

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2361/2007

ATAS/63/2008

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 1

du 22 janvier 2008

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à MEYRIN, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître SOMMARUGA Carlo

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Doris WANGELER, Présidente; Evelyne BOUCHAARA et Christine
TARRIT-DESHUSSES, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____, d'origine turque, en Suisse depuis octobre 1981, a travaillé comme manutentionnaire à plein temps jusqu'au 19 octobre 1997, date à laquelle il a réduit son horaire de moitié en raison de son état de santé. Il a déposé le 25 novembre 1998 une demande auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après OCAI) visant à l'octroi d'une rente.
2. Le Dr L_____, généraliste et médecin traitant, a informé l'OCAI le 26 janvier 1999 que son patient souffrait depuis 1993 de douleurs dorsales (sciatalgies) ayant entraîné de fréquents arrêts de travail. Il a précisé que celui-ci exerçait depuis 1998 une activité plus légère à 50%, consistant à s'occuper de l'ouverture de l'entreprise (arrivée des nettoyeurs) puis du contrôle de l'arrivage des marchandises. Le médecin a ainsi estimé l'incapacité de travail à 50% depuis janvier 1998, étant indiqué que l'activité actuellement exercée était adaptée à son état de santé.
3. Le Dr M_____, généraliste, a quant à lui fixé, dans un rapport du 4 février 1999, le taux d'incapacité de travail de l'assuré à 100% du 20 octobre au 29 octobre 1997, à 50% du 30 octobre 1997 au 4 janvier 1998, à 100% du 5 janvier au 11 janvier 1998 et à 50% depuis le 12 janvier 1998. Selon ce médecin, la situation est actuellement tolérable dans son activité de magasinier à 50%.
4. Par décision du 10 janvier 2000, l'OCAI a reconnu le droit de l'assuré à une demi-rente d'invalidité, assortie de rentes complémentaires pour épouse et enfants, à compter du 1^{er} octobre 1998.
5. Par courrier du 4 septembre 2001, l'assuré a informé l'OCAI que son état de santé s'était aggravé et qu'il avait dû cesser toute activité lucrative dès fin avril 2001.

Il a rempli le questionnaire pour la révision de la rente le 18 septembre 2001.

6. Interrogé par l'OCAI, le Dr M_____ a, dans un rapport du 8 décembre 2001, confirmé que l'état de santé de son patient s'était aggravé, qu'il souffrait de lombosciatalgies communes chroniques bilatérales depuis le printemps 2001 en augmentation d'intensité. Il était très pessimiste quant à l'évolution future.

Le Dr M_____ a joint à son rapport copie d'un courrier à lui adressé par le Dr N_____, chef de clinique à la division de rhumatologie des HUG, au service duquel l'assuré a séjourné du 6 au 10 août 2000 en raison de ses lombosciatalgies. Selon le Dr N_____, "l'examen clinique est actuellement plutôt rassurant, sans syndrome lombo-vertébral marqué, ni signes irritatifs ou déficitaires aux membres inférieurs. (...) Une prise en charge de remobilisation active chez ce patient n'a guère été possible, car il se plaint constamment de ses douleurs. Nous sommes donc

très pessimistes quant à son évolution future et une reprise d'un travail de force tel que celui effectué jusqu'à présent, nous semble hautement improbable".

Le Dr M_____ a complété son rapport le 25 mars 2002 comme suit :

"en janvier 2000, alors que *l'assuré* est en capacité de travail réduite de 50% depuis plusieurs années et qu'il perçoit une rente d'invalidé depuis octobre 1998 fraîchement certifiée (décision du 25 novembre 1999), j'ai l'impression "qu'il passe la seconde vitesse" ; les douleurs sont terribles, encore plus intenses et soutenues, les rapports de travail avec son supérieur sont tendus, il n'apprécie guère de se lever chaque matin à 04 h 00 pour affronter le froid, il a déjà pris une quantité d'antalgiques sans effet. Finalement, après 2 x 4 jours d'arrêt de travail, de la physiothérapie antalgique sans aucune conviction de sa part et sans aucun effet bénéfique, après une infiltration paravertébrale L5-S1, on passe le cap ... jusqu'au contrôle de mai 2000, puis jusqu'aux vacances d'été en juillet 2000, puis en septembre. A chaque fois, une confrontation très difficile avec une personne qui s'arrache de son siège avec des grimaces épouvantables, met 10 minutes pour ôter son pantalon, s'incline de côté ou sur le plan frontal avec exactement la même réticence. Je me demande toujours pourquoi il a été possible de "gagner" une année en l'an 2000, alors que dès le printemps 2001, plus rien n'a été possible.

