REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

**A/2098/2007** **ATAS/1171/2007**

# ARRET

# DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

## Chambre 2

## du 6 novembre 2007

En la cause

Monsieur A_____, domicilié , 1213 PETIT-LANCY recourant

contre

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

**Siégeant : Isabelle DUBOIS , Présidente; Christine BULLIARD-MANGILI et Anne REISER, Juges assesseurs**

## EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après le recourant), né le 1941, marié et père de quatre enfants, maçon de formation, souffre, notamment, d'une nécrose des hanches, et n'a plus retravaillé depuis 1984.

2. Dès le 1er septembre 1985, l'assuré a été mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité fondée sur un degré d'invalidité de 100 %, laquelle a été supprimée le 1er décembre 1987 suite à une révision rapide de la rente, le Dr A1_____ ayant confirmé que l'intéressé était en mesure de travailler vu son activité de courtier. Sur recours de l'assuré du 24 novembre 1987, cette décision a été confirmée par jugement du 16 mars 1989 de la Commission cantonale de recours en matière AVS/AI. Le recours au Tribunal fédéral des assurances (ci-après le TFA) a été déclaré irrecevable le 6 octobre 1989 parce que tardif.

3. Après avoir déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité le 6 octobre 1992, le recourant en a déposé une nouvelle le 15 juin 1993 .

4. Le 2 décembre 1994, le professeur B_____ et le Dr C_____, de la division de médecin physique et de rééducation des (ci-après les "établisssement hospitalier") ont rendu un rapport d'expertise dans lequel ils ont diagnostiqué une nécrose aseptique de la hanche gauche ainsi qu'un status après PTH droite en 1985. La situation de la hanche droite était stable et, en ce qui concernait la nécrose de la hanche gauche, elle n'entraînait aucun handicap fonctionnel ou douloureux. L'assuré pouvait accomplir son travail de courtier de façon pleine et entière sans aucune limitation quelle qu'elle soit (pièce 6, fourre 3 OCAI).

5. Par décision du 16 février 1995, l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OCAI) a refusé toute prestation de l'assurance-invalidité au motif que l'assuré pouvait accomplir un travail de courtier de façon pleine et entière sans aucune limitation.

6. Le 24 mars 1995, l'assuré a été hospitalisé pour un infarctus myocardique à la "établisssement hospitalier" à Bourg-en-Bresse.

7. Par courrier de son conseil du 26 avril 1995, l'intéressé a expliqué qu'il s'agissait de sa deuxième alerte cardiaque, raison pour laquelle les médecins lui avaient vivement déconseillé d'entreprendre une activité professionnelle de quelque nature que ce soit, sauf à risquer une troisième attaque cardiaque. Il demandait à ce que la décision du 14 février 1995 soit reconsidérée dans le sens d'un octroi de rente d'invalidité entière fondée sur un taux d'invalidité de 100 % .

8. Le 16 janvier 1996, le Dr B_____, médecin traitant de l'assuré, a rédigé un rapport à l'attention de l'OCAI dans lequel il a diagnostiqué un infarctus

myocardique inférieur le 24 mars 1995 et une atteinte monotronculaire (occlusion de la coronaire droite et séquelles de nécrose inféro-postérieure). Il recommandait un travail sédentaire sans efforts physiques pénibles. L'incapacité de travail dans sa précédente activité de maçon avait été de 100 % du 24 mars 1995 au 30 septembre 1995 et demeurait de 80 % du 1er octobre 1995 à ce jour (pièce 12, fourre 3 OCAI).

9. Le 3 octobre 1997, le Dr C_____ a rédigé une note interne dans laquelle il a souligné que l'attestation de Dr D_____ - produite par le recourant - n'apportait aucun élément nouveau ni ne démontrait d'évolution défavorable de l'état de santé manifeste. La nécrose aseptique de la hanche gauche était connue des médecins qui avaient effectué l'expertise en 1994. Du point de vue cardiaque, il existait une incapacité de travail de l'ordre de 80 % comme maçon, mais une activité physique en tant que courtier ou administrateur était tout à fait possible (pièce 16, fourre 3 OCAI).

