

## **GE\_GERICHTE A/487/2007 vom 23. Oktober 2008**

GE Cour de justice, 2008-10-23, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_487\\_2007](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_487_2007)

FR: GE\_GERICHTE A/487/2007 du 23 octobre 2008

IT: GE\_GERICHTE A/487/2007 del 23 ottobre 2008

### **Volltext**

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 22.10.2008  
A/487/2007

A/487/2007 ATAS/1186/2008 du 22.10.2008 ( AI ) , ADMIS En fait En droit  
RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/487/2007  
ATAS/1186/2008 ARRET DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES  
SOCIALES Chambre 3 du 23 octobre 2008 En la cause Monsieur C \_\_\_\_\_, domicilié à  
TROINEX, représenté par ASSUAS Association suisse des assurés recourant contre  
OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue de Lyon 97, GENEVE  
intimé EN FAIT Monsieur C \_\_\_\_\_, né en 1961, a obtenu un certificat fédéral de  
capacité de menuisier et exercé cette activité dès le 1<sup>er</sup> août 1992. Le 12 janvier 1995,  
l'assuré a chuté d'une hauteur de 2.50 mètres sur un chantier. Cette chute lui a occasionné  
une fracture déplacée oblique de la jonction du tiers moyen et du tiers distal du tibia droit,  
une fracture diaphysaire transverse et une fracture peu déplacée de la tête du péroné droit. Le  
tibia droit a subi une ostéosynthèse par entourage centro-médullaire verrouillé. L'ablation  
des vis de verrouillage a eu lieu le 14 mars 1995. Une reprise de travail à 50 % a été tentée  
le 1<sup>er</sup> juin 1995, qui s'est soldée par un échec. Elle a été reportée au 19 juin 1995 à 100 %.  
Le 27 juin 1995, l'assuré a été licencié par son employeur avec effet au 31 juillet 1995 pour  
des motifs économiques. L'assuré a été remis en arrêt de travail à 100 % à partir du 16  
juillet 1995 en raison de la réapparition de douleurs aux niveaux du tiers distal de la jambe  
droite ainsi que du tendon rotulien. Le 17 juillet 1995, il a déposé auprès de l'Office  
cantonal de l'assurance-invalidité (OCAI) une demande de prestations tendant à l'octroi d'un  
reclassement dans une nouvelle profession. Le 14 octobre 1995, l'assuré a fait une chute  
avec choc direct au niveau du genou droit, ce qui a provoqué une hémarthrose traumatique.  
Le Dr L \_\_\_\_\_, chirurgien-orthopédiste mandaté par l'assureur-accidents a rendu un  
rapport d'expertise en date du 27 février 1996. Il en ressort que le patient était apte à  
reprendre l'activité de menuisier à 50 % depuis le 26 février 1996 et qu'il pourrait reprendre  
son travail à plein temps quatre semaines après l'ablation du matériel d'ostéosynthèse, dont  
il a estimé qu'elle allait très probablement faire disparaître les plaintes subjectives  
persistantes du patient. Dans un rapport du 28 juin 1996, le Dr M \_\_\_\_\_,  
chirurgien-orthopédiste, a considéré qu'il persisterait probablement une diminution de force  
du membre inférieur droit susceptible de gêner la reprise du travail comme menuisier. Il a  
constaté une atrophie musculaire importante du quadriceps et des douleurs résiduelles du  
membre inférieur droit tout en précisant qu'une amélioration fonctionnelle était encore  
possible. Le médecin a toutefois émis l'avis qu'un handicap résiduel même léger dans  
l'activité de menuisier paraissait justifier une réorientation professionnelle. Il a attesté une  
incapacité de travail de 50 % dès le 11 mars 1996 avec un épisode à 100 % du 9 mai au 30  
juin 1996. Dans une note manuscrite du 23 août 1996, le Dr N \_\_\_\_\_, médecin-conseil  
de l'OCAI, a estimé la capacité de travail de l'assuré dans son métier à 50 %, eu égard à

