

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1232/2013

ATAS/1282/2013

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 19 décembre 2013

3ème Chambre

En la cause

Monsieur T_____, domicilié à GENEVE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître BRAUNSCHMIDT Sarah recourant

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE intimé
GENEVE, sis rue des Gares 12, GENEVE

**Siégeant : Karine STECK, Présidente; Michael BIOT et Claudiane CORTHAY, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur T_____ (ci-après l'assuré), né en 1955, a déposé en date du 10 février 2009 une première demande de prestations auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après l'OAI). L'assuré, qui a travaillé dans la restauration, mais qui a également été homme au foyer de 2000 à 2008, a invoqué une surinfection du tibia distal gauche depuis le 18 décembre 2007.
2. Par décision du 4 juin 2010, l'OAI lui a reconnu le droit à un quart de rente dès le 18 décembre 2008, étant précisé que le versement de ladite rente ne pourrait intervenir que dès le 1er août 2009, soit six mois après le dépôt de la demande de prestations. L'OAI a en effet admis une totale incapacité de travail à compter du 18 décembre 2007, ainsi qu'un empêchement de 40% dans l'accomplissement des travaux habituels.
3. Saisi d'un recours de l'assuré, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice a statué en date du 3 novembre 2011 (ATAS/1065/2011). Constatant, en premier lieu, que l'état de santé psychique de l'assuré n'avait fait l'objet d'aucune investigation approfondie, en second lieu, qu'il convenait de faire préciser ses limitations fonctionnelles somatiques par un chirurgien orthopédique puis, cas échéant, de renouveler l'enquête ménagère et enfin, en dernier lieu, que le Dr A_____, spécialiste en gastro-entérologie, avait préconisé des examens complémentaires afin de déterminer plus précisément les conséquences du reflux gastro-œsophagien dont souffrait l'assuré, la Cour a admis partiellement le recours et renvoyé le dossier à l'OAI pour instruction complémentaire sous la forme d'une expertise multidisciplinaire comprenant un volet psychiatrique, un volet orthopédique, ainsi qu'un examen gastroentérologique, complétée, cas échéant, par une nouvelle enquête ménagère.
4. Le 27 février 2012, le Dr B_____, du SMR, a proposé d'effectuer une expertise pluridisciplinaire, à confier à un centre de type COMAI, via la plateforme MED@P (pce 81 intimé). Le médecin a précisé que cette expertise devrait faire appel à des spécialistes en orthopédie, en gastro-entérologie et en psychiatrie. Il a par ailleurs énoncé les questions à poser aux experts.
5. Par pli du 26 juillet 2012, l'OAI a soumis cette liste de questions à l'assuré en précisant que, sans contestation écrite et motivée de sa part dans un délai de 10 jours, il mandaterait un centre d'expertise en vue de réaliser l'examen. L'OAI ajoutait que le centre d'expertise serait désigné au hasard et qu'il serait informé du lieu, de la date et de l'identité des experts mandatés dès que lui-même en aurait connaissance.
6. Par courrier du 7 août 2012, un avocat appartenant à la même étude que le conseil de l'assuré a sollicité une prolongation de délai au 31 août 2012.
7. C'est finalement en date du 31 octobre 2012 que le conseil de l'assuré a communiqué à l'OAI la liste des questions complémentaires qu'il souhaitait voir poser aux experts.

8. Le 18 février 2013, le SMR a reçu une « attribution de mandat » l'informant que le mandat n° 3751 avait été attribué au Centre d'expertise médicale (CEMed ; pce. 90 intimé).
9. Le 21 février 2013, l'OAI en a informé l'assuré en précisant que l'expertise serait confiée aux Drs C_____, spécialiste en médecine interne générale, D_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, E_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et F_____, spécialiste en gastro-entérologie.
10. Par courrier du 13 mars 2013, l'assuré s'est étonné que son mandant « n'ait à aucun moment eu l'occasion d'examiner les possibilités d'une expertise médicale consensuelle » et s'est opposé à ce que l'expertise soit confiée au CEMed, suggérant que soit mandaté « n'importe quel centre médical universitaire de Suisse romande ».
11. Par décision incidente du 15 mars 2013, l'OAI a ordonné une expertise médicale poly-disciplinaire, dont il a confirmé qu'elle serait confiée au CEMed, plus particulièrement aux médecins spécialistes mentionnés dans son courrier du 21 février 2013.

