

GE_GERICHTE A/716/2008 vom 19. November 2008

GE Cour de justice, 2008-11-19, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_716_2008

FR: GE_GERICHTE A/716/2008 du 19 novembre 2008

IT: GE_GERICHTE A/716/2008 del 19 novembre 2008

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 19.11.2008
A/716/2008

A/716/2008 ATAS/1332/2008 du 19.11.2008 (AI) , REJETE En fait En droit
RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/716/2008
ATAS/1332/2008 ARRET DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES
SOCIALES Chambre 4 du 19 novembre 2008 En la cause Monsieur B _____,
domicilié à CHATELAINE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître
Daniel MEYER recourant contre OFFICE CANTONAL DE
L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue de Lyon 97, GENEVE intimé EN FAIT Monsieur
B _____, né en 1967, de nationale kosovare, étancheur diplômé, a travaillé à Genève
dans le secteur de la construction. L'intéressé a exercé en dernier lieu une activité
d'aide-étancheur pour la société X _____ Sàrl, pour un salaire de 25 fr. 50 de l'heure, à
raison de 45 heures par semaine. Le 21 septembre 2006, l'intéressé a chuté dans les escaliers
et subi une fracture sous-capitale du radius gauche avec composante intra-articulaire.
Depuis lors, il est en incapacité de travail totale. L'assureur-accidents SUVA a pris en
charge le cas. Dans un rapport du 19 février 2007, le Dr L _____, spécialiste FMH en
chirurgie orthopédique, a confirmé la présence d'un syndrome douloureux prédominant au
niveau de l'olécrâne gauche et ne peut exclure une éventuelle algodystrophie. Il a favorisé la
mise en œuvre d'une rééducation avec physiothérapie et précisé qu'en l'absence
d'amélioration après ce traitement, un CT-scan devrait être envisagé pour exclure un
éventuel conflit mécanique au niveau de la fossette olécrânienne. Le 8 juin 2007, le Dr
L _____ pose le diagnostic d'algodystrophie et décrit une évolution lentement
favorable. Selon un rapport médical intermédiaire établi le 6 juin 2007 par le Dr
M _____ à l'attention de la SUVA, l'évolution est lentement favorable, avec persistance
de la douleur à la mobilisation et extension limitée. Une reprise de travail à 50% le 11
décembre 2006 a échoué. L'assuré a séjourné à la Clinique romande de réadaptation (CRR)
du 24 juillet au 21 août 2007. Dans l'avis de sortie du 20 août 2007, les médecins attestent
d'une incapacité de travail de 100 % du 10 juillet 2007 au 23 septembre 2007, à réévaluer.
Dans le rapport de sortie du 11 septembre 2007, la CRR retient comme diagnostic primaire
des thérapies physiques et fonctionnelles, et comme diagnostic secondaire une fracture
sous-capitale du radius gauche avec composante intra-articulaire le 21 septembre 2006
traitée conservativement et un flexum douloureux persistant du coude gauche. L'assuré ne
présente aucune comorbidité psychiatrique. Lors des évaluations dans les ateliers
professionnels, il a été observé en fonction des tâches demandées que le patient n'intègre
pas son membre supérieur gauche dans l'activité. Lors d'activités légères à hauteur d'établi,
le patient n'a pas émis de plainte particulière. Le maximum de la charge déplacée est de 4 à
6 kg avec le membre supérieur gauche, les mouvements de rotation du poignet occasionnent
des douleurs du coude gauche. Durant ses séances aux ateliers, le patient a développé des