10. Le 14 octobre 1998, l'assuré a écrit à l'OCAI pour l'informer qu'il était suivi par le Dr E_____, lequel avait découvert la vraie raison de ses différentes atteintes à la santé, sous la forme d'un antigène HLA-B27 que l'intéressé possèderait depuis la naissance.

11. Après plusieurs formulaires de rapport médical envoyés aux Drs E_____ et F_____, le Dr F_____ a expliqué le 17 août 1999 à l'OCAI qu'il devait s'adresser aux pneumologues qui suivaient l'assuré, soit le Dr G_____ et la doctoresse H_____. Le Dr E_____ a joint une copie du rapport du Dr G_____ du 12 juillet 1999 diagnostiquant un syndrome des apnées du sommeil, un tabagisme actif, un syndrome restrictif modéré sur excès pondéral, un excès pondéral avec BMI à 31, un status post-infarctus en 1995, un status post-tuberculose pulmonaire traitée en 1962 ainsi qu'une ostéoporose sur hypogonadisme.

12. Dans une note interne du 28 septembre 1999, le Dr C_____ a relevé qu'il semblait que l'assuré ne comprenait pas très bien les notions médicales puisqu'il avait parlé de la découverte d'un antigène HLA-B27, lequel était retrouvés chez 90 % des personnes développant une spondylarthrite, d'où une prédisposition à développer cette maladie. L'assuré avait expliqué avoir de nouvelles maladies (syndrome des apnées du sommeil, ostéoporose et diabète), mais ces dernières ne représentaient pas de handicap supplémentaire notable dans des activités sédentaires, mis à part une certaine fatigabilité. Par contre, le médecin-conseil se posait la question d'une éventuelle survenue de problèmes psychiques. Il a ainsi recommandé une expertise au Centre d'observation médical de l'assurance-invalidité.

13. Le 18 octobre 2000, la policlinique médicale universitaire de Lausanne agissant en tant que COMAI, a rendu un rapport d'expertise après avoir examiné l'assuré du 13

au 22 juin 2000 et avoir consulté son dossier d'assurance-invalidité. Les experts ont diagnostiqué un trouble mixte de la personnalité (paranoïaque, émotionnellement labile de type impulsif), une possible consommation d'alcool nocive pour la santé, un status post-infarctus myocardique inférieur en 1995, un status post nécrose aseptique des deux hanches avec prothèse totale de la hanche droite en 1985, un syndrome des apnées du sommeil, de l'obésité, un tabagisme chronique et un status post tuberculose pulmonaire en 1962. S'il était indéniable que l'assuré souffrait de problèmes cardio-pulmonaires et métaboliques importants pour son pronostic vital, ils ne jouaient en eux-mêmes que peu de rôle sur sa capacité de travail en tant que courtier, travail avant tout sédentaire. Quant à la problématique rhumatologique (séquelles d'ostéonécrose des deux hanches avec mise en place d'une prothèse, lombalgies et arthrose lombaire débutante), elle entraînait des limitations dans tous les travaux lourds, nécessitant des stations prolongées debout ou des déplacements à pied, mais ne contre-indiquait en aucun cas le travail assis. Cependant, le trouble de la personnalité présenté par le patient entraînait de nombreuses répercussions sur la santé de l'assuré. Sa capacité de travail était diminuée de 50 % même dans la profession de courtier indépendant. La capacité résiduelle de travail de 50 % remontait à mars 1995, moment où il avait été victime d'un infarctus et où il était légitime de penser que c'était à ce moment-là qu'il avait décompensé du point de vue psychologique avec une aggravation de son trouble de la personnalité.

14. Dans la nuit du 9 au 10 octobre 2000, l'assuré a présenté une nouvelle récidive de douleurs rétrosternales et a été hospitalisé pour angor instable à l'Hôpital de St-Julien, puis transféré au Centre hospitalier d'Annecy où une coronarographie pratiquée le 10 octobre 2000 a mis en évidence une maladie coronarienne des deux vaisseaux. L'indication à une revascularisation chirurgicale avait alors été posée.

