RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2162/2006 **ATAS/187/2007**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 4

du 21 février 2007

En la cause

Madame S_____, domiciliée , 1217 MEYRIN	recourante
contre	
OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE INVALIDITE, rue de Lyon 97, GENEVE	intimé

Siégeant : Juliana BALDE, Présidente; Doris WANGELER et Karine STECK, Juges

EN FAIT

1. Madame S_____, née le 1966, albanaise du Kosovo, mariée, mère de trois enfants, a rejoint son mari en Suisse en 1994. L'assurée, après l'école obligatoire, a suivi quatre années d'économie au Kosovo, à la suite desquelles elle a travaillé comme comptable, à Pristina, pendant cinq ou six ans.

2. A son arrivée en Suisse, l'assurée est restée au foyer pour s'occuper de l'éducation de ses enfants, nés en 1992, 1993 et 1994. Du 25 octobre 2002 au 27 juin 2003, elle a travaillé comme patrouilleuse scolaire remplaçante, au bénéfice d'un contrat de durée déterminée, rémunérée à raison de 23 francs de l'heure.

3. En date du 16 juin 2003, l'intéressée a déposé une demande auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après OCAI), visant à l'octroi d'un reclassement dans une nouvelle profession ou d'une rente.

4. Dans un rapport adressé à l'OCAI en date du 21 octobre 2003, la Dresse A_____ a posé les diagnostics suivant avec répercussions sur la capacité de travail depuis le 27 mai 2002: cervico-dorso-lombalgies aiguës sur troubles statiques et dégénératifs de la colonne lombaire, suspicion de fibromyalgie, céphalées aiguës sur sub-luxation des ATM, et état anxio-dépressif aigu. Les autres diagnostics, à savoir coliques néphrétiques sur lithiase rénale, hépatite B active, cirrhose hépatique, épigastralgie sur gastrite aiguë, et vertiges sur hypotension orthostatique, sont sans influence sur la capacité de travail. L'incapacité de travail prescrite est de 100% du 29 juin 2002 au 30 octobre 2002, et du 11 décembre 2002 jusqu'à ce jour. Dans l'annexe au rapport médical, la Dresse A_____ a indiqué que l'activité actuelle n'était plus exigible, que la patiente présente d'importants troubles au niveau du rachis CD lombaire et qu'il y a une contre-indication du port de charges lourdes et pour les stations debout prolongées. Une autre activité n'est pas exigible.

5. Le Service médical régional AI, SMR Léman, a procédé à un examen clinique bi-disciplinaire en date du 18 avril 2005, effectué par les Drs B_____, chirurgien orthopédique FMH et C_____, psychiatre. A l'anamnèse, il est relevé que l'assurée, dès son arrivée en Suisse, a été prise en charge par le service social, son mari ayant déposé une demande AI pour des douleurs chroniques. Sur le plan somatique, elle a suivie à la polyclinique de l'Hôpital cantonal de Genève, et ce n'est que depuis 2003 qu'elle consulte la Dresse A_____, à raison d'une fois par mois. Elle n'a en revanche aucune prise en charge sur le plan rhumatologique, ni psychiatrique. Sur le plan psychiatrique, le status est dans les limites de la norme, elle ne présente pas de trouble de la personnalité morbide, ni de symptômes de la lignée dépressive en faveur d'un diagnostic de dépression majeure. Au status ostéo-musculaire, l'examen est dans les limites de la norme, il n'y a pas de contracture de la musculature paravertébrale, ni de signe de tendinopathie de la

coiffe des rotateurs des deux épaules. Les médecins du SMR ont posé le diagnostic de cervico-dorso-lombalgies chroniques, entraînant une répercussion sur la capacité de travail; en revanche l'hépatite B chronique en traitement avec cirrhose hépatique, et le status après urolithiase droite sont sans répercussion sur la capacité de travail. Dans l'appréciation du cas, les médecins exposent que l'examen clinique psychiatrique n'a pas montré de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée ou d'autres limitations fonctionnelles psychiatriques. En l'absence d'un véritable sentiment de détresse qui fait partie du syndrome douloureux somatoforme persistant, ce diagnostic n'a pas été retenu. L'assurée est peu démonstrative; elle met en avant ses plaintes somatiques sans signe de souffrance objectivables pendant l'entretien, et sans attirer l'empathie des médecins. En raison des douleurs chroniques, l'assurée devrait avoir un travail semi-sédentaire dans lequel elle puisse alterner la position debout avec la position assise; elle ne doit pas porter d'objets de plus de quinze kilos, éviter les travaux en porte-à-faux ainsi que sur les échelles. En l'absence d'une comorbidité psychiatrique, la capacité de travail exigible est de 100% dans toute activité qui respecte les limitations fonctionnelles somatiques.

