'une aggravation des douleurs chroniques du membre supérieur droit et des céphalées chroniques.!

23. Dans un rapport circonstancié du 9 novembre 2012 à l'attention de l'OAI, la doctoresse J_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques, existant depuis 2000, un état de stress post traumatique depuis 1999 et un trouble de la personnalité non spécifié. Elle suivait le patient depuis le 9 juin 2012. Il lui avait été adressé par le service de neurologie pour prise en charge d'un état dépressif sévère. Auparavant, depuis 2007, le patient était suivi par le programme dépression des HUG. Le patient a bénéficié immédiatement d'un traitement médicamenteux et psychothérapeutique intensif qui ne permettra pas d'éviter une hospitalisation à Montana. L'incapacité de travail était de 100% depuis octobre 2006. Si le patient se rétablit de son état dépressif, il pourra bénéficier d'une réadaptation professionnelle à 50%. La Dresse J_____ s'étonnait de voir ce patient sans rente AI six ans après son accident grave et dans un tel état de santé, notamment psychique.!

24. D'autres documents médicaux ont été communiqués à l'OAI, notamment ceux des HUG, programme de dépression, datés de 2007. !

25. Le 14 mai 2013, la Dresse J_____ indique que l'état de santé du patient s'est aggravé depuis mars 2013, il présentait une décompensation anxio-dépressive sévère avec idéations suicidaires. L'assuré a été hospitalisé à Montana. !

26. Dans son avis du 13 décembre 2013, le SMR a considéré que l'assuré ne présentait pas d'aggravation manifeste et durable.!

27. Par décision du 24 septembre 2014, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré, motif pris que selon le SMR, il n'y avait pas une aggravation manifeste de son état de santé et qu'il présentait une pleine capacité de travail et de gain dans toute activité. !

28. Par l'intermédiaire de son mandataire, l'assuré interjette recours le 27 octobre 2014, faisant valoir qu'il présente une aggravation nette de son état de santé, notamment sur le plan psychiatrique. Il conclut préalablement à la mise en œuvre d'une expertise et, sur le fond, à l'annulation de la décision et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité. !

29. Dans sa réponse du 25 novembre 2014, l'intimé conclut au rejet du recours, motif pris que la comparaison des documents médicaux au dossier ne laisse apparaître aucune modification notable de l'état de santé du recourant. !

30. Par réplique du 20 janvier 2015, le recourant conteste ce point de vue, relevant encore qu'il a été à nouveau hospitalisé à Montana du 15 octobre au 4 novembre 2014. !

31. Lors de l'audience de comparution personnelle des parties du 18 février 2015, le recourant a déclaré que son état de santé s'était aggravé sur le plan somatique et psychiatrique. Il ne comprenait pas la décision prise, qui n'est pas motivée. Il a expliqué qu'il souffre de troubles psychiques depuis l'adolescence. Il avait vécu des événements traumatisants en Algérie, plus particulièrement au cours de son service militaire dans la brigade anti-terroriste. L'accident de 2006 a réveillé les traumatismes antérieurs.!

32. Un délai a été imparti à l'intimé pour se déterminer au vu des documents produits.!

33. Dans son écriture du 11 mars 2015, l'OAI considère qu'il n'est pas en mesure de se prononcer de manière définitive. Il produit l'avis du SMR du 9 mars 2015, dans lequel il admet qu'il y a lieu de retenir une aggravation de

l'état de santé depuis la dernière décision, vraisemblablement en juin 2012. Il est nécessaire de clarifier l'évolution de celle-ci tant sur le plan psychiatrique que somatique. L'OAI demande à ce que la chambre de céans interroge les Drs J_____ et E_____.!

34. Dans ses observations du 13 mai 2015, le recourant persiste dans ses conclusions, relevant que le SMR admet une aggravation depuis juin 2012.!

35. Par écritures complémentaires, les parties ont persisté.!

36. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.!

EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - 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. 2. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA).!

3. L'objet du litige porte sur le point de savoir si l'intimé est fondé à rejeter la demande du recourant, motif pris qu'il n'y a pas d'aggravation manifeste de son état de santé.!

4. Selon l'art. 87 al. 3 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201), lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits. D'après l'art. 87 al. 4 RAI, lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas d'impotence, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 3 sont remplies.!