l'expertise du Dr L\_\_\_\_\_ du 27 février 1996. Le Dr N\_\_\_\_\_ a précisé qu'il y aurait lieu d'examiner six mois plus tard si une amélioration se produisait car on pouvait exiger de la part de l'assuré un taux d'activité d'au moins 75 %; un poste adapté serait cependant peut-être nécessaire. Toujours à la demande de l'assureur-accidents, le Dr L\_\_\_\_\_ a rendu un nouveau rapport d'expertise en date du 6 novembre 1996. Il y a indiqué que l'ablation du clou centro-médullaire avait eu lieu le 9 mai 1996. Il a relevé que le traitement de physiothérapie et de musculation entrepris les derniers mois avait permis la récupération d'une bonne fonction et d'une bonne force du membre inférieur droit. Un traitement d'ergothérapie lourde pourrait être bénéfique quant aux douleurs résiduelles et à l'appréhension. Le Dr L\_\_\_\_\_ a estimé qu'une reprise du travail à 100 % devrait être possible un mois après le début du traitement d'ergothérapie. Il a précisé que bien que la fracture du péroné soit solide et indolore, il subsistait un certain doute sur l'image radiologique, de sorte qu'il y aurait lieu de procéder à une radiographie de contrôle six mois plus tard pour attester la consolidation radiologique du péroné ce qui permettrait, le cas échéant, d'envisager la clôture du dossier. Par décision du 13 décembre 1996, l'assureur-accidents, constatant que l'état de santé de son assuré était stabilisé a invité ce dernier à reprendre le travail à 100 % dès le 1<sup>er</sup> janvier 1997 et mis un terme au versement de ses prestations dès cette date sous réserve d'une radiographie de contrôle de la jambe six mois plus tard. Dans un rapport du 11 mars 1997 adressé à l'OCAI, le Dr M\_\_\_\_\_ a fait état, radiologiquement, d'une consolidation du tibia et du péroné gauche. Cliniquement, il a admis la récupération des amplitudes articulaires du genou et de la cheville ainsi que d'une musculature visuellement symétrique. Il a mentionné la persistance en fin de journée d'un discret oedème de la jambe gauche. Le patient se plaignait de douleurs à l'effort, d'impressions de fourmillement à la suite d'une station debout prolongée, d'une diminution de force de la jambe gauche. Le Dr M\_\_\_\_\_ a précisé que ces divers éléments étaient difficilement objectivables cliniquement. Il s'est référé à l'une expertise médicale de l'assureur-accidents déclarant le patient apte à travailler à 100 % et précisé que ce dernier était en traitement dans le service de médecine physique des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) pour évaluer ses possibilités de travail à 100 % comme menuisier. Par décisions du 9 septembre 1997, l'OCAI a alloué à l'assuré une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> janvier au 31 mars 1996, puis une demi-rente d'invalidité fondée sur un degré d'invalidité de 50 % dès le 1<sup>er</sup> avril 1996. Du 7 au 31 janvier 1997 et du 18 mars au 20 juin 1997, l'assuré a effectué un stage dans l'atelier de réadaptation professionnelle des HUG à raison de deux après-midi par semaine. Dans un rapport du 31 juillet 1998 adressé à l'OCAI, le technicien a relevé que derrière une attitude de fatalisme et de légèreté, l'assuré masquait une détresse certaine qui l'amenait à baisser les bras et à présenter un caractère très adolescent. Il avait décrit une situation socio-familiale passablement dégradée qui pourrait expliquer certaines attitudes et plaintes. Le travail était exécuté avec lenteur. Le patient paraissait privilégier les travaux à approche plus intellectuelle mais ne semblait pas en avoir les moyens cognitifs de sorte que ses projets contenaient une grande part de rêve. Le technicien en réadaptation a indiqué que l'attitude globale de l'assuré ne l'encourageait pas à demander un reclassement professionnel; il a fait part de son sentiment d'être face à un unique problème de placement. A la suite de l'apparition d'une pseudarthrose du péroné droit ayant justifié un arrêt de travail à 100 % dès le 11 juillet 1998, l'assuré a subi, le 5 novembre 1998, une ostéosynthèse du péroné. Dans un rapport daté du 13 janvier 1999 et adressé à l'assureur-accidents, le Dr M\_\_\_\_\_ a fait état d'une reprise du travail à 100 % à partir du 4 janvier 1999. Il a relevé la persistance d'un oedème déclive marqué et d'un

œdème d'effort. Puis, dans un rapport du 21 mai 1999 adressé à l'OCAI, le Dr M\_\_\_\_\_ a indiqué que le traitement avait pris fin que persistait un œdème douloureux présent à la verticalisation et augmentant à l'effort. Il a estimé que le métier de menuisier était trop lourd et qu'un examen médical serait souhaitable; il n'était en effet pas convaincu qu'on puisse demander à l'assuré de reprendre à plein temps son métier de menuisier. Le 11 mai 2000, accédant à la demande de l'OCAI, l'assureur-accidents lui a communiqué les pièces de son dossier postérieures au 13 décembre 1996. En avril 2001, l'OCAI a initié d'office une procédure de révision de rente sur la base d'une notice du Dr N\_\_\_\_\_ du 2 avril 2001 faisant état d'une capacité de travail entière dans une activité légère à moyenne. Lors de l'examen de l'aptitude au placement de l'assuré dans le cadre de l'assurance-chômage, dans un rapport du 23 août 2002, le Dr O\_\_\_\_\_, généraliste, a considéré que les plaintes de l'intéressé n'étaient pas objectivables et qu'il était apte au placement probablement à 50 %. Le Dr O\_\_\_\_\_ a suggéré que le comportement de l'assuré pouvait traduire une certaine souffrance psychologique et qu'une évaluation par un psychiatre serait donc judicieuse. Dans un rapport du 12 septembre 2002, le Dr P\_\_\_\_\_, psychiatre et psychothérapeute, a quant à lui estimé que l'assuré était inapte à un placement durable depuis très longtemps et vraisemblablement encore pour plusieurs années. Dans un rapport du 11 mars 2003, le Dr Q\_\_\_\_\_, généraliste, a précisé que toutes les possibilités de reclassement professionnel avaient échoué et que le Dr P\_\_\_\_\_ avait admis une impotence totale et définitive ainsi qu'une inaptitude au placement. Il a confirmé que le patient présentait des carences majeures sur le plan intellectuel (illettrisme), des défauts d'acquisition et un état dépressif d'intensité moyenne. Il a conclu à un trouble de l'adaptation majeure avec humeur dépressive. Dans un rapport de la Division de réadaptation professionnelle de l'OCAI, daté du 19 mars 2003, la psychologue a indiqué que l'assuré se considérait comme incapable de reprendre une activité professionnelle en raison de ses douleurs à la jambe, de l'impossibilité à effectuer de longs déplacements, des difficultés à maintenir une position statique, de sa longue inactivité professionnelle et de son inaptitude psychologique à assumer un travail. Il se décrivait comme un marginal, pas suffisamment fort pour affronter les réalités du monde professionnel. Il admettait pouvoir travailler mais à son propre rythme dans une activité qu'il se serait lui-même choisie. Il avait de la peine à accepter toute contrainte du monde professionnel (horaire, hiérarchie, etc.). La psychologue a estimé que le parcours professionnel de l'assuré, avec de nombreux emplois de courte durée, ainsi que son attitude (nonchalance, ironie, ralentissement) laissaient penser qu'une reprise du travail pouvait être compromise de sorte qu'il y avait lieu de clarifier la situation médicale et notamment d'évaluer son état psychologique. Lors d'un entretien téléphonique avec le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), le 15 mars 2004, le Dr P\_\_\_\_\_ a précisé que, lors de l'entretien avec l'assuré, il avait constaté des problèmes depuis l'enfance avec une scolarité difficile et un illettrisme. Il a estimé que cette situation rendait l'assuré pauvre en ressources et incapable de rebondir après son accident, donc incapable de travailler. Dans un rapport d'examen clinique pluridisciplinaire du 23 avril 2004, les Drs R\_\_\_\_\_, orthopédiste au SMR, et S\_\_\_\_\_, psychiatre, ont diagnostiqué un status neuf ans après fracture des deux os de la jambe droite consolidée en position anatomique et des lombalgies à répétition. Dans l'anamnèse, ils ont précisé qu'une dyslexie avait été diagnostiquée pendant l'enfance et que l'assuré avait fait l'objet d'une recherche en paternité à la suite de la naissance d'un enfant 2000, ce qui l'avait affecté. Il se plaignait de douleurs continues de type picotement dans la jambe droite, de pseudo lâchages