L'OAI a considéré que la contestation déposée par l'assuré le 13 mars 2013 l'avait été hors délai, puisque plus de dix jours après réception de sa communication du 21 février 2013. Il a quoi qu'il en soit estimé qu'aucun argument ne justifiait le refus de confier l'expertise au CEMed et a souligné que le principe de l'attribution du mandat d'expertise de manière aléatoire avait été respecté.

12. Par écriture du 17 avril 2013, l'assuré a saisi la Cour de céans d'un recours contre cette décision.

L'assuré conclut à ce qu'il soit ordonné « à l'intimé de procéder à une discussion tendant à mettre en œuvre une expertise consensuelle s'agissant tant de la désignation de la personne de l'expert que du questionnaire d'expertise dans le respect des principes jurisprudentiels issus de l'ATF 137 V 210 et du principe de la bonne foi », avec suite de frais et dépens. Subsidièrement, il demande que soit ordonné à l'intimé de procéder à l'expertise « en désignant des experts dans le milieu universitaire » et en intégrant à la mission d'expertise les questions complémentaires transmises le 31 octobre 2012.

En substance, le recourant se réfère à la jurisprudence du Tribunal fédéral en matière de mise en œuvre d'expertise pluridisciplinaire et reproche à l'intimé de n'avoir pas même cherché à mettre en œuvre une expertise consensuelle.

Le recourant suggère que l'expertise soit confiée à un hôpital universitaire.

Enfin, il demande que l'OAI se détermine sur l'admission ou le rejet des questions complémentaires qu'il a demandé à voir inclure dans la mission d'expertise.

13. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 30 mai 2013, a conclu au rejet du recours.

L'intimé relève que le recourant ne fait valoir aucun motif de récusation à l'encontre de l'un ou l'autre des médecins du CEMed envisagés, pas plus dans son opposition que dans son recours.

L'intimé se réfère également à la jurisprudence fédérale et rappelle que la récolte de données médicales auprès d'instituts d'expertise externes - comme le COMAI dans l'assurance-invalidité -et l'utilisation de ces données dans la procédure judiciaire sont en soi conformes à la Constitution et la Convention européenne des droits de l'homme. Le TF a incité les autorités à mettre en place des correctifs en vue d'améliorer et d'unifier les exigences de qualité et de contrôle. Il a également estimé nécessaire de renforcer les droits de participation des justiciables et a jugé qu'en cas de désaccord, l'expertise devait être mise en œuvre par le biais d'une décision incidente sujette à recours. Pour se conformer à cet arrêt, l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) a élaboré une liste de critères que les centres d'expertise doivent remplir (exigences formelles et professionnelles, mention obligatoire d'indications pour assurer une plus grande transparence et attester de l'indépendance des instituts, convention et nouveaux tarifs).

En l'occurrence, l'intimé souligne avoir procédé conformément à la loi en se référant à la plateforme SuisseMed@P. C'est donc bien le hasard et non le consensus qui doit présider à l'attribution du mandat d'expertise. A cet égard, l'intimé réfute l'allégation selon laquelle il aurait désigné unilatéralement les experts.

14. Une audience de comparution personnelle s'est tenue en date du 4 juillet 2013.

L'intimé a expliqué que lorsqu'il fait appel à la plateforme SuisseMed@P, il reçoit simplement un courriel de confirmation.

Il a ajouté que nombre de jurisprudences cantonales considèrent que rechercher un consensus n'est qu'une simple incombeance et non un droit des assurés.

