

GE_GERICHTE A/3586/2011 vom 1. November 2012

GE Cour de justice, 2012-11-01, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3586_2011

FR: GE_GERICHTE A/3586/2011 du 1 novembre 2012

IT: GE_GERICHTE A/3586/2011 del 1 novembre 2012

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 01.11.2012
A/3586/2011

A/3586/2011 ATAS/1319/2012 du 01.11.2012 (AI) , REJETE En fait En droit
RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/3586/2011
ATAS/1319/2012 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 1er
novembre 2012 3ème Chambre En la cause Monsieur K_____, domicilié à Carouge
GE, représenté par le PARTI DU TRAVAIL (Monsieur L_____) recourant contre
OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue des
Gares 12, 1201 Genève intimé EN FAIT Monsieur K_____ (ci-après : l'assuré), né en
1971, a travaillé pour X_____ à compter de juin 1998 en tant que transporteur de
véhicules légers. Le 19 décembre 2008, l'assuré, en arrêt de travail depuis le 13 février
2007, a déposé une demande de prestations auprès de l'OFFICE CANTONAL DE
L'ASSURANCE-INVALIDITE (OAI) en invoquant une "maladie chronique" présente
depuis juin 2006. Son médecin-traitant, le Dr A_____, spécialiste FMH en médecine
interne, a expliqué dans un rapport du 28 janvier 2009 que son patient souffrait d'éthylisme
chronique depuis 1998 environ. Le médecin a également fait mention d'une épilepsie après
sevrage, d'une fatigue, d'une déprime, de picotements dans les membres inférieurs pouvant
suggérer une polynévrite et a conclu à une totale incapacité de travail depuis janvier 2007. Il
a émis l'avis qu'une activité serait éventuellement envisageable à 50 %, sans plus de
précisions. Reçu en entretien par un collaborateur de l'OAI le 10 février 2009, l'assuré a
allégué souffrir d'angoisses et de crises d'épilepsie. Il a expliqué avoir été prié par son
employeur de se mettre en arrêt de travail pour soigner sa consommation d'alcool et être
dans l'attente d'une réponse concernant la reprise éventuelle d'une activité à 50% dans un
poste adapté. L'assuré a imputé à ses tentatives de sevrage l'apparition de crises d'épilepsie,
d'angoisse et de panique. Il a invoqué une dépression, un désordre psychique, des
ruminations mentales, des difficultés de concentration et de mémoire et a indiqué être suivi
par le Service d'alcoologie, plus particulièrement par la Dresse B_____. Le 3 avril
2009, l'employeur de l'assuré a informé l'OAI que son employé s'était présenté avec un
certificat de reprise à 50% mais que son médecin-conseil avait donné un préavis
défavorable quant à l'aptitude de l'assuré à reprendre son poste habituel. Dans un rapport du
17 avril 2009, le Dr B_____ a posé les diagnostics de troubles mentaux et troubles du
comportement liés à la consommation d'alcool utilisation continue depuis plus de dix ans,
trouble affectif bipolaire sans précision, trouble anxieux sans précision et traits de
personnalité mixte paranoïaque et dyssociale. Le médecin a conclu à une totale incapacité
de travail. Il ressort de ce rapport que l'assuré a séjourné à plusieurs reprises à
BELLE-IDEE, au PETIT BEAULIEU et aux GLYCINES. Le médecin a exposé que
l'assuré souffre de longue date d'un trouble de l'humeur et d'un trouble anxieux ainsi que
d'une dépendance à l'alcool aggravée par sa situation socioprofessionnelle. Il a également