occasionnels au niveau du genou droit, de douleurs lombaires avec parfois des irradiations le long de la face postérieure de la cuisse droite apparaissant environ deux fois par semaine. Au statut psychiatrique, le Dr S\_\_\_\_\_ n'a pas constaté ni troubles du cours de la pensée ou de la lignée psychotique, ni thymie dépressive ou anxieuse, ni troubles de l'attention ou de la concentration. Il a conclu à une personnalité émotionnellement labile à traits caractériels passifs. Les médecins du SMR ont considéré que les douleurs le long de la jambe droite étaient sans explication objective et que du point de vue orthopédique, les lésions du membre inférieur droit étaient guéries depuis janvier 1999. Ils ont relevé qu'au moment de la révision de sa rente en 2001, l'assuré avait annoncé une aggravation de son état en raison de son inaptitude au placement prononcée par l'assurance-chômage en septembre 2002 et qu'il décrivait également une aggravation de son état thymique liée à une procédure de reconnaissance en paternité. Ils ont exposé qu'ils n'avaient pas mis en évidence de trouble dépressif ou anxieux d'intensité suffisante pour justifier une incapacité de travail et que le mode de vie régressé adopté par l'assuré ne s'expliquait pas d'un point de vue psychologique même s'ils avaient posé le diagnostic d'une personnalité émotionnellement labile à trait caractériels passifs. Les médecins n'ont retenu aucune limitation fonctionnelle et ont conclu à une capacité de travail exigible de 100 % dans la profession de menuisier. Par décision du 27 juin 2005, l'OCAI a supprimé la demi-rente d'invalidité allouée jusqu'alors à l'assuré en précisant que cela prendrait effet dès le premier jour du deuxième mois suivant la notification de ladite décision. Le 7 juillet 2005, l'assuré a formé opposition à cette décision en alléguant que son état de santé ne s'était pas amélioré et qu'un statu quo prévalait. Il réclamait la poursuite du versement de sa demi-rente après la mise en œuvre éventuelle d'une expertise médicale visant à établir le degré de son invalidité. Il produisait à l'appui de ses dires une attestation établie le 5 juillet 2005 par la Dresse T\_\_\_\_\_, généraliste, certifiant qu'il travaillait à 50 % depuis 1997 en raison de différentes affections consistant en séquelles d'un accident de travail avec fracture du tibia-péroné et douleurs séquellaires, dorsalgies basses communes chroniques et état dépressif secondaire. Par décision sur opposition du 12 janvier 2007, l'OCAI a confirmé sa décision de suppression de rente du 27 juin 2005. Il a relevé que, dans un rapport du 21 mai 2005, le Dr M\_\_\_\_\_ avait conclu que le traitement était terminé et avait proposé un examen médical complémentaire pour déterminer la capacité de travail. Sur la base du rapport d'expertise pluridisciplinaire du 23 avril 2004 - ayant pleine valeur probante dès lors qu'il corroborait les données recueillies par l'assureur-accidents - l'OCAI a considéré que les circonstances médicales s'étaient modifiées depuis 1997 de sorte que la rente de l'assuré devait être révisée. Il a estimé que l'attestation médicale du Dr T\_\_\_\_\_ du 5 juillet 2005 n'apportait aucun élément médical concret et probant suffisant pour revoir sa position. Par acte du 9 février 2007, l'assuré a interjeté recours auprès du Tribunal de céans. Il conclut à l'annulation de la décision de suppression de rente après mise en œuvre d'un nouvel examen pluridisciplinaire. Il allègue que, loin de s'améliorer, sa capacité de travail n'a fait que diminuer depuis l'établissement du rapport médical du 23 avril 2004. Il soutient qu'il a de plus en plus de difficultés à se déplacer, s'agenouiller et marcher sur des sols irréguliers, que les douleurs à la jambe provoquent une boiterie respectivement des douleurs dorsales qui persistent même après une période de repos. Invité à se prononcer, l'OCAI, dans sa réponse du 23 mars 2007, a conclu au rejet du recours. Il relève que sa décision initiale d'octroi de rente du 9 septembre 1997 était essentiellement fondée sur le diagnostic de fracture de la jambe droite ostéosynthésée par clou centro-médullaire. Or, selon l'examen clinique pluridisciplinaire effectué par le SMR, la pseudarthrose du péroné était

