REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1770/2007 **ATAS/1358/2007**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 5

du 28 novembre 2007

En la cause

Monsieur N_____, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître BRATSCHI Gilbert	recourant

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue de Lyon 97, GENEVE	intimé

Siégeant : Maya CRAMER, Présidente; Christine BULLIARD MANGILI et Monique STOLLER FÜLLEMANN, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur N_____, né en février 1962, a travaillé comme manœuvre dans le bâtiment.

2. Par décision du 14 janvier 2000, l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OCAI) lui refuse le droit à une rente, en estimant qu'il présente une capacité de travail entière dans une activité légère et que la perte de gain ne s'élève qu'à 27%, de sorte que le droit à une rente d'invalidité n'est pas ouvert. Cette décision a été confirmée par jugement du 30 octobre 2000 de la Commission cantonale de recours AVS-AI-APG-PCF-PCC-RMCAS. Cette commission a par ailleurs pris acte dans ce jugement de la proposition de l'OCAI d'accorder à l'assuré une aide au placement, à la demande de celui-ci.

3. Le 24 janvier 2001, l'assuré sollicite une aide au placement, par l'intermédiaire de son conseil.

4. Selon le rapport du 24 juillet 2002 du Dr A_____, médecin adjoint à la Division de rhumatologie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), l'assuré présente des séquelles d'une fracture du membre inférieur droit avec un raccourcissement de la jambe et une ankylose partielle de la cheville qui est douloureuse, ainsi que des lombosciatalgies chroniques depuis plusieurs années, éventuellement en rapport avec l'asymétrie des membres inférieurs et la scoliose dorso-lombaire. Ce médecin admet toutefois qu'une surcharge psychosociale, due à une mauvaise reconnaissance et prise en compte de ses problèmes de sa jambe droite et de ses douleurs, joue vraisemblablement un rôle dans le tableau actuel. Le Dr A_____ estime que le patient n'est pour l'instant pas capable de travailler et qu'une capacité de travail à 50 % pourrait être possible, après la mise en œuvre de quelques mesures médicales.

5. Le 3 octobre 2002, le Dr B_____, chirurgien, écrit au conseil de l'assuré que les douleurs dorso-lombaires de son patient ont augmenté d'intensité depuis une année et l'empêche de tenir la position assise pendant plus de 15 à 20 minutes. Ce médecin constate également une limitation importante de la mobilité active de l'épaule droite, en raison de douleurs, empêchant l'assuré d'utiliser son bras droit avec un rendement complet. De l'avis du Dr B_____, l'assuré est totalement inapte à effectuer un travail physique dans une position assise ou debout.

6. Par courrier du 14 novembre 2002, l'assuré, par l'intermédiaire de son conseil, demande à l'OCAI la révision de sa décision du 14 janvier 2000, en se prévalant d'une aggravation de son état. A l'appui de ses dires, il joint le rapport du Dr A_____ et la lettre du Dr B_____ susmentionnés.

7. En raison d'une tuméfaction et de rougeurs sur la jambe droite avec un état fébrile, l'assuré séjourne du 18 novembre 2002 au 14 janvier 2003 à la Clinique et Policlinique d'orthopédie et de chirurgie de l'appareil moteur des HUG. Un drainage d'un abcès sous-cutané et un curetage sont alors effectués au tibia droit. Un arrêt de travail de 100 % est prescrit dès le 18 novembre 2002 pour une période indéterminée. Les Drs C_____, C_____ et du Pr D_____ diagnostiquent, dans leur rapport du 3 février 2003, une ostéomyélite chronique du tibia droit, un status post-enclouage centromédullaire en 1990 d'une fracture du tibia droit, un status post-ablation du matériel d'ostéosynthèse, séquestrectomie avec greffe et couverture par lambeau musculo-cutané en 1995, et un MRSA.

8. Par décision du 24 novembre 2003, l'Office cantonal de l'emploi (ci-après : OCE) déclare l'assuré inapte au placement dès le 2 mai 2003. Il est par ailleurs mentionné dans cette décision que l'assuré avait été mis au bénéfice d'un emploi temporaire cantonal par l'Office régional de placement (ci-après : ORP) du 2 mai 2002 au 1er mai 2003, mais qu'il n'a travaillé que durant quelques jours dans cet emploi, pour des raisons de santé.