15. Le 27 octobre 2000, les médecins de la division de cardiologie des "établisssement hospitalier" ont expliqué que l'assuré avait été hospitalisé le 24 octobre 2000 et qu'il avait accepté une revascularisation chirurgicale.

16. Le 10 novembre 2000, l'assuré a subi une intervention chirurgicale sous la forme d'une double revascularisation myocardique par implantation de la mammaire interne gauche et un pontage veineux autologue sur la coronaire droite. Le diagnostic du Dr I_____, chef de clinique-adjoint de chirurgie cardio-vasculaire, consistait en un angor instable sur maladie coronarienne des deux vaisseaux. L'intervention avait été hémodynamiquement bien supportée par le patient et l'évolution était favorable.

17. Le 12 juillet 2001, la division de réadaptation professionnelle de l'OCAI a proposé de retenir un taux d'invalidité de 50 % basé sur une appréciation médico-théorique, vu l'impossibilité d'obtenir des informations précises relative au revenu sans invalidité et au revenu d'invalide.

18. Par décision du 2 avril 2002, l'OCAI a octroyé à l'assuré une demi-rente d'invalidité d'un montant de 281 fr. ainsi que deux demi-rentes pour enfants de 113 fr., fondées sur un taux d'invalidité de 50 %.

19. Par courrier du 4 avril 2002, l'assuré a interjeté recours contre cette décision.

20. Le 21 mai 2002, la Caisse cantonale genevoise de compensation (ci-après la CCGC) a expliqué à la Commission cantonale de recours en matière AVS/AI (actuellement le Tribunal de céans) que la décision rendue par l'OCAI n'était pas une véritable décision définitive, mais qu'elle était provisoire dans la mesure où la CCGC n'avait pas encore reçu tous les documents nécessaires pour procéder au splitting et au calcul correct de la rente. La décision provisoire était intervenue rapidement afin de satisfaire au mieux les intérêts du recourant et mentionnait à tort les voies de droit. Si elle a reconnu que la Commission serait habilitée à statuer sur le fond, elle a sollicité, par économie de procédure, l'attente de la décision définitive pour statuer.

21. Par préavis du 18 juin 2002, l'OCAI a proposé le rejet du recours en relevant qu'il s'était basé sur les conclusions claires des experts du COMAI dont le rapport d'expertise répondait aux critères de la jurisprudence en la matière. La capacité résiduelle de travail demeurait ainsi de 50 % dans une activité adaptée.

22. Le 22 août 2002, le Dr J_____, spécialiste en médecine interne et en rhumatologie, a écrit au Tribunal de céans pour lui communiquer un nouveau diagnostic concernant le recourant, dont il s'occupait depuis le 7 août 2002. Il avait été frappé par une très grande raideur de tout le rachis accompagnée d'une très grande difficulté à se mouvoir et avait mis en évidence une nette diminution de l'ampliation thoracique. Il a posé le diagnostic de maladie de BECHTEREW sévère ou spondylarthrite ankylosante (HLA-B27 positif). Cette maladie inflammatoire provoquait de fortes douleurs, une grande difficulté dans les mouvements de la vie quotidienne et une diminution de l'ampliation thoracique, Elle pouvait aggraver les problèmes cardiaques et le syndrome d'apnées du sommeil. Ce praticien avait débuté un traitement, mais ce dernier ne pouvait qu'empêcher une aggravation. La maladie représentait une invalidité de 100 %, la capacité de travail résiduelle étant de 0 %.

23. Par décisions du 2 septembre 2003, l'OCAI a octroyé au recourant une demi-rente d'invalidité dès le 1er mars 1996 fondée sur un revenu annuel moyen déterminant de 18 années et 4 mois s'élevant à 9'552 fr. (durée d'années de cotisations manquantes : 14 années et 6 mois), ainsi qu'une demi-rente complémentaire pour conjoint et deux demi-rentes pour enfant. Dès le 1er mars 1998, les rentes étaient calculées sur une revenu annuel moyen déterminant de 23'484 fr. basé sur 21 années et 4 mois de cotisations (durée de cotisation manquante : 11 années et 6 mois) et réduites par suite de surassurances.