guérie, le tibia consolidé, il n'existait aucune limitation fonctionnelle sur le plan orthopédique et aucune pathologie psychiatrique susceptible d'entraver la capacité de travail ne pouvait être retenue. Il considère que le rapport d'expertise a pleine valeur probante de sorte qu'il n'existe aucune raison objectivement fondée de s'en écarter. Il soutient par ailleurs que l'attestation du Dr T\_\_\_\_\_ ne permet pas d'ébranler les conclusions de l'expertise car ce médecin se borne à énumérer les affections dont souffre l'assuré et qui ont déjà été investiguées. Dans sa réplique du 31 mai 2007, le recourant conclut sous suite de dépens, principalement, à l'audition de la Dresse T\_\_\_\_\_ et à la constatation qu'il présente une atteinte à la santé lui donnant droit à une rente d'invalidité, subsidiairement, à la mise en œuvre d'une nouvelle expertise bidisciplinaire neutre. Selon lui, c'est de manière incompréhensible que l'intimé soutient que les affections énumérées par la Dresse T\_\_\_\_\_ ne provoquent aucune incapacité de travail. Le recourant s'étonne que l'examen clinique bi-disciplinaire du 23 avril 2004 ait pu conclure à une entière capacité de travail dans l'activité de menuisier. Il produit une nouvelle attestation médicale de la Dresse T\_\_\_\_\_, datée du 27 avril 2007, dont il ressort que l'accident de 1995 a entraîné des complications sous forme d'une surinfection causée par un staphylocoque doré. La persistance de ce germe a engendré des douleurs constantes ainsi que persistantes du matin au soir à la jambe droite (sensations de brûlure très épuisantes et difficiles à supporter malgré les antidouleurs et antidépresseurs), une dépression, un mal-être profond, un renfermement sur lui-même, un écartement du milieu social et un manque d'assurance, un bannissement des activités sportives, un handicap important dans les tâches courantes et quotidiennes (ménage, préparation des repas, courses, etc.), chacun de ces gestes, auparavant banal, représentant depuis l'accident un stress supplémentaire. Dans sa duplique du 12 juillet 2007, l'intimé a maintenu ses précédentes conclusions. Il relève l'absence d'élément médical susceptible d'ébranler les conclusions de l'expertise. A l'appui de sa position, il produit un avis du 29 juin 2007 de la Dresse U\_\_\_\_\_, médecin du SMR. Cette dernière conteste que les douleurs constantes et persistantes soient dues à la persistance d'un germe staphylocoque résistant. Elle observe que l'attestation de la Dresse T\_\_\_\_\_ ne met pas en évidence d'aggravation de l'état de santé de l'assuré depuis la décision de l'OCAI et depuis l'examen clinique du SMR. Elle explique que si l'assuré présentait toujours une infection au niveau de son membre inférieur, il aurait une ostéomyélite, infection nécessitant un traitement médicamenteux et éventuellement chirurgical, ce qui n'est pas le cas. Elle précise que le staphylocoque doré résistant colonise la peau et certaines muqueuses ce qui n'entraîne pas de limitations fonctionnelles ou d'atteintes à la santé. En revanche, il induit rarement des infections. Au sujet de la dépression ou du mal-être profond, la Dresse U\_\_\_\_\_ relève que l'assuré a été vu par un psychiatre qui n'a pas retenu de maladie psychiatrique invalidante, qu'il n'est pas suivi par un psychiatre et qu'il n'a pas été hospitalisé en milieu psychiatrique. Le mal-être n'est pas une maladie psychiatrique, mais certainement la conséquence des problèmes assécurologiques de l'assuré. Elle estime que les conclusions de l'examen clinique du 23 avril 2004 sont toujours valables et que l'assuré ne présente ni aggravation de son état de santé, ni nouvelle atteinte. Le 14 mars 2008, le Tribunal a procédé à l'audition de la Dresse T\_\_\_\_\_. Cette dernière a précisé suivre le recourant depuis mai 2002. Elle a expliqué avoir évoqué des staphylocoques dorés sur la base des dires du patient mais avoir constaté, après avoir repris son dossier, qu'il n'en était pas fait mention. En revanche, le témoin a maintenu sa description des différents symptômes dans la mesure où ils correspondent aux plaintes du patient. Elle a indiqué avoir adressé ce dernier à un spécialiste en raison de