stratégies d'adaptation fonctionnelle, sa participation a été bonne. Au vu de la situation actuelle, une reprise du travail dans son activité habituelle de manœuvre dans une entreprise d'étanchéité n'est pas envisageable et l'incapacité de travail dans la profession antérieure est considérée comme totale. La situation n'est pas encore stabilisée, la suite de la prise en charge sera déterminée par le Dr L_____ et un examen par le médecin d'agence devrait être prévu d'ici 2 à 3 mois. Le 24 septembre 2007, l'intéressé a déposé une demande de prestation auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après OCAI), visant à l'octroi d'une orientation professionnelle, d'un reclassement dans une nouvelle profession, d'une rééducation dans la même profession ou d'un placement. Dans un rapport adressé à l'OCAI le 15 novembre 2007, le Dr L_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a indiqué que l'état de santé du patient était stationnaire, que l'incapacité de travail était de 100 % depuis le 21 septembre 2006, qu'elle pouvait être améliorée par des mesures médicales, des mesures professionnelles étant par ailleurs indiquées. Le Dr N_____, médecin d'arrondissement, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a examiné l'assuré le 11 décembre 2007. Dans son rapport final, il indique qu'un flexum douloureux persistant du coude gauche s'est installé dans les suites du traitement et que malgré un séjour en clinique de réadaptation, il n'a pas été possible de modifier cette situation, de sorte qu'il est possible de dire qu'elle ait atteint une stabilisation. En raison des limitations fonctionnelles, l'activité d'étancheur ne peut être reprise. Par contre, dans un travail adapté, l'assuré pourrait travailler avec un horaire complet. Sur la base du dossier de la SUVA, l'OCAI, par projet de décision du 19 décembre 2007, a informé le recourant d'un refus de mesures de reclassement professionnel sollicité, au motif que dans une activité adaptée tenant compte strictement des limitations fonctionnelles la capacité de travail est de 100%, sans baisse de rendement. Après avoir procédé à la comparaison des revenus, la perte de gain est de 13,1%, insuffisante pour l'octroi de mesures d'ordre professionnel. Par courrier du 21 janvier 2008, l'intéressé a persisté à solliciter des mesures de reclassement professionnel. Par décision du 1^{er} février 2008, l'OCAI a refusé l'octroi de mesures professionnelles, conformément à son projet notifié précédemment. Par l'intermédiaire de son mandataire, l'intéressé interjette recours en date du 4 mars 2008. Il conteste la décision de l'OCAI, dans la mesure où les examens mis en œuvre par la SUVA au mois de juillet 2007 concluent à une incapacité de travail totale dans la profession antérieure avec réévaluation de la situation, sans préciser le degré de capacité de travail résiduelle du recourant dans une activité adaptée. De même, le rapport final des ateliers professionnels ne précise guère le degré de capacité de travail résiduelle du recourant, se bornant à constater qu'il devrait probablement songer à une activité professionnelle adaptée à ses capacités fonctionnelles. Il reproche à l'OCAI de n'avoir proposé aucun exemple d'activité qui serait raisonnablement exigible de la part du recourant, se contentant d'indiquer qu'une activité simple répétitive et légère serait exigible. Le recourant reproche à l'OCAI de n'avoir pas tenu compte des conséquences directes de la symptomatologie douloureuse sur l'état de santé général du recourant, cela en dehors des limitations fonctionnelles d'ordre mécanique. Il soutient qu'il ne présente pas une capacité de travail pleine et entière, y compris dans une activité adaptée. Selon le recourant, il se justifie de retenir que la capacité résiduelle ne saurait dépasser 80%, impliquant de la sorte la mise en œuvre par l'intimé de mesures d'ordre professionnel. Il relève qu'il a participé et s'est engagé de manière exemplaire dans toutes les tâches qui lui ont été attribuées dans les ateliers professionnels de la CRR. Dans sa réponse du 14 avril 2008, l'OCAI conclut au rejet du recours, relevant que selon les rapports médicaux figurant au dossier, tous les médecins ayant eu l'occasion d'examiner le