S'agissant des questions suggérées par le conseil du recourant, l'intimé a indiqué ne pas voir d'objection à les soumettre aux experts, même si certaines font double emploi avec celles qu'il pose d'ordinaire.

Le recourant a admis quant à lui n'avoir aucun motif de récusation à faire valoir contre l'un ou l'autre des médecins désignés. Il a expliqué que son recours est uniquement motivé par le fait qu'il souhaitait que le choix des experts fasse l'objet d'un consensus. De manière générale, il lui paraît que le CEMed est défavorable aux assurés.

15. Par écriture du 5 juillet 2013, l'intimé s'est référé à un certain nombre d'arrêts cantonaux rendus à Lucerne, à Zurich, en Argovie, en Thurgovie, à Fribourg, à Soleure, à Zoug et à Berne, dont il tire la conclusion que les cantons s'accordent à

dire que l'assuré n'a pas un droit à obtenir la désignation d'un expert de manière consensuelle.

16. Le recourant s'est quant à lui également exprimé en date du 26 juillet 2013 en se référant à plusieurs arrêts rendus par la Cour.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; 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.

2. Interjeté dans les délai et forme prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56ss LPGA).

On précisera que la décision dont est recours étant une décision d'ordonnancement au sens de l'art. 51 al. 1 LPGA, la voie de l'opposition n'est pas ouverte, selon l'art. 52 al. 1 LPGA, de sorte qu'elle peut donc être portée directement devant l'instance de recours (art. 56 al. 1 LPGA).

3. L'objet du litige, à ce stade de la procédure, se limite au choix et à la mission des experts.

4. a) Selon l'art. 44 LPGA, si l'assureur doit recourir aux services d'un expert indépendant pour élucider les faits, il donne connaissance du nom de celui-ci aux parties. Celles-ci peuvent récuser l'expert pour des raisons pertinentes et présenter des contre-propositions. Conformément à l'art. 49 al. 1 LPGA, l'assureur doit rendre par écrit les décisions qui portent sur des prestations, créances ou injonctions importantes avec lesquelles l'intéressé n'est pas d'accord.

b) En matière de récusation, il convient de distinguer entre les motifs formels et les motifs matériels. Les motifs de récusation qui sont énoncés dans la loi (cf. art. 10 PA et 36 al. 1 LPGA) sont de nature formelle parce qu'ils sont propres à éveiller la méfiance à l'égard de l'impartialité de l'expert. Les motifs de nature matérielle, qui peuvent également être dirigés contre la personne de l'expert, ne mettent en revanche pas en cause son impartialité. Un expert passe pour prévenu lorsqu'il existe des circonstances propres à faire naître un doute sur son impartialité. Dans ce domaine, il s'agit toutefois d'un état intérieur dont la preuve est difficile à rapporter. C'est pourquoi il n'est pas nécessaire de prouver que la prévention est effective pour récuser un expert. Il suffit que les circonstances donnent l'apparence de la prévention et fassent redouter une activité partielle de l'expert. L'appréciation des circonstances ne peut pas reposer sur les seules impressions de l'expertisé, la méfiance à l'égard de l'expert devant au contraire apparaître comme fondée sur des

éléments objectifs (ATF 132 V 93 consid. 7.1 et l'arrêt cité). Tout lien entre l'expert et la procédure ou une personne intéressée à l'issue de la procédure peut, selon sa nature et son intensité, fonder un soupçon de partialité, sans qu'il soit nécessaire de démontrer que l'expert est effectivement prévenu. Pour entraîner la récusation, le rapport que l'expert entretient (ou a entretenu) avec une personne intéressée à l'issue de la procédure doit toutefois être suffisamment étroit pour que sa liberté de jugement soit objectivement compromise (J.-O. PIGUET, *Le choix de l'expert et sa récusation: le cas particulier des assurances sociales* in REAS 2011 p. 127).

c) La jurisprudence a déduit du droit d'être entendu (art. 29 al. 2 Cst.), en particulier, le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 135 I 279 consid. 2.3 p. 282; 135 II 286 consid. 5.1 p. 293; 132 V 368 consid. 3.1 p. 370).