l'existence de symptômes de la lignée dépressive (repli sur soi, insomnies, idées noires présentes depuis longtemps mais aggravées depuis l'automne dernier, anhédonisme); c'est ainsi qu'il est suivi depuis un mois et demi par la Dresse U\_\_\_\_\_. Le témoin a ajouté que par le passé, le patient avait été plusieurs fois sous traitement antidépresseur. La Dresse T\_\_\_\_\_ considère que la douleur aux membres inférieurs, les douleurs lombaires et l'hypertension se traduisent par un mal être total physique et psychique; en conséquence, elle dit avoir de la peine à imaginer que le patient puisse assumer un travail debout toute la journée comme l'exigerait l'activité de menuisier. A son avis, les douleurs s'expliquent de manière mécanique (multiples fractures, pseudarthrose, mauvaise posture accentuée par son obésité) et peut-être par une origine neurogène. La Dresse T\_\_\_\_\_ a qualifié l'état de santé de l'intéressé de stationnaire au plan physique et d'aggravé au plan psychique depuis septembre 2007. Elle a mentionné une aggravation passagère en juin 2007 et durant trois mois environ, suite à une chute dans l'escalier. Le témoin a indiqué ne pas voir quelle activité on pourrait exiger du patient compte tenu de sa formation et de son état; sa dyslexie se traduit par d'importantes difficultés de lecture et d'écriture. Le 16 mai 2008, le Tribunal a entendu la Dresse U\_\_\_\_\_. Cette dernière a déclaré avoir examiné le patient pour la première fois, le 27 février 2008, précisant qu'elle ne dispose donc pas des trois mois de recul nécessaires après traitement médicamenteux préconisés par les règles de déontologie et que son opinion n'est donc encore que partiellement formée. Le témoin a néanmoins indiqué que l'assuré a traversé un contexte familial lourd psychologiquement, notamment durant son enfance, qui a toujours un poids déterminant sur son état d'aujourd'hui. Elle a relevé un déficit de l'attention tout en précisant que ce diagnostic ne peut être posé au-delà de l'âge de 18 ans du point de vue de l'assurance-invalidité. En revanche, on peut parler de pré-trouble de la personnalité dans l'enfance bien que les troubles de la personnalité, n'atteignent actuellement pas un niveau déterminant en eux-mêmes; ils constituent néanmoins un indice pour le diagnostic final. Le score de 17 au test de Hamilton ne permet pas de conclure à une répercussion sur la capacité de travail. Quant au score de 30 à l'échelle d'anxiété, il montre une anxiété modérée. L'échelle du ralentissement est la plus significative, puisqu'elle aboutit à un score de 37, étant précisé qu'un score supérieur à 30 a des répercussions. Le témoin a dit avoir constaté des troubles de la mémoire immédiate et de la concentration se manifestant sous forme de difficultés à résumer ou à comprendre. Le témoin a exprimé l'avis que la capacité de travail de l'assuré n'est pas entière, sans pouvoir indiquer précisément dans quelle mesure elle serait amoindrie. La Dresse U\_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics de troubles de l'hyperactivité, de l'adaptation et de déficit de l'attention (THADA), traits de personnalité passifs (F 60.9) et dépression modérée. Elle a suggéré qu'il soit procédé à une expertise en bonne et due forme afin d'obtenir un résultat objectif et de déterminer quelles sont précisément les répercussions sur la capacité professionnelle. Dans son écriture du 21 mai 2008, le recourant a souligné qu'il n'était nullement opposé à la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique confiée à un spécialiste indépendant à condition qu'il puisse participer au processus de désignation de l'expert et proposer d'autres spécialistes en cas de récusation. Il allègue que l'expert aura toutefois besoin d'au moins cinq à six mois, voire huit, pour se faire une opinion claire sur son état et qu'il faut donc se demander si un tel sacrifice de temps se justifie. Selon lui, si tel n'est pas le cas, alors seuls les avis des Dresses T\_\_\_\_\_ et U\_\_\_\_\_ doivent être pris en considération. Dans son écriture du 13 juin 2008, l'intimé a maintenu ses précédentes conclusions et produit un avis du SMR daté du 11 juin 2008. Dans ledit avis, la Dresse U\_\_\_\_\_ observe que la Dresse T\_\_\_\_\_ ne précise pas si le suivi psychiatrique a été demandé sur la base de

constatations objectives ou sur les dires de l'assuré; en revanche, les symptômes décrits reposent sur les seuls dires du patient. La Dresse U\_\_\_\_\_ a souligné que le mal-être n'est pas une atteinte à la santé d'une gravité suffisante pour justifier une incapacité de travail sur le plan médico-asséculo-logique. Elle a relevé que le suivi psychiatrique a débuté après le rapport d'expertise et que le diagnostic de pré-trouble de la personnalité dans l'enfance n'est pas un diagnostic selon « la CIM-10 ». Elle minimise le repli sur soi et la perte d'intégration mentionnés par la Dresse U\_\_\_\_\_ au motif que l'assuré continue à sortir de chez lui et à conduire, ce qui ne traduit pas, selon elle, un trouble psychique grave. La Dresse U\_\_\_\_\_ en a tiré la conclusion que les témoignages n'apportaient pas d'élément parlant en faveur d'une aggravation ou d'une nouvelle atteinte susceptible de modifier les conclusions du SMR. Le 17 juin 2008, le Tribunal a communiqué cette écriture au recourant et gardé la cause à juger. EN DROIT Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. La LPGA, entrée en vigueur le 1 er janvier 2003 et ayant entraîné la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité, est applicable en l'espèce dès lors que les faits juridiquement déterminants sont postérieurs à son entrée en vigueur (cf. ATF 130 V 446 ss consid. 1, 129 V 4 consid. 1.2). Les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi, de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 345 consid. 3). Les dispositions de la novelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4 ème révision), entrées en vigueur le 1 er janvier 2004 (RO 2003 3852), sont régies par le même principe et sont applicables au droit à la rente dès le 1 er janvier 2004. La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité est entrée en vigueur le 1 er juillet 2006 (RO 2006 2003), apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances et l'introduction de frais de justice lors de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI, lesquels doivent se situer entre 200 fr. et 1'000 fr. (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA et art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, le présent cas est soumis au nouveau droit puisque le recours a été formé après le 1 er juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005). Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). La décision sur opposition date du 12 janvier 2007 et le recours du 9 février 2007 de sorte que ce dernier a été formé en temps utile (art. 39 al. 1 et 60 al. 2 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable. Le litige porte sur la question de savoir si l'état de santé du recourant s'est modifié de manière à influencer son droit à la rente. 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 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, 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 (art. 7 LPGA). Selon l'art. 17 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. 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 (ATF 130 V 349 consid. 3.5, 113 V 275 consid. 1a; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (ATFA non publié du 31 janvier 2003, I 559/02, consid. 3.2 et les arrêts cités). 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 publié du 13 juillet 2006, I 406/05, consid. 4.1). Le point de savoir si un tel changement 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 régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2; 125 V 369 consid. 2 et la référence; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 125 V 261 consid. 4). La tâche du médecin dans le cadre d'une révision de la rente selon l'art. 17 LPGA consiste avant tout à établir l'existence ou non d'une amélioration de l'état de santé de l'assuré en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale avec la situation au moment de son examen (ATF 125 V 369 consid. 2). Le principe selon lequel l'administration peut en tout temps revenir d'office sur une décision formellement passée en force qui n'a pas donné lieu à un jugement sur le fond, lorsque celle-ci est certainement erronée et que sa rectification revêt une importance appréciable, l'emporte sur la procédure de révision. Ainsi, l'administration peut aussi modifier une décision de rente lorsque les conditions de la révision selon l'art. 17 LPGA ne sont pas remplies (ATF 125 V 369 consid. 2 et les arrêts cités; cf. aussi ATF 112 V 373 consid. 2c et 390 consid. 1b). Si le juge est le premier à constater que la décision initiale était manifestement erronée, il peut confirmer, en invoquant ce motif, la décision de révision prise par l'administration (ATF 125 V 369 consid. 2 et les arrêts cités; cf. aussi ATF 112 V 373 consid. 2c et 390 consid. 1b). Il est à relever que la reconsidération est désormais expressément prévue à l'art. 53 LPGA. Pour juger s'il est admissible de reconsidérer une décision pour le motif qu'elle est sans nul doute erronée, il faut se fonder sur la situation juridique existant au moment où cette décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 119 V 479 consid. 1b/cc et les références). Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation erronée résultant de l'appréciation des faits. Un changement de pratique ou de jurisprudence ne saurait en principe justifier une reconsidération (ATF 117 V 17 consid. 2c, 115 V 314 consid. 4a/cc). Une décision est sans nul doute erronée non seulement lorsqu'elle a été prise sur la base de règles de droit non correctes ou inappropriées, mais aussi lorsque des dispositions importantes n'ont pas été appliquées ou l'ont été de manière inappropriée (DTA 1996/97 n° 28 p. 158 consid. 3c). Pour des motifs de sécurité juridique, l'irrégularité doit être manifeste (« zweifellos unrichtig »), de manière à éviter que la reconsidération devienne un instrument autorisant sans autre limitation un nouvel examen des conditions à la base des