24. Le 21 octobre 2003, l'OCAI a produit une note interne du Dr C_____ du 21 octobre 2003, lequel avait expliqué que le rapport d'expertise du COMAI avait déjà fait état de lombalgies, mais que le professeur K_____, rhumatologue, n'en avait pas tenu compte en l'absence de limitations fonctionnelles notables. Cela étant, le Dr C_____ avait précisé que l'évolution n'avait pas été favorable vu le rapport du Dr J_____ établi en août 2002. Cette aggravation était néanmoins intervenue postérieurement à la décision litigieuse du 2 avril 2002 et consistuait un fait nouveau dont il ne devait pas être tenu compte dans la procédure. L'OCAI a persisté intégralement dans ses conclusions.

25. Par arrêt du 17 mars 2004, le Tribunal a admis partiellement le recours. Le taux d'invalidité du recourant fixé par l'OCAI était confirmé, mais l'OCAI devait reprendre l'instruction s'agissant des faits postérieurs au mois d'août 2002, décrits par le Dr J_____, et corriger le montant de la rente conformément aux décisions rendues le 2 septembre 2003.

26. L'OCAI a repris l'instruction du dossier s'agissant de la période postérieure au mois d'août 2002, et a confié une expertise médicale du recourant au Dr L_____, spécialiste en rhumatologie, médecine interne et médecine du sport. Dans son rapport d'expertise du 14 mars 2006 l'expert retient une capacité de travail de 85 % dans une activité sédentaire, excluant les ports de charges au-delà de 15 kilos, les mouvements répétitifs du rachis en porte-à-faux et la marche prolongée, en tenant compte de sa diminution de rendement. Les diagnostics retenus sont des lombalgies chroniques, une spondylarthrite ankylosante HLA B27 positive, une ostéonécrose aseptique bilatérale déhanche, une obésité, une hypertension artérielle, et un status après tuberculose en 1962, PTH droite en février 1985, infarctus inférieur en mars 1995 et pontage aorto-coronarien en octobre 2000. L'expert ne retient pas de signes d'aggravation clinique manifeste objectifs par rapport à l'examen du COMAI. Le pronostic est cependant réservé au motif que le recourant n'a pas travaillé depuis 1984.

27. Par décision du 20 avril 2007, l'OCAI a refusé d'augmenter la rente du recourant, au vu de l'expertise.

28. Dans son recours du 6 mai 2007, le recourant souhaite pouvoir consulter de véritables médecins qui confirmeront la gravité de ses problèmes de santé et ne plus dépendre des gestionnaires de l'OCAI qui tiennent des propos inexacts.

29. Dans sa réponse de 14 août 2007, l'OCAI conclut au rejet du recours. Reprenant les faits, y compris ceux de la précédente procédure, l'OCAI constate avoir investigué de façon complète l'état de santé du recourant, que l'expertise diligentée revêt pleine valeur probante et qu'elle ne retient pas d'aggravation clinique manifeste.

30. Par écriture du 4 septembre 2007, le recourant a effectué à l'attention du Tribunal la liste des événements principaux, y compris médicaux, le concernant. Il expose avoir

consulté également des médecins sur France, qui tous confirment son incapacité de travail.

31. Le Tribunal de céans a ordonné la comparution personnelle des parties, qui s'est tenue le 18 septembre 2007. À cette occasion, le recourant a déclaré ne pas comprendre l'appréciation du Dr L_____, contraire à l'appréciation de ses médecins, en particulier du Dr J_____, consulté en 2003. Le recourant s'est dit d'accord qu'on soumette à ce médecin l'expertise pour détermination, et a produit divers rapports médicaux.

32. Par courrier du 18 septembre 2007, le Tribunal a interpellé le Dr J_____, en le priant de prendre connaissance de l'expertise et de se déterminer plus particulièrement sur la capacité de travail du recourant.