En mars 2001, il admet que l'inactivité n'améliore pas sa condition, qu'il ne prend d'ailleurs aucun médicament car il n'en a jamais ressenti d'effet bénéfique, et que rien n'a changé dans son travail.

Le traitement entrepris est le suivant : mise en arrêt de travail à 100% dès le 30 avril avec reprise signifiée le 13 mai, physio en piscine, CT-scan lombaire, téléphone à son boss M. B_____, infiltration Diprophos-Xylo para-sacrée droite, mise sous Fluctine. *L'assuré* n'a pas repris son activité depuis cette date, ayant tout simplement trop mal. Rien ne l'atteste à l'examen physique, le CT-Scan parle d'une évolution plutôt favorable, la physio est abandonnée par manque de compliance, les médicaments sont inefficaces, le patient est toujours aussi démonstratif.

Vient alors l'hospitalisation d'août 2001 avec la question de savoir si une intervention sur l'ostéophyte proche de S1 pourrait être tentée. Vous lisez comme moi l'examen clinique plutôt rassurant, la mobilisation guère possible, leur avis très pessimiste. Je vous rappelle que ce patient avait été d'emblée présenté au programme Objectif-dos en 1997 où l'on relevait les grandes difficultés à son intégration, ainsi que son intolérance au programme de reconditionnement.

En conclusion je suis persuadé d'une chose totalement paradoxale : ce patient n'est pas un invalide à 100%, mais si la rente lui est refusée, il sera rapidement à la charge des autres services sociaux".

7. L'OCAI a confié au Dr O _____, spécialiste FMH en rhumatologie, la mission d'examiner l'assuré. Celui-ci a établi un rapport d'expertise le 13 août 2003. Il a posé le diagnostic de lombosciatalgies chroniques non spécifiques. Selon lui, il existe éventuellement une limitation fonctionnelle dans les travaux lourds (port de charge de plus de 15 kg, mouvements répétitifs du rachis), mais pas d'état dépressif évident. Il a en revanche relevé qu'il existait très probablement une inadaptation sociale progressive malgré une aide secondaire à une demi-rente et un aménagement de la part de l'employeur (pas d'efforts physiques). Selon l'expert, les lombosciatalgies sont compatibles avec une activité adaptée à 50%, sans diminution de rendement, étant toutefois précisé que celle-ci pourrait se produire au vu de l'attitude de l'assuré. Il a indiqué qu'objectivement le degré de capacité de travail ne s'était pas modifié depuis l'octroi de la demi-rente d'invalidité, que seuls des éléments subjectifs se sont péjorés. Il a en effet constaté une dissociation algo-fonctionnelle évidente. S'agissant de mesures de réadaptation professionnelle, il considère qu'elles sont tout à fait envisageables mais qu'elles n'ont que peu de chance d'aboutir au vu de l'attitude de l'assuré. La mobilisation des ressources existantes est faible.
8. Par décision du 7 octobre 2003, l'OCAI a refusé l'augmentation de la rente.
9. Un procès-verbal d'opposition a été établi le 30 octobre 2003. L'assuré sollicite une rente entière, ainsi que des mesures professionnelles sous la forme d'un stage ou d'une aide au placement, alléguant que son travail antérieur de magasinier était trop pénible.
10. Par décision du 17 décembre 2003, l'OCAI a rejeté l'opposition. Il a toutefois attiré l'attention de l'assuré sur le fait que sur demande écrite de sa part, il était disposé à le mettre au bénéfice d'une aide au placement au sens de l'art. 18 al. 1 de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI).
11. Par décision du 19 août 2003, l'OFFICE CANTONAL DE L'EMPLOI a déclaré l'assuré inapte au placement et lui a ainsi nié le droit à l'indemnité de l'assurance-chômage dès le 1^{er} mai 2003.
12. L'assuré a participé à un stage à l'atelier de réadaptation préprofessionnelle du département des neurosciences cliniques et dermatologie du 30 mai au 27 juin 2005 à 50%. Un rapport a été établi à l'issue de ce stage par le Dr P _____ le 7 juillet 2005. Il y est indiqué que l'assuré doit travailler dans des positions mixtes car bien que le fait d'être assis le soulage partiellement, il ne peut se maintenir au-delà d'un quart d'heure dans cette position. Au-delà, il ressent des lancées de douleurs au niveau lombaire. Aussi le médecin a-t-il conclu que l'assuré ne pourrait plus reprendre sa profession de magasinier, même à 50%, ajoutant au surplus que la capacité en terme de rendement et d'endurance correspond tout au plus à ce qui est exigible dans un atelier occupationnel.

