

## **GE\_GERICHTE A/881/2012 vom 18. Oktober 2012**

GE Cour de justice, 2012-10-18, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_881\\_2012](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_881_2012)

FR: GE\_GERICHTE A/881/2012 du 18 octobre 2012

IT: GE\_GERICHTE A/881/2012 del 18 ottobre 2012

### **Erwägungen**

#### **E. 3**

ème Chambre En la cause Monsieur B \_\_\_\_\_, domicilié à Meyrin, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître DESFAYES Sébastien recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue des Gares 12, 1201 Genève intimé EN FAIT Monsieur B \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), né en 1967, ingénieur en informatique, n'a plus exercé d'activité lucrative depuis 2000. Le 21 janvier 2009, l'assuré a déposé une demande de rente auprès de l'Office de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI) en invoquant un diabète de type II présent depuis 1997, des douleurs rhumatismales et des crises de cécité. Sa demande a été rejetée par décision du 31 août 2009. Saisi d'un recours de l'assuré, le Tribunal cantonal des assurances sociales (TCAS) - alors compétent - l'a partiellement admis par arrêt du 14 octobre 2010 ( ATAS/1049/2010 ) : le Tribunal a annulé la décision du 31 août 2009 et renvoyé la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Le TCAS a relevé que le diabétologue de l'assuré avait admis que les affections diagnostiquées chez son patient n'affectaient pas la capacité de travail de ce dernier et que cela avait été confirmé par la Dresse A \_\_\_\_\_. Selon ces médecins, l'assuré ne rencontrait aucune limitation d'ordre physique à l'exercice d'une activité lucrative. Quant aux douleurs rhumatismales invoquées par l'assuré, le TCAS a constaté qu'elles n'étaient pas étayées par un substrat organique clair puisque le rhumatologue consulté par l'assuré n'avait pu, de l'aveu même de ce dernier, en déterminer l'origine. Le TCAS a rappelé que, selon la jurisprudence, de simples plaintes subjectives ne sauraient suffire pour justifier une invalidité en l'absence d'observations médicales concluantes sur le plan somatique. S'agissant des crises de cécité, il ressortait de l'audition du Dr B \_\_\_\_\_ que leur survenance était improbable, ce qui était confirmé par le fait que l'assuré n'avait jamais cru bon d'en parler à son diabétologue. L'ophtalmologue n'avait d'ailleurs relevé aucun élément permettant de conclure à des lésions de la rétine, encore moins à des pertes de vision momentanées, raison pour laquelle le TCAS a estimé que l'existence de ces crises n'avait pas été démontrée au degré de la vraisemblance prépondérante requis. En conclusion, le TCAS a jugé que l'assuré ne rencontrait aucune limitation d'ordre physique. Les Drs B \_\_\_\_\_ et A \_\_\_\_\_ ayant en revanche tous deux évoqué la possibilité de troubles psychiques, il s'avérait nécessaire de procéder à des investigations sur ce plan, ce qui n'avait pas été fait jusqu'alors. Le Tribunal cantonal a rendu son arrêt sur la base d'un dossier comprenant les éléments suivants : un examen du fond de l'œil pratiqué le 24 mai 2007 par le Dr C \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en ophtalmologie, montrant une morphologie vasculaire et rétinienne dans les limites de la norme, avec suspicion de quelques lésions diabétiques mais sans rétinopathie diabétique de fond ; un rapport rédigé le 10 juin 2009 par le Dr B \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, retenant les diagnostics de diabète insulino-dépendant traité et de status après un accident de moto survenu en 1991, dont le médecin a précisé qu'ils étaient sans