décrit un sentiment d'injustice, de persécution, une envie hétéro-agressive, une dévalorisation de soi extrême, une humeur mixte associée à une anxiété aboutissant à des troubles de l'appétit, à un isolement et à une augmentation de la consommation d'alcool. Selon le médecin, la situations socioprofessionnelle de l'assuré, extrêmement complexe, semble entretenir la manifestation psychopathologique, raison pour laquelle il a préconisé de résoudre en premier lieu le problème professionnel pour débloquer la situation avant de travailler sur la dépendance à l'alcool, suggérant que son patient pourrait peut-être trouver un travail "où l'abstinence n'est pas requise". Selon le médecin, la dépendance à l'alcool semble être secondaire au trouble anxieux. Une tentative d'abstinence a échoué. Le médecin a réservé son pronostic, précisant que l'assuré avait décidé de mettre fin à tout traitement médicamenteux bien que ce dernier ait eu par le passé une influence bénéfique sur son état (diminution des fluctuations d'humeur et réduction légère de la consommation d'alcool). Du résumé des séjours de l'assuré dans le département de psychiatrie, il ressort que le diagnostic retenu à titre principal était celui de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, utilisation continue, associés à un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, sans syndrome somatique. L'assuré a été hospitalisé une première fois en entrée ordinaire pour un sevrage d'alcool en avril 2007 (pièce 33 OAI), une quatrième fois le 30 août 2007, puis encore à deux occasions en 2008. Le dossier a été soumis pour appréciation à la Dresse C _____, du service médical régional AI (SMR), qui a émis en date du 31 juillet 2009 l'avis que de nombreux éléments faisaient penser à une toxicomanie secondaire : l'assuré avait été victime de violences dès son plus jeune âge et souffrait déjà à l'époque, selon ses dires, d'un trouble anxieux soigné par la prise d'alcool, de haschich ou de cocaïne. Le médecin du SMR a préconisé de réclamer un nouveau rapport au Dr B _____. La consultation des Acacias a répondu en date du 4 décembre 2009 que l'assuré ne se présentait plus depuis le mois de mai. Le Dr D _____, spécialiste FMH en médecine interne, a indiqué dans un rapport du 19 mai 2010 que le patient souffrait de traits de la personnalité de type obsessionnelle compulsive et, depuis la fin de l'adolescence, d'un syndrome de dépendance à l'alcool en rémission récente. Le médecin a également mentionné un épisode de psychose réactionnelle brève en 2000 et une potomanie compulsive en 2002, dont il a précisé qu'ils étaient sans répercussion sur la capacité de travail. Le Dr D _____ a expliqué qu'après un premier traitement en 2002, l'assuré a été suivi à la consultation psychiatrique d'alcoologie et hospitalisé à six reprises en cinq ans à l'unité SIROCCO à BELLE-IDEE pour des sevrages d'alcool. Il a fait plusieurs crises épileptiques sur sevrage. Il a été finalement adressé en mars 2010 par son médecin-traitant à la Clinique BELMONT et un traitement a débuté. Au cours de l'hospitalisation, un comportement obsessionnel compulsif sous forme de potomanie à l'eau a été observé, qui a induit une hyponatrémie sévère, accompagnée d'une crise comitiale. Le patient était désormais suivi au Centre de jour de la clinique de BELMONT, en psychothérapie intensive, en groupe et individuelle. Le médecin a émis un pronostic favorable à condition que le patient reste abstinent et poursuive sa psychothérapie (pièce 54 OAI). Le 26 juillet 2010, le Dr. D _____ a informé l'OAI que l'assuré avait rechuté en mai 2010 et ne désirait plus entamer ni sevrage ni thérapie, raison pour laquelle le médecin a réservé son pronostic. Un mandat d'expertise psychiatrique a été confié à la Dresse E _____, psychiatre FMH, qui, en date du 26 octobre 2010, a indiqué avoir dû renoncer au mandat qui lui avait été confié au vu de l'état d'alcoolisation aiguë dans lequel s'était présenté l'assuré qui souffrait de difficultés majeures d'élocution, d'attention et de concentration, de sorte que l'examen n'avait duré que trente minutes (pièce 66 OAI). Interrogé par le SMR, le