recourant s'accordent à lui reconnaître une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. En conséquence, après comparaison des gains, le degré d'invalidité s'élève à 13%, insuffisant pour ouvrir le droit à un reclassement professionnel. Cette écriture a été communiquée au recourant en date du 16 avril 2008. Le Tribunal de céans a convoqué les parties en audience de comparution personnelle qui s'est tenue en date du 18 juin 2008. Le recourant a expliqué qu'il est d'origine albanaise et qu'il est arrivé en Suisse il y a trois ans. Dans son pays, il a accompli une formation dans le bâtiment dans des travaux d'étanchéité mais tous les documents ont été détruits pendant la guerre. Il n'a pas obtenu de diplôme dans son pays mais un certificat, au bout de trois ans. Il expose qu'il a toujours des problèmes au bras gauche mais que depuis deux mois il n'a plus de traitement. Il a déclaré qu'il était droitier. La SUVA n'a pas encore statué sur le droit à la rente et il expose qu'il ne sait pas ce qu'il pourrait faire car il travaille depuis 15 ans dans la profession qu'il a apprise. Le mandataire du recourant a déclaré que son client a une formation professionnelle et que l'on ne saurait exiger de lui qu'il travaille comme simple manœuvre. Il soutient qu'il ne demande qu'une chose, c'est qu'on l'aide à trouver autre chose, ne serait-ce que par une formation réduite afin de pouvoir recommencer à travailler. La représentante de l'OCAI a déclaré que l'assuré ne remplit pas les conditions pour un reclassement mais qu'en revanche il pourrait bénéficier d'une aide au placement s'il en fait la demande. Elle a expliqué qu'il existe actuellement deux types d'aide au placement l'une de type chômage avec un volet AI et l'autre de type DOP, détermination d'un objectif professionnel, où les assurés passent cinq semaines à l'OCAI et discutent avec un spécialiste afin d'examiner quel type d'emploi ils pourraient exercer. Ceci débouche sur un projet d'emploi possible puis un stage en entreprise. Le recourant a déclaré qu'il était partant pour une telle mesure mais il ne savait toutefois pas quelle profession il pourrait exercer. Sur quoi, le Tribunal a octroyé un délai au recourant en date du 27 juin 2008 afin qu'il se détermine sur la proposition de l'OCAI. Après avoir requis une prolongation de délai, le recourant a informé le Tribunal de céans par courrier du 11 juillet 2008 qu'il considérait la mesure proposée par l'OCAI comme insuffisante de sorte qu'il persistait dans les termes de son recours. Ces conclusions ont été communiquées à l'OCAI en date du 15 juillet 2008. Sur quoi, la cause a été gardée 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) qui sont 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 1er janvier 2003, est applicable en l'espèce. S'agissant du droit 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; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). En l'occurrence, les faits survenus étant antérieurs au 1er janvier 2008 (5ème révision AI), les dispositions de la LAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 sont applicables. Interjeté dans les formes et délais prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA). L'objet du litige porte sur le droit du recourant à des mesures de réadaptation professionnelles, plus particulièrement un reclassement. Selon l'art. 17 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée (al. 1). La rééducation dans la même profession est assimilée au

reclassement (al. 2). Par reclassement, la jurisprudence entend l'ensemble des mesures de réadaptation de nature professionnelle qui sont nécessaires et suffisantes pour procurer à l'assuré une possibilité de gain à peu près équivalente à celle que lui offrait son ancienne activité. En règle générale, l'assuré n'a droit qu'aux mesures nécessaires, propres à atteindre le but de réadaptation visé, mais non pas à celles qui seraient les meilleures dans son cas (ATF 124 V 110 consid. 2a et les références; VSI 2002 p. 109 consid. 2a). En particulier, l'assuré ne peut prétendre une formation d'un niveau supérieur à celui de son ancienne activité, sauf si la nature et la gravité de l'invalidité sont telles que seule une formation d'un niveau supérieur permet de mettre à profit d'une manière optimale la capacité de travail à un niveau professionnel plus élevé. On notera aussi que si les préférences de l'intéressé quant au choix du genre de reclassement doivent être prises en considération, elles ne sauraient toutefois jouer un rôle déterminant (RCC 1988 p. 266 consid. 1). Sont réputées nécessaires et appropriées toutes les mesures de réadaptation professionnelle qui contribuent directement à favoriser la réadaptation dans la vie active. L'étendue de ces mesures ne saurait être déterminée de manière abstraite, puisque cela suppose un minimum de connaissances et de savoir-faire et que seules seraient reconnues comme mesures de réadaptation professionnelle celles se fondant sur le niveau minimal admis. Au contraire, il faut s'en tenir aux circonstances du cas concret. Celui qui peut prétendre au reclassement en raison de son invalidité a droit à la formation complète qui est nécessaire dans son cas, si sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée de manière notable (ATF 124 V 110 consid. 2a; VSI 1997 p. 85 consid. 1). Le droit au reclassement suppose que l'assuré soit invalide ou menacé d'une invalidité imminente (art. 8 al. 1 première phrase LAI). Est réputé invalide au sens de l'art. 17 LAI celui qui n'est pas suffisamment réadapté, l'activité lucrative exercée jusque-là n'étant plus raisonnablement exigible ou ne l'étant plus que partiellement en raison de la forme et de la gravité de l'atteinte à la santé. Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de 20 % environ (ATF 124 V 110 consid. 2b et les références). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI). 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. 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 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1). Selon le principe de la libre appréciation des preuves, qui s'applique aussi bien en procédure administrative qu'en procédure de recours de droit administratif (art. 40 PCF en corrélation avec l'art. 19 PA ; art. 95 al. 2 OJ en liaison avec les art. 113 et 132 OJ), l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Dès lors, le juge 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. Lorsque les rapports médicaux sont contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. A cet