5. Dans un arrêt de principe du 28 juin 2011 (arrêt 9C_243/2010, publié aux ATF 137 V 210), le Tribunal fédéral (TF) a modifié sa jurisprudence en rapport avec la mise en œuvre d'expertises administratives et judiciaires auprès des Centres d'observation médicale de l'assurance-invalidité (COMAI). Il a rappelé en particulier que le déroulement équitable de la procédure exige que soient garanties les prérogatives usuelles dans la procédure administrative générale - découlant du droit d'être entendu (art. 29 al. 2 Cst et 42 LPGa) et comprenant notamment le droit de faire administrer les preuves essentielles et la participation à l'administration des preuves (ATF 137 V 210, consid. 3.4.2.4). Le TF a souligné que la notion de procès équitable doit être respectée globalement dans les instances successives ; l'art. 6 ch. 1 CEDH déploie ainsi des effets sur la procédure administrative précédant le recours judiciaire (Ulrich MEYER-BLASER, *Der Einfluss der Europäischen Menschenrechtskonvention [EMRK] auf das schweizerische Sozialversicherungsrecht*, in : ZSR 1994 I, p. 389ss, 401). Dans l'appréciation globale, en particulier afin de déterminer comment des expertises doivent être appréciées compte tenu des exigences de participation, de droit d'être entendu et d'équité, la question de savoir dans quelle mesure les droits des parties ont été mis en œuvre dans la procédure administrative joue un rôle important. Le Tribunal fédéral a par conséquent jugé qu'en l'absence de consensus, il convient de rendre une ordonnance d'expertise sous forme d'une décision incidente (art. 55 LPGa en corrélation avec l'art. 49 LPGa) pouvant être attaquée devant les tribunaux cantonaux des assurances sociales, respectivement devant le Tribunal administratif fédéral. Le TF a également défini dans cet arrêt les droits de participation des parties lors de la mise en œuvre d'une expertise administrative et les a renforcés. Ces principes s'appliquent également dans le domaine de l'assurance-accidents (ATF 138 V 317 consid. 6, p. 321 ss).

Le TF a par ailleurs précisé que l'assuré peut faire valoir contre une décision incidente d'expertise médicale non seulement des motifs formels de récusation contre les experts, mais également des motifs matériels (tels que, par exemple, le grief que l'expertise constituerait une « seconde opinion » superflue), contre la forme ou l'étendue de l'expertise (par exemple le choix des disciplines médicales dans une expertise pluridisciplinaire), ou contre l'expert désigné, en ce qui concerne notamment sa compétence professionnelle (ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.7 p. 257; 138 V 271 consid. 1.1 p. 274 s.).

Notre Haute Cour a également considéré qu'il convient d'accorder une importance plus grande que celle concédée jusqu'alors à la mise en œuvre consensuelle d'une expertise, en s'inspirant notamment de l'art. 93 de la loi fédérale sur l'assurance militaire du 19 juin 1992 (LAM ; RS 833.1) qui prescrit que l'assurance militaire doit rendre une décision incidente susceptible de recours (seulement) lorsqu'elle est en désaccord avec le requérant ou ses proches sur le choix de l'expert. Selon le Tribunal fédéral, il est de la responsabilité tant de l'assureur social que de l'assuré de parer aux alourdissements de la procédure qui peuvent être évités. Il faut également garder à l'esprit qu'une expertise qui repose sur un accord mutuel donne des résultats plus concluants et mieux acceptés par l'assuré (ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.6 p. 256).