6. Une enquête économique sur le ménage a été effectuée le 23 novembre 2005 au domicile de l'assurée. Celle-ci a déclaré que sans atteinte à la santé, elle travaillerait comme patrouilleuse scolaire à un temps d'occupation avoisinant les 40%, ce essentiellement pour des raisons financières et d'intégration sociale. Ses empêchements dans la tenue du ménage sont de 10%.

7. Par décision du 30 novembre 2005, l'OCAI a refusé l'octroi de prestations, au motif que le degré d'invalidité global s'élève à 6%, taux insuffisant pour ouvrir le droit à des prestations de l'assurance.

8. L'assurée a formé opposition en date du 16 décembre 2005, faisant valoir qu'elle souffre de façon invalidante du dos, ce qui l'empêche d'effectuer la plupart des mouvements de la vie quotidienne, qu'elle présente des problèmes de foie, qu'elle souffre également de migraines, de fatigue et de douleurs incessantes. En outre, l'entretien de sa maison est en grande partie assuré par sa fille de treize ans et par ses deux fils. Elle a joint à son opposition un rapport de contrôle du Dr D_____, ainsi que des certificats médicaux de la Dresse A_____.

9. Le 12 mai 2006, l'OCAI a rejeté l'opposition de l'assurée, au motif que les documents médicaux produits n'apportent aucun nouvel élément probant qui pourrait permettre une modification de l'évaluation concernant l'exigibilité médicale.

10. L'assurée a interjeté recours le 14 juin 2006, au motif que son état de santé l'empêche toujours d'exercer une activité professionnelle. A sa demande, un délai lui a été accordé pour compléter son recours.

11. Le 18 juillet 2006, l'assurée a communiqué au Tribunal de céans un rapport établi par la Dresse E_____, médecin-consultant à l'unité de médecine "migrations et voyages" des "etablissement hospitalier", aux termes duquel la pathologie hépatique ainsi que son traitement a eu pour conséquences des effets secondaires, à savoir principalement des fatigues et douleurs ostéo-articulaires, avec un état dépressif concomitant, induisant une incapacité de travail estimée à 100%. Le Dr D_____, spécialiste FMH en gastro-entérologie et hépatologie, a établi un certificat médical en date du 16 juin 2006, aux termes duquel l'assurée est atteinte d'une maladie hépatique grave sous la forme d'une cirrhose consécutive à une hépatite virale B. La cirrhose est actuellement compensée sans ascite ni varice. Depuis le mois de juin 2004, un nouveau traitement a été introduit, en raison du risque évolutif de cette maladie et de cancer du foie. Sous traitement, les transaminases se sont normalisées et la virémie négativée dès avril 2005. Depuis le 10 mars 2006, un nouveau traitement antiviral lui a été administré et la virémie s'est largement réduite. Selon ce médecin, cette affection du foie peut de toute évidence engendrer un grand état de fatigue ainsi qu'une grande détresse morale, compte tenu de l'inefficacité du traitement actuel et de sa gravité. La recourante soutient dès lors que son incapacité de travail doit être estimée à 100%, et demande subsidiairement l'ordonnance d'une expertise médicale.

12. Dans sa réponse du 4 septembre 2006, l'OCAI relève que l'assurée a été mise au bénéfice d'une expertise bi-disciplinaire dont il résulte qu'elle présente des empêchements ménagers de l'ordre de 10% seulement, et que le degré total d'invalidité est de 6%. L'OCAI a soumis les nouvelles pièces médicales produites par la recourante à son service médical régional, lequel a fait remarquer que les pièces produites ne font que confirmer les avis précédents, sans signe d'aggravation de l'état de santé. L'OCAI conclut au rejet du recours.

13. Cette écriture a été communiquée à la recourante en date du 6 septembre 2006, et le dossier a été mis à sa disposition pour consultation.

14. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales, composé de 5 juges, dont un président et un vice-président, 5 suppléants et 16 juges assesseurs (art. 1 let. r et 56 T LOJ).

   Suite à l'annulation de l'élection des 16 juges assesseurs, par le Tribunal fédéral le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente permettant au Tribunal cantonal des assurances

sociales de siéger sans assesseurs à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs.

2. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales 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) qui sont relatives à la loi sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI).

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

3. 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.

4. Interjeté dans les forme et délai prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA).

5. Le litige porte sur le point de savoir si la recourante présente une atteinte à la santé invalidante dans une mesure ouvrant droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

6. 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).

Selon l'art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1bis LAI, prétendre à une demi-rente s'il est invalide à 40 % au moins. L'entrée en vigueur de la 4ème révision de la LAI a modifié la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI relatif à l'échelonnement des rentes selon le taux d'invalidité. Alors qu'une rente entière était accordée auparavant à un assuré dès que le degré d'invalidité atteignait 66 2/3 %, cette disposition prévoit désormais d'octroyer un trois-quarts de rente à un assuré présentant un degré d'invalidité d'au moins 60 % et une rente entière à celui dont le taux est supérieur à 70 %, les conditions relatives à l'octroi d'un quart ou d'une demi-rente demeurant inchangées. En revanche, les principes développés jusqu'alors par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur validité, que ce soit sous l'empire de la LPGA ou de la 4ème révision de la LAI (ATF 130 V 348 consid. 3.4; ATFA non publiés du 17 mai 2005, I 7/05, consid. 2, du 6 septembre 2004, I 249/04, consid. 4).

Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 130 V 348 consid. 3.4, 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b; jusqu'au 31 décembre 2002: art. 28 al. 2 LAI; du 1er janvier au 31 décembre 2003: art. 1 al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA; depuis le 1er janvier 2004: art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du

droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue, doivent être prises en compte (ATF 129 V 223 consid. 4.1, 128 V 174).

Lorsque les assurés n'exercent une activité lucrative qu'à temps partiel ou apportent une collaboration non rémunérée à l'entreprise de leur conjoint, l'invalidité pour cette part est évaluée selon l'art. 16 LPGA. S'ils se consacrent en outre à leurs travaux habituels, au sens de l'art. 8 al. 3 LPGA, l'invalidité est fixée selon l'art. 27 pour cette activité-là. Dans ce cas, il faudra déterminer la part respective de l'activité lucrative ou de la collaboration apportée à l'entreprise du conjoint et celle de l'accomplissement des autres travaux habituels et calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont la personne est affectée dans les deux domaines d'activité en question. Lorsqu'il y a lieu d'admettre pour les assurés qui exercent une activité lucrative à temps partiel ou qui travaillent dans l'entreprise de leur conjoint sans être rémunérés, que s'ils ne souffraient d'aucune atteinte à la santé, ils exerceraient, au moment de l'examen de leur droit à la rente, une activité lucrative à temps complet, l'invalidité est évaluée exclusivement selon les principes applicables aux personnes exerçant une activité lucrative.

7. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux sont raisonnablement exigibles de la part de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1).

   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).

   On ne saurait mettre sur le même pied un rapport d'expertise émanant d'un Centre d'observation médicale de l'AI (COMAI) - dont la jurisprudence a admis que l'impartialité et l'indépendance à l'égard de l'administration et de l'OFAS sont garantis (ATF 123 V 175) - et un rapport médical établi par le SMR; toutefois, cela

ne signifie pas encore qu'en cas de divergence d'opinion entre médecins du SMR et médecins traitants, il est de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères exposés précédemment (consid. 3.1; ATFA non publié du 24 août 2006, I 938/05, consid. 3.2).

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)

8. En l'espèce, selon la Dresse A_____, médecin-traitant, la recourante souffre de diverses atteintes à la santé, plus particulièrement de cervico-dorso-lombalgies aiguës sur troubles statiques et dégénératifs de la colonne lombaire, de suspicion de fibromyalgie et d'un état-anxio-dépressif aigu qui la rendent totalement incapable de travailler. Les autres atteintes à la santé, soit notamment les coliques néphrétiques, l'hépatite B active, la cirrhose hépatique sont sans influence sur la capacité de travail.