égard, l'élément déterminant n'est ni l'origine, ni la désignation du moyen de preuve comme rapport ou expertise, mais son contenu. Il importe 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. 3a). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances 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 353 consid. 3b/bb). De plus, le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 ss consid. 3b/ee; ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee). Le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante. Une expertise présentée par une partie peut donc également valoir comme moyen de preuve. En vertu des principes énoncés par la jurisprudence concernant l'appréciation des preuves, le juge est toutefois tenu d'examiner si elle est propre à mettre en doute, sur les points litigieux importants, l'opinion et les conclusions de l'expert mandaté par le tribunal. Cette jurisprudence s'applique aussi bien lorsqu'un assuré entend remettre en cause, au moyen d'une expertise privée, les conclusions d'une expertise aménagée par l'assureur-accidents ou par un office AI (ATF 125 V 351 ; ATFA du 29 octobre 2003, I 321/03, consid. 3.1). En l'espèce, il résulte du rapport de la CRR ainsi que des avis médicaux que le recourant ne peut pas reprendre son ancienne activité d'étonneur. L'observation effectuée dans les ateliers professionnels de la CRR du 24 juillet 2007 au 7 août 2007 a montré que dans une activité légère, à la hauteur d'établi ou aux machines, l'assuré n'a pas émis de plaintes de douleurs et toutes les tâches ont pu être réalisées dans un laps de temps ordinaire. Le Dr N_____, médecin d'arrondissement de la SUVA, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, relève dans son rapport d'examen médical final du 11 décembre 2007, que le recourant ne peut plus exercer d'activités en force maximale du membre supérieur gauche, ni d'activités demandant une extension complète du coude gauche ou des mouvements de flexion/extension répétitifs. En revanche, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, l'assuré pourrait travailler avec un horaire complet. L'intimé était dès lors fondé à considérer que le recourant a une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée, dès sa sortie de la CRR le 21 août 2007. Aucun document médical probant ne vient

contredire l'avis de la CRR et du Dr N_____, étant précisé que le recourant ne présente pas d'autres atteintes à la santé que celle résultant de l'accident. Reste à déterminer le degré d'invalidité du recourant. Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 130 V 348 consid. 3.4, 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b; jusqu'au 31 décembre 2002: art. 28 al. 2 LAI; du 1er janvier au 31 décembre 2003: art. 1 al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGa; depuis le 1er janvier 2004: art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGa). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue, doivent être prises en compte (ATF 129 V 223 consid. 4.1, 128 V 174). Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 126 V 78 consid. 5). En l'occurrence, dès lors que le recourant n'a pas repris d'activité lucrative, pour le revenu d'invalide, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives (niveau de qualification 4) dans le secteur privé, à savoir 4'732 fr. par mois, soit 56'784 fr. par année (Enquête suisse sur la structure des salaires 2006, TA1). Au regard du large éventail d'activités simples et répétitives que recouvrent les secteurs de la production et des services, on doit en effet convenir qu'un certain nombre d'entre elles sont légères et adaptées aux problèmes dorsaux du recourant. Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de 40 heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2007 (41,7 heures; La Vie économique, 7/8-2008, p. 91, B9.2), ce montant doit être porté à 59'197 fr. Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires selon l'indice des salaires nominaux pour les hommes de l'année 2007 (indice 3175; La Vie économique, 6-2008, p. 91, B10.3), on obtient un revenu annuel de 60'165 fr. Vu l'âge du recourant, sa nationalité et les limitations fonctionnelles, l'OCAI a procédé à un abattement de 10 %, sur lequel il n'y a pas lieu de revenir. Il en résulte un revenu d'invalide de 54'148 fr. Quant au revenu sans invalidité, le recourant ne conteste pas le calcul de la SUVA selon lequel il s'élevait à 60'497 fr. en 2006; réactualisé à 2007, il s'élève à 61'486 fr. Comparé au revenu d'invalide, il en résulte un degré d'invalidité de 11,93 %, insuffisant pour ouvrir droit à un reclassement. Mal fondé, le recours est rejeté. La demande du recourant, confirmée en audience de comparution

personnelle, peut cependant être assimilée à une demande d'aide au placement au sens de l'art. 18 LAI, qu'il appartiendra à l'intimé de traiter comme telle. Un émolument de 200 fr. est mis à la charge du recourant, qui succombe dans ses conclusions (art. 69 al.1bis LAI).
PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :
Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : Le rejette dans le sens des considérants. 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); 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 Isabelle CASTILLO La présidente Juliana BALDE 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.