répercussion sur la capacité de travail de son patient ; le médecin attestait d'une totale incapacité de travail depuis le 1er avril 2008, mais admettait qu'il n'y avait aucune restriction physique, mentale ou psychique empêchant la reprise d'un travail ; l'audition de l'assuré qui, en date du 26 novembre 2009, a réaffirmé souffrir de crises de cécité temporaires à raison de trois ou quatre fois par semaine et de très violentes douleurs au niveau du buste, dont le Dr H \_\_\_\_\_, rhumatologue, n'avait pu trouver l'origine ; un courrier du 15 décembre 2009 de la Dresse A \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, relatant que l'assuré se plaignait de fatigue, de douleurs, de troubles visuels fluctuants et, surtout, d'un dysfonctionnement d'ordre psychologique qualifié de « dépression transformée en rébellion et agressivité » ; les diagnostics retenus étaient ceux de diabète sévère, status après un accident de moto survenu en 1991, status après une luxation de l'épaule gauche en 1988, status après cryptorchidie gauche opérée, tonsillectomie et adénoïdectomie dans l'enfance, hyperuricémie et anamnèse de crises de goutte ; le médecin a précisé que si aucun de ces diagnostics, pris isolément, n'avait de répercussion sur la capacité de travail à long terme, il était néanmoins probable que la capacité de travail soit partiellement réduite, compte tenu de la personnalité et du vécu du patient ; le diabète, en particulier, n'entraînait pas d'invalidité mais pouvait causer des désagréments entravant ponctuellement le rendement ; selon le médecin, il n'y avait aucune limitation fonctionnelle du point de vue physique ; l'audition, en date du 4 février 2010, du Dr B \_\_\_\_\_, lequel a indiqué n'avoir constaté aucune lésion physique vasculaire ou neurologique en relation avec le diabète, dont il a indiqué qu'il était équilibré de manière satisfaisante à mi-satisfaisante ; le médecin a dit ne disposer d'aucun élément permettant de corroborer les crises de cécité alléguées par l'intéressé puisque l'examen de fond d'œil s'était révélé normal ; il a admis qu'il était possible que des lésions soient apparues chez l'assuré depuis l'examen de fond d'œil de 2007 mais a ajouté qu'il serait étonnant qu'elles aient pu prendre une ampleur telle qu'elles puissent occasionner des problèmes de vision ; il a indiqué que l'assuré avait par ailleurs commencé à se plaindre en août 2009 de douleurs articulaires au niveau des orteils, chevilles et genoux ; selon lui, il était possible que l'état psychique de son patient ait une répercussion sur sa capacité de travail ; enfin, le médecin a expliqué avoir établi des certificats concluant à une totale incapacité avant tout en raison de la situation psychosociale de son patient, qui lui avait laissé entendre que ses finances étaient précaires ; les résultats d'examens de la vue réalisés par l'opticien de l'assuré et un certificat établi le 3 juin 2006 par le Dr D \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en ophtalmologie, faisant état d'un défaut d'acuité visuelle à l'œil droit ; un certificat du 31 mars 2010 du Dr D \_\_\_\_\_ concluant à une myopie et à un astigmatisme de l'œil gauche ; un nouveau certificat d'incapacité de travail établi par le Dr B \_\_\_\_\_ pour la période du 1er février au 31 mars 2010. Se pliant à la demande du Tribunal cantonal, l'Office AI a adressé l'assuré au Dr E \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, qui a rendu son rapport en date du 30 mai 2011, sur la base d'un entretien avec l'assuré, des résultats d'une échelle d'évaluation de l'anxiété et de la dépression de Hamilton et d'une échelle d'évaluation clinique selon le « Defense mechanism rating scales » (DMRS) et du dossier transmis par l'OAI. L'expert a relaté que l'assuré se plaint de fatigue, d'une acuité visuelle diminuée et d'un déchaussement de ses dents, qu'il dit se sentir diminué par sa maladie, souffrir d'arthrose et d'apnées du sommeil. L'expert a décrit un assuré bien orienté dans les trois modes (temps, espace, situation). Il a dit n'avoir observé aucun trouble de l'attention, de la compréhension, de la concentration, de la mémoire, de la pensée ou de la perception. L'expert n'a pas non plus observé d'humeur dépressive, de signes ou de symptômes parlant

en faveur d'un ralentissement psychomoteur, de sentiment d'infériorité ou de dévalorisation, d'idées noires ou encore de signes anxieux. En revanche, il a relevé un sentiment d'injustice et de découragement. L'expert a relevé que l'assuré n'est ni traité ni suivi sur le plan psychique car il n'en voit pas la nécessité. L'échelle de Hamilton n'a montré aucun signe dépressif ou anxieux, ce qui a corroboré l'impression de l'expert. Quant au DMRS, il a mis en évidence que les mécanismes utilisés par l'assuré (omnipotence, idéalisation et projection). L'expert a en définitive retenu le diagnostic de trouble de la personnalité narcissique (F 60.8), dont il a précisé qu'il était sans influence sur la capacité de travail de l'assuré. L'expert a expliqué que rien, dans l'anamnèse ou le vécu de l'assuré, ne faisait penser à une maladie psychiatrique ou au développement d'un trouble de la personnalité pathologique. L'assuré est certes structuré à la manière d'une personnalité narcissique mais cela n'est pas pathologique en soi. Par décision du 15 février 2012, l'OAI a nié à l'assuré le droit à toute prestation vu l'absence d'atteinte incapacitante. L'OAI a ajouté que l'assuré avait certes allégué que son diabète était passé au stade I mais sans produire aucun document médical en attestant. Enfin, l'OAI a relevé qu'il ne suffisait pas d'alléguer que l'expert avait été choisi par lui pour en tirer la conclusion qu'il était partial. Par écriture du 19 mars 2012, l'assuré a interjeté recours contre cette décision en concluant à ce que soit mise sur pied une nouvelle expertise psychiatrique et, principalement, à ce qu'un degré d'invalidité de 40 % lui soit reconnu. L'assuré allègue que son diabète a empiré puisqu'il se trouve désormais au stade I et que ses dents ont commencé à se déchausser. Il soutient que le rapport du Dr E. \_\_\_\_\_ serait erroné et incomplet. Il lui reproche en premier lieu de n'avoir pas examiné les atteintes psychiques qui pourraient avoir été causées par son diabète ou son traitement à l'insuline et, en second lieu, d'être partial, puisqu'il a été mandaté par l'intimé. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 12 avril 2012, a conclu au rejet du recours en relevant qu'il est contraire à la bonne foi d'attendre de connaître le résultat de l'expertise pour se plaindre du choix de l'expert, dont il soutient que l'impartialité ne saurait quoi qu'il en soit être mise en doute. Par écriture du 25 mai 2012, le recourant a persisté dans ses conclusions. 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 1er janvier 2003, de même que les modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4ème révision), entrée en vigueur le 1er janvier 2004, ont entraîné la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 445), étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 1 consid. 1.2). Cela étant, les notions et les principes développés jusqu'alors par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité n'ont pas été modifiés par l'entrée en vigueur de la LPGA ou de la 4ème révision de la LAI (voir ATF 130 V 343). Par ailleurs, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité est entrée en vigueur le 1er juillet 2006 (RO 2006 2003), apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). Le