   Au vu de la suspicion de fibromyalgie, c'est à juste titre que l'intimé a ordonné un examen bi-disciplinaire rhumatologique et psychiatrique. Sur le plan somatique, le status ostéo-musculaire est dans les limites de la norme, sans signe de tendinopathie de la coiffe de rotateurs des deux épaules, ni de contracture de la musculature paravertébrale. Sur le plan psychiatrique, la recourante ne présente pas de signe de dépression majeure, ni de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée ou d'autres limitations fonctionnelles psychiatriques. Le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant n'a pas été posé, au vu de l'absence d'un véritable sentiment de détresse. En définitive, les médecins du SMR ont retenu que les cervico-dorso-lombalgies chroniques ont une répercussion sur la capacité de travail, en ce sens qu'elle devrait exercer une activité semi-sédentaire permettant l'alternance des positions debout/assise, éviter de porter des objets de plus de 15 kg, les travaux en porte-à-faux et sur les échelles. Dans une activité respectant les limitations fonctionnelles somatiques, la capacité de travail exigible est de 100 %.

   La recourante conteste l'appréciation des médecins du SMR, alléguant que son état de santé ne lui permet pas de travailler. Elle se réfère aux certificats médicaux des Drs E_____ et D_____.

   Selon la Dresse E_____, la pathologie hépatique et son traitement ont eu pour conséquence des effets secondaires, sous forme de fatigue, douleurs ostéo-articulaires et un état dépressif concomitant, induisant une incapacité de travail

estimée à 100 %. Quant au Dr D_____, spécialiste en hépatologie, il indique dans son certificat du 16 juin 2006 que la recourante est atteinte d'une maladie hépatique grave. Il explique que la cirrhose est actuellement compensée, sans ascite ni varice, que la patiente a bénéficié d'un traitement lourd de Pégasys qui a débuté en août 2003, pendant six mois. Dès l'arrêt de la médication, le DNA ainsi que les transaminases se sont réactivées, de sorte qu'un nouveau traitement a été introduit en juin 2004, en raison du risque évolutif de cette maladie et de cancer du foie. Les transaminases se sont normalisées et la virémie négativée dès avril 2005. Toutefois, en octobre, en raison de l'apparition d'une résistance caractérisée par l'élévation de l'ADN viral, un nouveau traitement anti-viral a été introduit depuis le 10 mars 2006; depuis, la virémie est encore élevée, mais s'est largement réduite et les transaminases sont sub-normales. Selon le Dr D_____, cette affection du foie peut de toute évidence engendrer un grand état de fatigue ainsi qu'une grande détresse morale compte tenu de l'inefficacité du traitement actuel et de sa gravité.

Le Tribunal de céans constate que les appréciations des médecins divergent fondamentalement en ce qui concerne les conséquences de l'affection hépatique sur la capacité de travail exigible, ainsi qu'en ce qui concerne l'état psychique. Certes, l'avis du médecin traitant est à prendre avec une certaine retenue; toutefois, le Tribunal de céans relève que dans son analyse du cas, le SMR s'est borné, s'agissant de la maladie hépatique, à relever qu'elle était en traitement anti-viral et qu'elle n'a pas d'ictère. Or, quand bien même la recourante se plaignait de douleurs et de fatigue, le SMR n'a examiné le cas que sous l'angle rhumatismal, sans expliquer pourquoi, selon lui, l'affection hépatique n'entraînait pas d'effets secondaires susceptibles d'influencer la capacité de travail. A cet égard, les rapports des Drs E_____ et D_____ sont de nature à jeter un doute quant à la valeur probante du rapport SMR.

Au vu de ce qui précède, le Tribunal de céans n'est pas en mesure de statuer, dès lors que l'évaluation de la capacité de travail résiduelle est importante, s'agissant du droit ou non de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité. En effet, il y a lieu de rappeler que sans atteinte à la santé, la recourante travaillerait à 40 % pour des raisons économiques.

En conséquence, le recours sera admis et la cause renvoyée à l'intimé, pour instruction complémentaire sous forme d'une expertise pluridisciplinaire et nouvelle décision.

***

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

(conformément à la disposition transitoire de l'art. 162 LOJ)

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet et annule les décisions des 30 novembre 2005 et 12 mai 2006.

3. Renvoie la cause à l'OCAI pour instruction complémentaire au sens des considérants et une nouvelle décision.

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
Sylvie CHAMOUX	Juliana BALDE

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