6. S'agissant plus particulièrement de la mise en œuvre d'une expertise consensuelle, le Tribunal fédéral a précisé dans un arrêt subséquent 9C_950/2011 du 9 mai 2012 (publié aux ATF 138 V 271 consid. 1.1), qu'il est dans l'intérêt des parties d'éviter une prolongation de la procédure en s'efforçant de parvenir à un consensus sur l'expertise, après que des objections matérielles ou formelles ont été soulevées par l'assuré. La recevabilité des objections n'est soumise à aucun délai, étant précisé que, conformément au principe de la bonne foi, l'assuré est tenu de les formuler dès que possible. Si le consensus n'est pas atteint, l'OAI ordonnera une expertise, en rendant une décision qui pourra être attaquée par l'assuré.
7. Le Tribunal fédéral a encore récemment rappelé que depuis l'ATF 137 V 210, il existe en principe une obligation de la part des offices de l'assurance-invalidité de s'efforcer à mettre en œuvre une expertise consensuelle avant de rendre une décision (ATF non publié 9C_908/2012 du 22 février 2013, consid. 5.1).
8. Pour répondre aux exigences posées par le Tribunal fédéral, le Conseil fédéral a adopté un nouvel art. 72bis du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI ; RS 831.201), en vigueur depuis le 1^{er} mars 2012, sur les expertises médicales pluridisciplinaires.

Cette disposition prévoit, en son premier alinéa, que les expertises comprenant trois disciplines médicales ou plus doivent se dérouler auprès d'un centre d'expertises médicales lié à l'office fédéral par une convention. Le second alinéa précise que l'attribution du mandat d'expertise doit se faire de manière aléatoire.

A cette fin, a été mise sur pied une plateforme basée sur le web, du nom de SuisseMED@P, qui attribue les mandats d'expertises médicales pluridisciplinaires de manière aléatoire. SuisseMED@P dispose d'un service statistique permettant de mesurer la qualité et le temps nécessaire à l'accomplissement des mandats.

Dans le même ordre d'idées, l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) a élaboré une liste des critères que les centres d'expertises doivent remplir depuis le 1^{er} mars 2012, comprenant d'une part des exigences formelles et professionnelles, et, d'autre part, la mention obligatoire d'indications pour assurer une plus grande transparence et attester de l'indépendance des instituts. Il a également élaboré une convention et émis un nouveau tarif (cf. documents disponibles sur www.ofas.admin.ch).

Selon le guide à l'usage des centres d'expertises et des offices AI, l'office AI annonce à la personne assurée qu'elle juge une expertise médicale pluridisciplinaire nécessaire. Il l'informe des disciplines médicales concernées et des questions qu'il est prévu de soumettre aux experts. La personne assurée peut transmettre des questions supplémentaires à l'office AI dans les 10 jours.

Lorsque l'office AI transmet le mandat, SuisseMED@P tire au sort un centre d'expertises parmi ceux remplissant les critères requis pour son accomplissement (capacités disponibles dans les disciplines médicales voulues; possibilité de réaliser l'expertise dans la langue de procédure souhaitée). On peut raisonnablement exiger de la personne assurée qu'elle se soumette à des expertises dans toute la Suisse.

Le centre d'expertises tiré au sort et l'office AI à l'origine du mandat sont informés de l'attribution du mandat par courriel.

9. Dans un arrêt du 28 février 2013 (ATAS/226/2013), la Cour de céans a jugé qu'indépendamment des griefs invoqués par l'assuré à l'encontre de l'expert, la cause devait être renvoyée à l'OAI, au motif que ce dernier n'avait pas essayé de parvenir à un accord avec l'assuré sur le choix de l'expert, ce qui violait les droits de participation de l'assuré dans la procédure de désignation de l'expert (cf. également, pour un cas similaire : ATAS/540/2013 du 29 mai 2013).
10. En l'occurrence, le recourant ne peut déduire aucun argument en sa faveur de cette jurisprudence de la Cour de céans. En effet, elle concerne des cas dans lesquels il s'agissait de désigner un seul expert alors que, s'agissant du recourant, il s'agit de mettre sur pied une expertise poly-disciplinaire, soumise en tant que telle à la procédure particulière de l'art. 72bis RAI (désignation des experts, selon un mode aléatoire, parmi les médecins pratiquant au sein d'un centre d'expertise).