Selon la jurisprudence, aussi bien dans le cadre d'une nouvelle demande au sens de l'art. 87 al. 3 RAI (ATF 130 V 71) que dans celui d'une révision d'une rente au sens de l'art. 17 LGPA (ATF 133 V 108 consid. 5), c'est la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité. Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière. A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 4 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 108 consid. 2b p. 114). 5. En l'espèce, la chambre de céans constate que c'est la décision du 15 mars 2012 qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité du recourant. En effet, la Cour des assurances sociales du canton de Vaud n'est pas entrée en matière sur le fond à défaut du paiement de l'avance de frais dans le délai imparti et a déclaré le recours de l'assuré irrecevable.!

Au terme de la décision du 15 mars 2012, le recourant a été reconnu invalide à 100% pour deux périodes, de sorte qu'il a reçu une rente entière

d'invalidité du 1^{er} octobre 2007 au 31 mai 2009 et du 1^{er} janvier 2010 au 30 juin 2011, date à laquelle elle a été supprimée. L'OAI du canton de Vaud a considéré qu'à compter du 1^{er} avril 2011, l'état de santé du recourant s'était amélioré et qu'il pouvait à nouveau reprendre une activité lucrative adaptée à ses limitations. Le degré d'invalidité de 10 % ne permettait plus le maintien de la rente. Il convient d'examiner si le recourant a rendu plausible une aggravation de son état de santé. 6. Contrairement à ce que l'intimé soutient dans sa décision, il convient d'admettre que le recourant a rendu plausible une aggravation de son état de santé, singulièrement sur le plan psychiatrique. Ceci résulte des documents médicaux produits, ainsi que du rapport de la Dresse J_____ du 9 novembre 2012, dans lequel elle atteste que dès le premier entretien, le 29 juin 2012, le patient présentait une importante symptomatologie psychiatrique permettant clairement de poser le diagnostic d'état dépressif sévère nécessitant la mise en route d'un traitement médicamenteux et psychothérapeutique en urgence. Le pronostic était réservé, le patient souffrant d'une exacerbation d'un trouble dépressif récurrent ainsi que d'un syndrome de stress post traumatique non traité pendant plusieurs années. L'incapacité de travail était totale dans toute activité. L'état dépressif du recourant est également évoqué dans les rapports du service de neurologie des HUG des 22 mai 2012 et 16 août 2012 notamment. Enfin, la psychiatre atteste d'une péjoration de l'état de santé depuis mars 2013 et les spécialistes de la consultation de la douleur des HUG indiquent une aggravation de la symptomatologie douloureuse (mars 2013). Le recourant a été par ailleurs hospitalisé à la clinique genevoise de Montana en octobre 2014 pour une prise en charge psychologique et physio-thérapeutique. Au regard des documents médicaux produits, le SMR retient, dans son avis du 9 mars 2015, une aggravation de l'état de santé depuis la dernière décision, vraisemblablement en juin 2012 et estime nécessaire de clarifier l'évolution de celle-ci sur les plans psychiatrique et somatique. Dès lors que le recourant a rendu plausible une aggravation de son état de santé, corroborée par les documents médicaux figurant au dossier, c'est à tort que l'intimé a rejeté la demande. Pour le surplus, il lui appartiendra d'effectuer une instruction complémentaire dans les meilleurs délais aux fins de clarifier l'évolution de l'état de santé du recourant, telle que préconisée par le SMR. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision. 7. Le recourant, qui obtient partiellement gain de cause, a droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens, fixée en l'espèce à CHF 3'500.- (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 (RFPA - E 5 10.03)). 8. Au vu du sort du litige, l'émolument, arrêté à CHF 500.-, est mis à la charge de l'intimé. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : 1. Déclare le recours recevable. Au fond : 2. L'admet partiellement. 3. Annule la décision du 24 septembre 2014. 4. Renvoie la cause à l'OAI pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision. 5. Condamne l'OAI à payer au recourant la somme de CHF 3'500.- à titre de participation à ses frais et dépens. 6. Met un émolument de CHF 500.- à la charge de l'OAI. 7. 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.![endif]>![if> La greffière Isabelle CASTILLO La présidente Juliana BALDÉ 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.