prestations de longue durée. En particulier, les organes d'application ne sauraient procéder en tout temps à une nouvelle appréciation de la situation après un examen plus approfondi des faits. Une inexactitude manifeste ne saurait être admise lorsque l'octroi de la prestation dépend de conditions matérielles dont l'examen suppose un pouvoir d'appréciation, quant à certains de leurs aspects ou de leurs éléments, et que la décision initiale paraît admissible compte tenu de la situation antérieure de fait et de droit. S'il subsiste des doutes raisonnables sur le caractère erroné de la décision initiale, les conditions de la reconsidération ne sont pas remplies (ATF non publiés du 18 octobre 2007, 9C\_575/2007, consid. 2.2 et du 7 mai 2007, I 907/06, consid. 3.2.1). Selon l'art. 53 al. 1 LPGA, les décisions et les décisions sur opposition formellement passées en force sont soumises à révision si l'assuré ou l'assureur découvre subséquemment des faits nouveaux importants ou trouve des nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant. Sont « nouveaux » au sens de l'art. 53 LPGA, les faits qui se sont produits jusqu'au moment où, dans la procédure principale, des allégations de faits étaient encore recevables, mais qui n'étaient pas connus du requérant malgré toute sa diligence. En outre, les faits nouveaux doivent être importants, c'est-à-dire qu'ils doivent être de nature à modifier l'état de fait qui est à la base de l'arrêt entrepris et à conduire à un jugement différent en fonction d'une appréciation juridique correcte. Les preuves, quant à elles, doivent servir à prouver soit les faits nouveaux importants qui motivent la révision, soit des faits qui étaient certes connus lors de la procédure précédente, mais qui n'avaient pas pu être prouvés, au détriment du requérant. Dans ce contexte, lorsque les nouveaux moyens sont destinés à prouver des faits allégués antérieurement, le requérant doit aussi démontrer qu'il ne pouvait pas les invoquer dans la précédente procédure. Une preuve est considérée comme concluante lorsqu'il faut admettre qu'elle aurait conduit l'autorité (administrative ou judiciaire) à statuer autrement s'il en avait eu connaissance dans la procédure principale. Ce qui est décisif, c'est que le moyen de preuve ne serve pas à l'appréciation des faits seulement, mais à l'établissement de ces derniers. Ainsi, il ne suffit pas qu'une nouvelle expertise donne une appréciation différente des faits; il faut bien plutôt des éléments de fait nouveaux, dont il résulte que les bases de la décision entreprise comportaient des défauts objectifs. Pour justifier la révision d'une décision, il ne suffit pas que le médecin ou expert tire ultérieurement, des faits connus au moment du jugement principal, d'autres conclusions que l'autorité. Il n'y a pas non plus motif à révision du seul fait que celle-ci paraît avoir mal interprété des faits connus déjà lors de la procédure principale. L'appréciation inexacte doit être, bien plutôt, la conséquence de l'ignorance ou de l'absence de preuve de faits essentiels pour la décision (ATF 127 V 358 consid. 5b, 110 V 141 consid. 2, 293 consid. 2a, 108 V 171 consid. 1; cf. aussi ATF 118 II 205 consid. 5). Ces notions, applicables à la révision des décisions rendues par les autorités judiciaires, le sont également lorsque l'administration est tenue de procéder à la révision d'une décision entrée en force formelle (cf. ATF 127 V 469 consid. 2c et les références). En l'espèce, le recourant soutient que son état de santé ne s'est pas amélioré, voire s'est aggravé depuis l'octroi de la rente en 1997. Pour sa part, l'intimé justifie la suppression de la demi-rente allouée à l'assuré par la disparition de toute incapacité de travail depuis 1999. Le 9 septembre 1997, date à laquelle l'OCAI a octroyé à l'assuré une rente entière du 1<sup>er</sup> janvier au 31 mars 1996, puis une demi-rente dès le 1<sup>er</sup> avril 1996 fondée sur un degré d'invalidité de 50 %, le Dr N\_\_\_\_\_, dans son avis du 23 août 1996, admettait une capacité de travail de 50 % dans le métier de menuisier eu égard aux conclusions de l'expertise du Dr L\_\_\_\_\_ en date du 27 février 1996 et réservait un réexamen après six mois au motif qu'on pouvait exiger de l'assuré un taux d'activité d'au moins 75 %. Dans