9. Dans son rapport du 5 novembre 2004, le Dr B_____ diagnostique des lombalgies chroniques mécaniques depuis environ 1996, une suspicion de périarthrite de l'épaule droite, un status post-fracture compliquée d'une ostéomyélite survenue en 1981 et 1995, une suspicion de spondylarthrite ankylosante, une embolie pulmonaire en 1995 et une récidive d'ostéomyélite en 2002. La capacité de travail est nulle depuis le 14 mai 2002. Dans l'annexe à son rapport médical de la même date, il indique qu'on ne peut exiger que l'assuré exerce une autre activité. Selon son rapport médical concernant les capacités professionnelles, l'assuré peut tenir la position assise une à deux heures par jour et la position debout une demi-heure à une heure et doit alterner les positions. La position à genoux, l'inclinaison du buste et la position accroupie sont proscrites. Le fonctionnement intellectuel de l'assuré est normal. Son périmètre de marche est de 500 à 600 mètres. Il présente par ailleurs des limitations à l'épaule droite et ne doit lever, porter ou déplacer des charges d'un poids supérieur à un à deux kilos. Il ne doit pas non plus se baisser, travailler en hauteur, se déplacer sur sol irrégulier ou en pente. Par ailleurs, son comportement est acceptable pour l'entourage.

10. Le 11 mars 2005, l'assuré subit d'urgence une opération cardiaque.

11. Selon le rapport du 11 août 2005 du Dr E_____ de la Clinique de chirurgie cardio-vasculaire des HUG, l'assuré présente un infarctus inférieur du myocarde avec rupture du ventricule gauche, ainsi qu'une maladie coronarienne de deux vaisseaux, en plus d'une ostéomyélite chronique du tibia depuis 1993 et de lombalgies chroniques. Ce médecin ne se prononce pas sur la capacité de travail.

12. Le 22 août 2005, le Dr C_____ atteste que l'incapacité de travail pendant le traitement effectué dans le cadre de son service était de 100 % du 18 novembre 2002 au 29 janvier 2003 et devait être réévaluée par le médecin traitant. Suite aux multiples interventions chirurgicales en novembre 2002, le Dr C_____ note une bonne évolution clinique et des examens para-cliniques. Rien ne s'oppose à une réinsertion professionnelle.

13. Dans son rapport du 9 septembre 2005, le Dr F_____, cardiologue, diagnostique une révascularisation coronarienne, une rupture ventriculaire aigue avec opération d'urgence et mise en place d'un patch, une hypotension orthostatique et un infarctus du myocarde inférieur. La capacité de travail est à évaluer avec le Dr B_____. L'état est stationnaire.

14. Le 26 octobre 2005, le Dr B_____ écrit au conseil de l'assuré que les suites de l'opération cardiaque ont été simples et sans complication, mais que le patient présente une dyspnée à l'effort et se fatigue très vite à la suite d'une marche de 100 mètres et d'une montée de quelques marches d'escalier. Il souffre également d'une lombalgie chronique invalidante qui s'est péjorée depuis son opération. De l'avis de ce médecin, l'assuré est inapte à effectuer n'importe quel travail physique.

15. Le 10 novembre 2005, le Dr F_____ informe l'OCAI qu'il a vu le patient en dernier lieu le 29 août 2005. L'état cardiaque actuel lui paraît compatible avec une activité professionnelle légère, mais physiquement peu éprouvante, sans charge aucune et au début à temps partiel.

16. Par courrier du 1er décembre 2005, le Dr F_____ précise à l'OCAI que le métier de maçon est incompatible avec l'état cardio-vasculaire et coronarien actuel de son patient.

17. Le 11 janvier 2006, l'assuré est soumis à une expertise par le Dr G_____. Dans son rapport du 1er février 2006, ce médecin diagnostique des lombalgies chroniques, survenues en 1995 à la suite de l'ostéomyélite de la jambe, persistant de manière continue et s'étant apparemment aggravées au cours de ces dernières années, un status post-ostéomyélite chronique du tibia droit avec une récidive en 2002, un conflit de coiffe de l'épaule droite, un infarctus du myocarde survenu le 11 mars 2005 et un status post-rupture ventriculaire survenu lors de la coronarographie faite trois semaines après l'infarctus. Concernant la jambe droite, il précise que les séquelles sont une déviation latérale de la jambe droite, un raccourcissement du membre inférieur droit et une perte de mobilité de la cheville droite. Ces atteintes empêchent l'assuré de marcher longtemps ou rapidement, d'effectuer un travail en position debout et de porter des charges. Elles limitent également le temps en position assise et nécessitent l'alternance des positions. L'expert estime que l'expertisé ne peut rester assis plus de quatre heures par jour. Il doit également éviter les efforts, même en position assise, ainsi que des efforts du bras droit. Sur le