33. Par courrier reçu du 21 septembre 2007, le Dr J_____ a répondu comme suit. Il a bien pris connaissance de l'expertise, et n'a aucune remarque à faire. Il ne peut pas se prononcer sur la capacité de travail actuelle du recourant, car il ne l'a plus vu depuis le 15 novembre 2002. À l'époque il se prononçait pour une totale incapacité de travail, mais il peut admettre que sous un traitement bien conduit on puisse constater une nette amélioration des symptômes.

34. Ce courrier a été communiqué aux parties le 26 septembre 2007, et la cause gardée à juger.

35. Par courrier du 1er octobre 2007, le recourant s'est dit très étonné, considère que le Dr J_____ est embarrassé et ne peut contredire son confrère, et rappelle que l'expert lui avait déclaré au moment de l'expertise qu'il souffrait d'une grave maladie sévère et incurable.

## 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).

   Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan 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). Les règles de procédure quant à elles s'appliquent sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). La LPGA s'applique donc au cas d'espèce.

3. Interjeté dans les forme et délais prévus par la loi, le recours est recevable.

4. La question litigieuse est de savoir si c'est à juste titre que l'OCAI a refusé de procéder à une augmentation de la rente du recourant, qui allègue une aggravation de son état de santé. Le Tribunal de céans avait d'ailleurs invité l'OCAI à investiguer la question au vu des allégations du Dr J_____. Pour ce faire, l'OCAI a ordonné une expertise médicale du recourant qui a été confiée au Dr L_____. Au vu des conclusions de l'expert, l'OCAI rejette toute aggravation de l'état de santé. Le recourant conteste cette expertise.

5. Selon l'art. 41 LAI -en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002-, repris par l'article 17 LPGA - si l'invalidité d'un bénéficiaire de rente se modifie de manière à influencer le droit à la rente, celle-ci est, pour l'avenir, augmentée, réduite ou supprimée. Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 125 V 369 consid. 2 et la référence; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b).

   Selon la jurisprudence, la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 113 V 275 consid. 1a et les arrêts cités; voir également ATF 120 V 131 consid. 3b, 119 V 478 consid. 1b/aa). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. Pour juger si un tel changement s'est produit, il faut comparer les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision de rente initiale avec les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 125 V 369 consid. 2).

6. En l'espèce, l'état de santé du recourant et l'existence d'une aggravation ont été évaluées par un expert, dont le rapport d'expertise revêt une pleine valeur probante. On rappellera à ce sujet qu'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). Lorsque, 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).

Le fait que certains médecins traitants du recourant soient d'un avis contraire n'est pas probant dans la mesure où, 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). En outre plusieurs des rapports médicaux produits par le recourant ne portent pas sur sa capacité de travail résiduelle mais sur les diagnostics, que l'expert a lui-même retenu, d'autre part certains certificats médicaux, comme celui du Dr M_____ du 26 mars 2007, ne sont pas motivés. Enfin, questionné expressément par le Tribunal au sujet de l'expertise, le Dr J_____, qui avait à l'époque diagnostiqué une nouvelle maladie et attesté d'une entière incapacité de travail, n'a pas pu confirmer qu'une telle incapacité de travail perdurait, et n'a émis aucune critique envers l'expertise.

Il est clair que le recourant souffre de multiples pathologies. Il est d'ailleurs pour cette raison au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité depuis 1996. Ses pathologies empêchent toutefois le recourant d'exercer son ancien métier de maçon, ainsi que tous travaux lourds, mais il peut en revanche exercer une activité légère, et le Tribunal doit rappeler que le recourant avait développé une activité d'achat et vente de biens immobiliers, d'où l'appellation par l'OCAI de courtier, depuis les années 1970, activité qui sur un plan physique et psychique reste adaptée à l'état de santé du recourant, à hauteur de ce que le COMAI avait retenu.

7. Au vu de ce qui précède, le recours ne peut être que rejeté.

8. 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), apporte des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). En particulier, la procédure

de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le Tribunal de céans est désormais soumise à des frais de justice, qui doivent se situer entre 200 fr. et 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, le présent cas est soumis au nouveau droit (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).

**PAR CES MOTIFS,**
**LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. Le rejette.

3. Met un émolument de 200 fr. 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 |
|---|---|
| Yaël BENZ | Isabelle DUBOIS |

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