son rapport d'expertise du 6 novembre 1996, le Dr L\_\_\_\_\_ considérait en effet qu'une reprise du travail à 100 % devrait être possible un mois après le début du traitement d'ergothérapie destiné à traiter les douleurs résiduelles et l'appréhension. Pour sa part, dans un rapport du 11 mars 1997, le Dr M\_\_\_\_\_ attestait une incapacité de travail de 50 % dès le 11 mars 1996 avec un épisode à 100 % du 9 mai au 30 juin 1996 et faisait état d'un traitement aux HUG pour évaluer les possibilités de l'assuré à travailler à 100 % comme menuisier. Il relevait que les plaintes du patient étaient difficilement objectivables et que les radiographies montraient une fracture consolidée alors que, cliniquement, on constatait une récupération des amplitudes articulaires du genou et de la cheville ainsi que d'une musculature symétrique. A la suite d'un stage effectué dans l'atelier de réadaptation professionnelle des HUG en janvier et de mars à juin 1997, dans un rapport du 31 juillet 1998, le technicien estimait être face à un unique problème de placement bien qu'il ait constaté une détresse certaine, un travail exécuté avec lenteur et un manque de moyens cognitifs. Il ressort de ces divers rapports qu'en septembre 1997, à la suite d'une fracture du tibia et du péroné droits consolidée et malgré une récupération de la musculature ainsi que de l'amplitude articulaire, le recourant se plaignait de douleurs à l'effort, d'impressions de fourmillement, de diminution de force de la jambe qui n'étaient pas objectivables sauf un discret oedème de la jambe en fin de journée. Au sujet de la capacité de travail, l'expert de l'assurance-accidents concluait à un taux de 100 % dans l'activité de menuisier après un traitement d'ergothérapie et le médecin de l'intimé admettait un taux provisoire de 50 % dans le métier de menuisier et demandait à l'administration d'examiner s'il y avait eu une augmentation. Interrogé à cet égard, le médecin traitant retenait un taux de 50 % tout en précisant que le patient effectuait un stage aux HUG pour évaluer ses possibilités de travail à 100 % comme menuisier. Au moment de la suppression de rente par décision sur opposition du 12 janvier 2007, dans leur rapport bi-disciplinaire du 23 avril 2004, les Drs R\_\_\_\_\_ et S\_\_\_\_\_ ont diagnostiqué un status neuf ans après une fracture des deux os de la jambe droite consolidée en position anatomique et des lombalgies à répétition. Les plaintes du recourant consistaient en douleurs continues de type picotement dans la jambe droite, pseudo lâchages occasionnels au niveau du genou droit, douleurs lombaires avec parfois des irradiations le long de la face postérieure de la cuisse droite apparaissant environ deux fois par semaine. Les médecins ont admis une guérison des lésions du membre inférieur droit depuis janvier 1999 au motif qu'il n'existait aucune explication objective quant à la persistance des douleurs le long de la jambe droite et aucune limitation fonctionnelle. Ils ont conclu à une capacité de travail exigible de 100 % comme menuisier. Il ressort de la comparaison de l'état de santé du recourant au moment de ces deux décisions que les diagnostics posés sont superposables mais que les plaintes du recourant se sont amplifiées depuis 1997 puisqu'il présente maintenant des lombalgies. Quant à la capacité résiduelle de travail, force est de constater qu'au moment où l'OCAI a rendu sa décision initiale, en raison de l'absence d'éléments objectivables, il existait de forts doutes quant à une incapacité de travail du recourant au-delà du 1<sup>er</sup> janvier 1997 qui n'était attestée que par le médecin traitant. Un stage destiné à apprécier l'aptitude du recourant à exercer son activité de menuisier à 100 % avait eu lieu durant le premier semestre 1997 et concluait à un simple problème de placement. Toutefois, ces conclusions n'étaient pas encore connues de l'intimé. A la suite de la réapparition de douleurs invalidantes au mois de juillet 1998, des examens complémentaires ont mis en évidence une pseudarthrose qui a nécessité une cure avec ostéosynthèse du péroné, le 5 novembre 1998. L'incapacité de travail a été de 100 % du 11 juillet 1998 au 3 janvier 1999. Contrairement à ce que soutient l'intimé, la capacité de