plan psychique et mental, l'expert note que l'assuré est illettré et analphabète. Il parle par ailleurs très mal le français. Il dispose d'une faible capacité d'adaptation dans tous les domaines. L'expert mentionne en outre que "Ses pauvres capacités en plus d'une très faible motivation liée à une perception de lui-même d'un homme gravement malade, rendent à mon avis illusoires toute tentative de reprise d'activité" (p. 5 du rapport). Néanmoins, ce médecin estime qu'une reprise du travail à raison de quatre heures par jour est théoriquement possible dans une activité adaptée.

18. Dans le rapport de réadaptation professionnelle du 10 juillet 2006, il est constaté que les activités professionnelles envisageables pourraient se situer dans le secteur de la production de l'industrie légère ou les conditionnements légers. La perte de gain est évaluée à 55 %.

19. Le 30 octobre 2006, l'OCAI transmet au mandataire de l'assuré un projet de décision d'octroi d'un quart de rente dès le 19 janvier 2003 et d'une demi-rente dès le 1er avril 2003. Il indique par ailleurs que des mesures de réadaptation d'ordre professionnel seront étudiées sur demande écrite et motivée de la part de l'assuré.

20. L'OCAI le confirme ce projet de décision par décisions formelles du 20 mars 2007, en dépit de la contestation de l'assuré.

21. Par acte du 3 mai 2007, l'assuré recourt contre ces décisions, en concluant à leur annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité entière dès le 1er avril 2003. Le recourant souligne que, selon l'expert, toute tentative de reprise d'activité est illusoire et que son effondrement sur le plan psychique est lié à sa maladie. L'expert estime ainsi que toute activité, même en position assise, est définitivement exclue. Le recourant fait enfin valoir que l'abattement de 10 % des salaires statistiques, retenus à titre de salaire avec invalidité, est insuffisant.

22. Par préavis du 18 juin 2007, l'intimé conclut au rejet du recours. Il relève que l'incapacité de travail est due à des motifs non relevants pour l'assurance-invalidité, tels que la faible scolarisation, l'illettrisme et l'image que l'assuré a de lui-même. S'agissant de l'abattement des salaires statistiques, pour le calcul de la perte de gain, il fait valoir qu'une réduction supplémentaire ne se justifie pas, dans la mesure où le recourant est titulaire d'un permis C, en Suisse depuis de nombreuses années et encore relativement jeune. De surcroît, même en admettant un abattement de 15 %, le degré d'invalidité ne serait que de 57 % et n'ouvrirait donc pas non plus le droit à une rente supérieure.

23. Sur ce, la cause a été retenue à juger.

EN DROIT

1. 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).

2. Interjeté dans les délai, compte tenu de la période de suspension pendant les jours de Pâques, et forme prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA).

3. Est litigieux en l'occurrence le degré d'invalidité du recourant à partir de l'aggravation alléguée, à savoir le mois d'avril 2002.

4. Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière. A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 4 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI) et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 114 consid. 2b). Ces principes, développés par la jurisprudence en relation avec la nouvelle demande de prestations (art. 87 al. 3 et 4 RAI), sont applicables par analogie à la demande de révision (ATF 130 V 73 consid. 3).

   En l'espèce, l'intimé est sans conteste entré en matière sur la demande de révision. Aussi convient-il d'examiner la question quant au fond.

5. Aux termes de l'art. 8 al. 1 et 3 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Les assurés majeurs qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique ou mentale et dont il ne peut être exigé qu'ils en exercent une sont réputés invalides si l'atteinte les empêche d'accomplir leurs travaux habituels. Selon l'art. 4 LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération.

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 être raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte de sa santé physique ou mentale. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui 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 le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA).

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). 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; ATFA non publié du 19 avril 2002, I 554/01).

6. Selon l'art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur entrée en vigueur le 1er janvier 2004, l'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins. La rente est échelonnée comme suit, selon le taux d'invalidité : 40 % au moins un quart, 50 % au moins une demie, 60 % au moins trois-quarts et 70 % au moins rente entière.

7. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. La jurisprudence a donc précisé les tâches du médecin, par exemple lors de l'évaluation de l'invalidité ou de l'atteinte à l'intégrité, ou lors de l'examen du lien de causalité naturelle entre l'événement accidentel et la survenance du dommage (ATF 122 V 158 consid. 1b et les références; SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, in : Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHÜPBACH - Bâle, 2000, p. 268).

Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office de l'assurance-invalidité, 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; 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 et les références).

En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références).

8. Quant aux facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, le Tribunal fédéral des assurances a, dans un arrêt ATF 127 V 294, précisé sa jurisprudence relative aux atteintes à la santé psychique. Ainsi, les facteurs psychosociaux ou socioculturels ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 299 consid. 5a in fine; VSI 2000 p. 155 consid. 3).

9. En l'espèce, le Dr G_____ a clairement admis une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée, à savoir s'exerçant en position assise, permettant de changer les positions, ne nécessitant pas le port de lourdes charges et la sollicitation du bras droit, ainsi que des efforts. Sur la base de ces limitations, le

service de réadaptation professionnelle a estimé que le recourant pourrait travailler dans la production de l'industrie légère ou les conditionnements légers.

Il est vrai que l'expert estime qu'une reprise de travail à 50 % est illusoire en raison de la personnalité de l'assuré, ses faibles capacités intellectuelles et "son déracinement social lié à sa situation de maladie". Il convient toutefois de constater que l'expert fait référence à des critères non relevants pour l'assurance-invalidité. En effet, l'illettrisme et l'analphabétisme, ainsi que la connaissance insuffisante du français constituent des facteurs socioculturels et ne relèvent pas du domaine médical. S'agissant des capacités intellectuelles du recourant, elles doivent être considérées comme suffisantes pour comprendre des consignes dans une activité simple, dès lors qu'il était en mesure d'exercer le métier de manœuvre dans le bâtiment pendant plusieurs années.

Partant, il convient d'admettre que la capacité de travail de l'assuré est, d'un point de vue strictement médical, de 50 % dans une activité adaptée.

10. En ce qui concerne le calcul de la perte de gain, celui-ci n'est pas critiqué par le recourant, sauf en ce qui concerne l'abattement des salaires statistiques retenus pour ce calcul.

Lorsque l'invalidité est évaluée sur la base de l'enquête suisse sur la structure des salaires, la jurisprudence autorise une déduction globale maximale de 25 %, afin de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 124 V 321).

In casu, l'intimé a retenu un abattement de 10 %. Certes, le recourant présente de nombreuses limitations, ne peut plus travailler qu'à temps partiel, est analphabète et étranger. Néanmoins, en raison de son relatif jeune âge, le Tribunal de céans estime qu'un abattement supérieur ne se justifie pas. En tout état de cause, comme l'intimé l'a relevé à juste titre, même avec une réduction de 15 %, la perte de gain reste inférieure à 60 %.

11. Au vu de ce qui précède, il convient d'admettre que le recourant ne peut prétendre qu'à une demi-rente à partir du 1er avril 2003.

12. Le Tribunal de céans relèvera enfin qu'il est loisible au recourant de demander l'octroi de prestations complémentaires, s'il appert qu'il n'est pas en mesure de mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail pour des raisons dont l'assurance-invalidité ne peut tenir compte. En effet, il n'y a lieu de prendre en considération, à titre de revenu déterminant pour le calcul des ces prestations, un revenu hypothétique de l'activité lucrative d'un invalide partiel que s'il est établi que celui-ci serait concrètement en mesure d'exercer une telle activité. Cela est certes présumé, mais cette présomption peut être renversée (ATF 115 V 88 consid. 2). Le caractère exigible de l'exercice d'une activité lucrative doit être examiné en

fonction notamment de l'âge de la personne, son état de santé, ses connaissances linguistiques, sa formation professionnelle, l'activité exercée jusqu'ici, du marché de l'emploi et le cas échéant, du temps plus ou moins long pendant lequel elle aura été éloignée de la vie professionnelle (ATF 117 V 290 consid. 3a; VSI 2001 p. 128 consid. 1b; consid. 2 de l'arrêt T. du 9 février 2005, P 40/03, résumé in RDT 60/2005 p. 127; voir également ATFA du 6 février 2006 P 49/04).

13. Il résulte de ce qui précède, que le recours doit être rejeté.

14. Dans la mesure où le recourant succombe, il y a lieu de mettre à sa charge un émolument de justice de 200 fr., en application de l'art. 69 al. 1bis LAI.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.

3. L'émolument fixé à 200 fr. est mis à la charge du recourant.

4. 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	La présidente
Claire CHAVANNES	Maya CRAMER

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le