Force est de constater qu'en pareilles circonstances, ainsi que le fait remarquer l'intimé à juste titre, c'est bien le hasard et non le consensus qui doit présider à l'attribution du mandat d'expertise, par le biais de l'utilisation de la plateforme SuisseMed@P, dont il n'est pas contesté qu'elle ait été utilisée en l'espèce.

Dans ces conditions, on ne saurait reprocher à l'intimé d'avoir désigné unilatéralement les experts pas plus que d'avoir omis de rechercher un consensus. L'intimé a tout simplement respecté les dispositions légales.

11. On ne voit pas non plus quel argument le recourant entend tirer de l'arrêt du 13 mars 2013 (ATAS/263/2013), dans lequel la Cour de céans a rappelé - s'agissant d'une assurée qui s'opposait à ce que l'expertise ordonnée par l'assureur soit confiée à un médecin à Lausanne en invoquant, notamment, un doute légitime quant à son indépendance et son impartialité, et qui reprochait par ailleurs à l'assureur de ne pas lui avoir offert la possibilité de faire des contre-propositions quant au choix de l'expert - qu'en présence d'un désaccord quant aux modalités de mise en œuvre de l'expertise, l'assureur devait rendre une ordonnance d'expertise sous forme de décision incidente, ce qui n'avait pas été fait en l'occurrence. En effet, là encore, il s'agit d'un cas de figure différent de celui du recourant, une décision incidente susceptible de recours ici ayant bel et bien été rendue par l'intimé.

Il ressort des considérations qui précèdent qu'on ne saurait reprocher à l'intimé d'avoir négligé de rechercher un consensus et d'avoir désigné unilatéralement les experts, ainsi que le soutient le recourant, dont le grief doit être écarté.

12. Par ailleurs, s'il est vrai que le TF a précisé que l'assuré peut faire valoir contre une décision incidente d'expertise médicale non seulement des motifs formels de récusation contre les experts, mais également des motifs matériels contre l'expert désigné, en ce qui concerne notamment sa compétence professionnelle, force est de constater qu'en l'occurrence, les arguments du recourant sont là encore insuffisants. On ne saurait en effet se contenter d'alléger, de manière toute générale et sans distinction aucune entre les médecins que ceux du CEMed seraient a priori défavorables aux assurés, étant rappelé que le TF, dans sa jurisprudence, a également, à de réitérées occasions, retenu que le simple fait qu'un médecin ou un COMAI se voit confier régulièrement des mandats d'expertise par un assureur social n'est pas un motif suffisant pour fonder un manque d'objectivité (cf. arrêt 9C_933/2012 du 16 avril 2013, consid. 4.2 et ATF 137 V 210 consid. 1.3.3 p. 226ss). En conséquence, ce grief doit également être écarté.
13. Reste la question de la mission d'expertise à soumettre aux experts et du sort à réserver aux questions supplémentaires que souhaite voir poser le recourant.
A cet égard, l'intimé a déclaré ne pas s'opposer à ce que les questions du recourant soient ajoutées aux siennes, de sorte que le litige est devenu sans objet sur ce point. Les questions du recourant seront ajoutées au mandat d'expertise, celles faisant « doublon » étant supprimées.
14. Au vu de ce qui précède, le recours est rejeté.

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.
2. Prend acte de l'accord de l'intimé de compléter la mission d'expertise par les questions énoncées par le recourant.
3. L'y condamne en tant que de besoin.
4. Constate que le recours est devenu sans objet sur ce point.

Au fond :

5. Rejette le recours.
6. Met un émolument de 200 fr. à la charge du recourant.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Marie-Catherine SECHAUD

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