Dr D _____ a expliqué que l'assuré était désormais en rupture de suivi tant auprès de lui que du Dr A _____, son généraliste traitant. Le Dr D _____ a indiqué n'avoir plus de nouvelles de l'assuré depuis juillet 2010. Le SMR a constaté que l'expertise visant à clarifier l'existence d'une comorbidité psychiatrique et à déterminer si la dépendance était primaire ou secondaire n'avait pu être menée à terme. Avant de faire une nouvelle tentative, il a été jugé indispensable que l'assuré reprenne un suivi médical en vue d'un sevrage ou qu'il puisse au moins se présenter sobre le jour de l'examen. Par courrier du 25 janvier 2011, l'assuré a dès lors été sommé de reprendre contact avec ses médecins-traitants, les Drs D _____ et A _____. Son attention a été attirée sur le fait que, s'il refusait de manière inexcusable de se conformer à son obligation de renseigner ou de collaborer à l'instruction, l'assurance pourrait se prononcer en l'état de son dossier ou clore l'instruction et décider de ne pas entrer matière. Il a ensuite été sommé de reprendre un suivi médical approprié en vue d'un sevrage d'ici au 15 février 2011, de se soumettre aux mesures thérapeutiques préconisées par ses médecins et de s'engager par écrit à se présenter devant l'expert désigné dans un état de parfaite sobriété. Sans nouvelles de l'assuré, l'OAI lui a communiqué en date du 12 juillet 2011 un projet de décision dont il ressortait qu'il se proposait de lui nier le droit à toute prestation au vu de l'impossibilité de poursuivre l'instruction de sa demande. Une décision formelle en ce sens a été rendu le 22 août 2011, qui a été annulée et remplacée par une autre le 4 octobre 2011, aboutissant à la même conclusion. L'OAI a considéré que l'assuré avait manqué à son obligation de réduire le dommage en mettant fin à son suivi médical, qu'il avait par ailleurs également manqué à son obligation de collaborer en se rendant chez l'expert en état d'ébriété et qu'il avait enfin violé son obligation de renseigner en ne donnant pas suite à la sommation qui lui avait été adressée. L'OAI a estimé qu'en l'état du dossier, les éléments recueillis ne permettaient pas de conclure à l'existence d'une atteinte à la santé invalidante. Par écriture du 3 novembre 2011, l'assuré a interjeté recours auprès de la Cour de céans par le biais de son représentant en alléguant en substance que s'il n'a pas été dans la capacité de se présenter sobre à l'expert, c'était précisément en raison de sa pathologie. Il a assuré qu'il répondrait aux convocations et s'efforcerait de s'y présenter dans les meilleures conditions possibles. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 30 novembre 2011, a conclu au rejet du recours. Il indique que, faute de renseignements médicaux pertinents, il n'avait d'autre choix que de nier à l'assuré le droit aux prestations. Interrogé par la Cour de céans, le Dr D _____ a répondu par courrier du 15 mai 2012 que l'assuré n'a plus repris contact avec lui ou la Clinique de Belmont depuis juillet 2012 et n'est suivi depuis lors par aucune institution. Il a suggéré d'exiger de l'assuré un sevrage d'alcool en milieu psychiatrique fermé chez X _____ afin de pouvoir ensuite procéder à l'expertise. Également interrogé, le Dr A _____ a indiqué n'avoir vu l'assuré que très épisodiquement depuis juillet 2010, quatre fois au total. L'assuré, dans le déni, refuse un suivi plus régulier que quelques passages à la consultation de toxicomanie. Lui aussi a suggéré d'obtenir de l'assuré un sevrage en l'hospitalisant, à condition qu'il accepte. Dûment convoqué en comparution personnelle le 28 juin 2012, le recourant ne s'est ni présenté, ni excusé, pas plus que son représentant. Dès lors, la cause a été gardée à juger. 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, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, est applicable à la présente procédure. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1, ATF 129 V 4 consid. 1.2, ATF 127 V 467 consid. 1, ATF 126 V 136 consid. 4b et les références citées). S'agissant des modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision de l'AI), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2008, elles sont à prendre en considération pour déterminer les prestations dès cette date, eu égard au principe rappelé ci-dessus. Cela étant, cette nouvelle n'a pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 4215, p. 4322). Interjeté dans la forme prévue par la loi (art. 56 ss LPGa), le recours a été déposé au guichet dans le délai de 30 jours prévu à l'art. 60 LPGa). Il est dès lors recevable. Le litige porte sur la question de savoir si c'est à juste titre que l'intimé a nié au recourant le droit à des prestations sur la base des éléments médicaux recueillis en dépit de l'absence de collaboration de l'intéressé. En vertu de l'art. 43 LPGa, si un assuré refuse de manière inexcusable de se conformer à son obligation de renseigner ou de collaborer à l'instruction, l'assureur peut - après avoir adressé à l'intéressé une mise en demeure écrite l'avertissant des conséquences juridique et lui avoir imparti un délai de réflexion convenable - se prononcer en l'état du dossier ou clore l'instruction et décider de ne pas entrer en matière. En l'espèce, cependant, les éléments médicaux recueillis permettent de penser que l'attitude du recourant et son absence de collaboration sont imputables, précisément à son problème d'addiction à l'alcool et non à sa seule mauvaise volonté, de sorte que l'on peut douter du caractère inexcusable de son comportement. On ne saurait cependant reprocher à l'OAI d'avoir statué sur la base du dossier au vu de l'échec de ses tentatives pour mettre sur pied une expertise. Encore faut-il vérifier si c'est à juste titre que l'intimé, au vu des documents médicaux recueillis en dépit de l'attitude du recourant, a rejeté la demande de ce dernier. En vertu de l'art. 28 al. 1^{er} LAI, dans sa teneur dès le 1^{er} janvier 2008, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes: sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a); il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b); au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (let. c). L'art. 28 al. 2 LAI prévoit que l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1^{er} LPGa et 4 al. 1^{er} LAI). L'incapacité de gain est définie comme 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 si elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (ATF du 9 avril 2001, I 654/00, consid. 1; Meyer-Blaser, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8). Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin

ou d'autres spécialistes doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 , consid. 4; ATF 115 V 133 consid. 2). a) Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2). a) b) 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 LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. 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 (ATF 125 V 351 consid. 3; ATF 122 V 157 consid. 1c). c) 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, lorsqu'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 125 V 351 , consid. 3b/bb). 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). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un 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 font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF du 29 septembre 2008, 9C_405/2008 , consid. 3.2). d) La garantie constitutionnelle du droit d'être entendu confère notamment à un justiciable le droit de faire administrer des preuves essentielles (ATF 127 V 431 , consid. 3a). Ce droit n'empêche cependant pas l'autorité de mettre un terme à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de former sa

conviction, et que procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, elle a la certitude que ces dernières ne pourraient l'amener à modifier sa décision (ATF 130 II 425 , consid. 2.1; ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d; Ueli KIESER, ATSG-Kommentar: Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Okt. 2000, 2 ème éd., Zurich 2009, n.72 ad art. 61). a) De jurisprudence constante, la dépendance, qu'elle prenne la forme de l'alcoolisme, de la pharmacodépendance ou de la toxicomanie, ne constitue pas en soi une invalidité au sens de la loi. Elle joue en revanche un rôle dans l'assurance-invalidité lorsqu'elle a provoqué une maladie ou un accident qui entraîne une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique nuisant à la capacité de gain, ou qu'elle résulte elle-même d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique qui a valeur de maladie (ATF du 24 février 2010, 9C_960/2009 , consid. 2.2; ATF 124 V 265 , consid. 3c).

b) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 er LAI. On ne considère cependant pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, 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. Il n'y a en effet incapacité de gain que si l'atteinte à la santé n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2, 2 ème phrase LPGa); la mesure de ce qui est exigible doit donc être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c; ATF 102 V 165). En l'espèce, force est de constater que l'expertise envisagée par l'intimé pour éclaircir la question de savoir si l'alcoolisme du recourant avait entraîné une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique invalidante ou résultait lui-même d'une telle atteinte n'a pu être menée à bien. Reste à examiner si les autres éléments qui ont pu être recueillis permettent de répondre à cette question. Dans son rapport du 28 janvier 2009, le médecin traitant n'a fait état que d'un éthyliste chronique. Le Dr B_____, en revanche, a évoqué les diagnostics de trouble affectif bipolaire, de trouble anxieux et de traits de personnalité mixte paranoïaque et dissociable, dont il a précisé qu'ils étaient probablement antérieurs à la prise d'alcool de sorte que la dépendance semblait leur être secondaire. Il n'a cependant pas indiqué quelle était leur influence exacte sur la capacité de travail de l'intéressé. Quant aux différents rapports émis par le département de psychiatrie de X_____ entre mai 2007 et novembre 2008, ils retiennent les troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool comme diagnostic principal. Certes, certains de ces rapports évoquent également un trouble dépressif récurrent de gravité moyenne mais ils précisent aussi que, selon l'anamnèse, le premier état d'ivresse de l'assuré remonte à son enfance (9-12 ans), contredisant ainsi l'affirmation du Dr B_____ selon laquelle les troubles seraient antérieurs à la consommation. Enfin, le Dr D_____ a précisé que la potomanie développée était sans influence sur la capacité de travail, tout comme le bref épisode de psychose réactionnelle survenu en 2000. En définitive, force est de constater que les éléments recueillis ne permettent pas de conclure que l'alcoolisme du recourant a entraîné une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique invalidante ou résulte lui-même d'une telle atteinte. La consommation excessive d'alcool demeure au premier plan. Il découle de ce qui précède que l'existence de troubles psychiques ayant une incidence sur la capacité de travail n'est pas démontrée au degré de la vraisemblance prépondérante requis en matière d'assurances sociales, de sorte que c'est à juste titre que l'intimé a rejeté la demande de prestations sur la base du dossier. Eu égard aux considérations qui précèdent, le recours est rejeté. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

Déclare le recours recevable. Au fond : Le rejette. Met un émolument de 200 fr. à la charge du recourant. 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.