présent cas est soumis au nouveau droit, dès lors que le recours de droit administratif a été formé après le 1er juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005). Interjeté dans les forme et délai légaux (art. 56 à 60 LPGA), le recours est recevable. Est litigieuse en l'espèce la question de savoir si les atteintes à la santé du recourant entraînent une perte de gain susceptible de lui ouvrir droit à des prestations de l'assurance-invalidité Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assurée peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). Est réputée incapacité de gain 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 qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a, 105 V 207 consid. 2). 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 (MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8). Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2, 105 V 158 consid.1). 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), étant rappelé que l'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage est un principe général du droit des assurances sociales (ATF 129 V 463 consid. 4.2, 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 et les arrêts cités). Dès lors, le juge ne peut pas se fonder simplement sur le travail que l'assuré a fourni ou s'estime lui-même capable de fournir depuis le début de son incapacité de travail, ceci pour éviter que le recourant soit tenté d'influencer à son profit, le degré de son invalidité (ATF 106 V 86 consid. 2 p. 87). Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un diagnostic médical pertinent soit posé par un spécialiste et que soit mise en évidence une diminution importante de la capacité de travail (et de gain; ATF 127 V 299 ). Ainsi, 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. L'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office AI, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'AI (ATF 123 V 175 ), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b; Stéphane BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse

Fribourg 1999, p. 142). Lors de l'évaluation de l'invalidité, 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 in fine). Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. Parmi les atteintes à la santé psychique pouvant provoquer une invalidité, on doit mentionner – à part les maladies mentales proprement dites – les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies, étant précisé que l'on ne considère 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; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible. Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son infirmité mentale, exercer une activité que le marché du travail lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Le point déterminant est ici de savoir quelle activité peut raisonnablement être exigée dans son cas. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine). 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. A cet égard, 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 352 ss consid. 3). 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 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2) Quant aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs, le juge peut leur accorder pleine valeur probante aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de

douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee). En l'espèce, le Tribunal cantonal a déjà constaté, dans son arrêt du 14 octobre 2010, que l'assuré ne rencontrait aucune limitation sur le plan purement physique. A cet égard, il est renvoyé aux considérations du Tribunal, sur lesquelles il n'y a pas lieu de revenir dès lors que les aggravations invoquées par le recourant ne modifient pas cette conclusion. En effet, il est manifeste que le déchaussement des dents allégué n'entrave pas la capacité de travail. Quant au fait que le diabète serait passé du stade II au stade I, il n'est corroboré par aucun document médical. Quoiqu'il en soit, il n'est pas allégué que le diabète serait désormais déséquilibré. Il reste donc sans influence sur la capacité de travail en lui-même. Reste à examiner si le recourant souffre de troubles psychiques susceptibles de lui ouvrir droit aux prestations de l'assurance-invalidité. Tel n'est pas le cas, au vu des conclusions de l'expert psychiatre, dont le rapport, contrairement à ce que soutient le recourant, peut se voir reconnaître pleine valeur probante. En premier lieu, on relèvera qu'en vertu de la jurisprudence rappelée supra, les rapports et expertises établis par les médecins des assureurs peuvent se voir accorder pleine valeur probante aussi longtemps qu'ils aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, qu'ils sont exempts de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Il en va a fortiori de même d'un expert indépendant mandaté par le SMR. Or, en l'espèce, le rapport du Dr E. \_\_\_\_\_ se fonde sur une anamnèse détaillée, un examen clinique du recourant et tient compte des plaintes rapportées par ce dernier. Il a été établi en pleine connaissance du dossier et ses conclusions, dûment motivées, ne laissent pas apparaître de contradictions. Il y a donc lieu de lui reconnaître pleine valeur probante, ce d'autant que le recourant n'est ni suivi ni traité sur le plan psychique et que ses médecins traitants n'ont fait qu'évoquer la possibilité d'un trouble psychique, en mettant en avant sa personnalité. Or, l'expert, s'il a confirmé l'existence de traits de personnalité narcissique, a exclu toute influence sur la capacité de travail de l'intéressé. La Cour de céans constate que les explications et conclusions de l'expert sont parfaitement convaincantes puisqu'il décrit un assuré bien orienté, ne présentant aucun trouble de l'attention, de la compréhension, de la concentration, de la mémoire, de la pensée ou encore de la perception, ne montrant aucun signe d'humeur dépressive ou de ralentissement psychomoteur et que ces conclusions ont été corroborées par les résultats de l'évaluation selon l'échelle de Hamilton. 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 500 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.