travail du recourant n'était pas entière seulement depuis le 4 janvier 1999 mais déjà en tout cas depuis septembre 1997, à savoir un mois après le début du traitement d'ergothérapie préconisé par le Dr L\_\_\_\_\_ en novembre 1996. En effet, bien qu'on ne connaisse pas la date de sa mise en œuvre, ce traitement a débuté en tout cas bien avant la décision du 9 septembre 1997 eu égard au temps écoulé entre l'expertise et ladite décision. L'incapacité de travail du 11 juillet 1998 au 3 janvier 1999 due à une séquelle tardive qui a guéri en six mois est postérieure à cette décision et n'a donc aucune incidence sur l'appréciation de la capacité résiduelle de travail au moment de la décision. A ce sujet, il convient de rappeler que l'assureur-accidents a mis un terme à sa prise en charge au 31 décembre 1996 en raison de la stabilisation de l'état de santé du recourant et que le Dr L\_\_\_\_\_, en raison d'un doute quant à la consolidation radiologique de la fracture du péroné, avait préconisé une radiographie de contrôle en mai 1997 et la clôture du cas à ce moment-là. En définitive, la capacité résiduelle de travail n'a pas subi de modification notable entre septembre 1997 et janvier 2007, puisqu'à la date de la décision d'octroi de la rente initiale, un rapport d'expertise dont l'intimé avait connaissance concluait déjà à une pleine capacité de travail dans l'activité de menuisier en septembre 1997 et il existait de forts doutes que la capacité résiduelle de travail du recourant était en tout cas de 75 % dans l'activité de menuisier. En outre, l'intimé savait que le recourant avait suivi un stage professionnel pour évaluer sa capacité à travailler à 100 % dans l'activité de menuisier. Toutefois, malgré ces appréciations divergentes, il pas crû bon de s'enquérir des résultats dudit stage avant de prendre sa décision d'octroi de rente d'invalidité qui lui aurait permis de trancher la question de la capacité résiduelle de travail dans l'activité de menuisier. Dès lors, il a accordé la demi-rente de façon hâtive sans véritable examen de l'exigibilité de la reprise de l'activité professionnelle à plus de 50 %. Par conséquent, même sans tenir compte des troubles psychiques subséquents invoqués par le recourant et sans examiner s'ils sont invalidants ou non, on ne voit pas en quoi l'état de santé du recourant ou sa capacité résiduelle de gain se seraient améliorés de façon notable depuis la décision initiale de rente. A cet égard, l'appréciation des Drs V\_\_\_\_\_ et S\_\_\_\_\_ constitue une nouvelle appréciation de la capacité résiduelle de travail du recourant sur la base d'un état de fait inchangé, ce qui ne constitue pas un motif de révision. Étant donné que les conditions de l'art. 17 LPGA ne sont pas réalisées, il n'y a pas matière à révision. Il y a lieu d'examiner si l'octroi au recourant d'une demi-rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> avril 1996 était manifestement erroné au moment de la décision d'octroi du 9 septembre 1997. A l'époque déjà, il y avait de forts doutes quant à la persistance d'une incapacité de travail du recourant au-delà du 1<sup>er</sup> janvier 1997. En effet, en novembre 1996, le Dr L\_\_\_\_\_ concluait à une capacité de travail entière après le début d'un traitement d'ergothérapie, le Dr W\_\_\_\_\_ admettait une capacité de travail de 50 % dès le 1<sup>er</sup> avril 1996 avec réexamen en février 1997 afin de déterminer si une amélioration était survenue. En mars 1997, le Dr M\_\_\_\_\_ attestait une incapacité de travail de 50 % dès le 11 mars 1996 avec un épisode à 100 % du 9 mai au 30 juin 1996. Il relevait toutefois que les plaintes du patient étaient difficilement objectivables, que les radiographies montraient une fracture consolidée, que, cliniquement, on constatait une récupération des amplitudes articulaires du genou et de la cheville ainsi que d'une musculature symétrique. Au vu des appréciations divergentes des médecins, en septembre 1997, quant à la capacité résiduelle de travail du recourant et des doutes existants sur ce point, il n'était pas manifestement erroné au sens de la jurisprudence d'accorder au recourant une demi-rente d'invalidité dès lors qu'il ne connaissait pas les résultats du stage professionnel qui lui aurait permis de trancher lesdits doutes. Par conséquent, on ne saurait

reprocher à l'organe de l'assurance-invalidité, à la date de la décision initiale de rente, d'avoir usé de manière manifestement erronée de son pouvoir d'appréciation. En revanche, le rapport des HUG du 31 juillet 1998 constituait manifestement un moyen de preuve nouveau susceptible d'entraîner une révision procédurale de la décision initiale puisqu'il établissait que, lors du stage effectué durant le premier semestre 1997, les problèmes du recourant n'étaient pas dus aux séquelles de la fracture de jambe mais à une question de marché du travail. La révision procédurale est soumise aux délais prévus par l'art. 67 de la loi fédérale sur la procédure administrative (PA) - applicable par renvoi de l'art. 55 al. 1 LPG - , à savoir un délai relatif de nonante jours dès la découverte du motif de révision et un délai absolu de dix ans qui commence à courir avec la notification de la décision (HAVE 2005 p. 242, consid. 1; ATFA non publié du 3 août 2007, I 528/06, consid. 4.2). En outre, pour déterminer le moment de la découverte du motif de révision, il ne faut pas se fonder sur la connaissance effective (subjective) par le représentant légal mandaté ultérieurement, mais il faut examiner à partir de quand la personne habilitée à demander la révision a pu avoir connaissance du motif de révision (REAS 2005 p. 242; ATFA non publié du 13 mars 2007, U 120/06 consid. 4.1). En l'espèce, bien que l'intimé ait eu connaissance de ce rapport le 8 août 1998, il n'a procédé à la révision de sa décision qu'en 2005 de sorte qu'il n'a pas agi dans le délai de 90 jours dès la connaissance du fait nouveau établissant que le recourant avait un simple problème de placement. On peut même reprocher à l'intimé de n'avoir rien entrepris pour avoir connaissance des conclusions du stage avant de rendre sa décision d'octroi de rente dès lors que le stage était terminé depuis le mois de juin 1997. Par conséquent, il ne serait pas davantage en droit de procéder à la révision de la rente en raison des conclusions du rapport de stage professionnel. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis et les décisions des 27 juin 2005 et 12 janvier 2007 annulées. Le recourant obtenant gain de cause, une indemnité de 2'000 fr. lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPG). Etant donné que depuis le 1 er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de 500 fr. **PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES** : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : L'admet et annule les décisions de l'OCAI du 27 juin 2005 ainsi que du 12 janvier 2007. Condamne l'intimé à verser au recourant une indemnité de 2'000 fr. à titre de dépens. Met un émolument de 200 fr. à la charge de l'intimé. 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); 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 Yaël BENZ La présidente Karine STECK Le secrétaire-juriste : Philippe LE GRAND ROY Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le