13. Par courrier du 30 août 2005, l'assuré a déposé une nouvelle demande de révision de sa demi-rente, soulignant que l'OFFICE REGIONAL DE PLACEMENT avait à nouveau, par décision du 21 juillet 2005, prononcé son inaptitude au placement depuis le 7 juillet 2005
14. Le questionnaire pour la révision de la rente a été rempli par l'assuré le 27 septembre 2005. Il y a précisé que son état de santé s'était aggravé depuis février 2003 (augmentation de l'intensité des douleurs) et qu'il n'avait pas travaillé depuis la dernière révision.
15. Dans un rapport du 15 novembre 2005, le Dr M_____ a confirmé le diagnostic de lombosciatalgies bilatérales chroniques depuis 1997 et l'incapacité de travail de 50% depuis décembre 2003. Selon le médecin, l'état de santé de son patient est stationnaire, étant précisé qu'il n'y a aucune modification des plaintes depuis plusieurs années et que "cette saga est l'aboutissement de ce que j'avais clairement énoncé dans les conclusions de ma lettre du 25 mars 2002".
16. Le médecin du Service médical régional AI (ci-après SMR) a constaté que selon le Dr M_____ il n'y avait pas de trouble psychique. Il a dès lors proposé de refuser l'augmentation de la rente vu la capacité de travail inchangée.
17. Le 29 mars 2007, l'OCAI a communiqué à l'assuré un projet de décision aux termes duquel aucune aggravation de son état de santé n'ayant été mis en évidence depuis l'expertise du Dr O_____ le 11 juillet 2003, la demi-rente était maintenue.
18. L'assuré, représenté par Maître Carlo SOMMARUGA, a contesté le projet de décision.
19. Par décision du 15 mai 2007, l'OCAI a confirmé son refus d'augmenter la rente d'invalidité.
20. L'assuré, par l'intermédiaire de son mandataire, a interjeté recours le 18 juin 2007 contre ladite décision. Il rappelle que selon la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances, l'augmentation de la rente d'invalidité doit être admise, quand bien même l'état de santé ne s'est pas modifié, dès que les effets diminuent aujourd'hui plus qu'avant la capacité de gain. Il relève à cet égard que les Drs Q_____ et N_____ des HUG étaient pessimistes quant à son évolution future (rapports des 24 février 1998 et 15 août 2001), que selon le Dr P_____ des HUG, il ne reprendrait plus sa profession de magasinier même à 50% (rapport du 7 juillet 2005) et enfin que l'assurance-chômage l'avait considéré comme inapte au placement. Il fait également valoir les conclusions du rapport établi à la suite d'un stage effectué à l'atelier de réadaptation professionnelle du département des neurosciences cliniques et dermatologies des HUG selon lequel "il ne pourra plus reprendre sa profession de magasinier même à 50%, (...) étant donné que sa capacité de rendement et d'endurance correspond tout au plus à ce qui est exigible

dans un atelier occupationnel". Il relève enfin que, dans son rapport du 15 novembre 2005, le Dr M_____ a indiqué que "le pronostic d'amélioration pour reprendre un emploi est nul".

L'assuré sollicite dès lors l'audition des Drs M_____ et P_____ et conclut à l'octroi d'une rente entière depuis le 1^{er} août 2005.

21. Dans sa réponse du 17 août 2007, l'OCAI a proposé le rejet du recours.
22. Ce courrier a été transmis à l'assuré et la cause gardée 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).

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

2. La LPGA est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, entraînant des modifications législatives notamment dans le droit de l'assurance-invalidité. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2; 169 consid. 1 ; 356 consid. 1 et les arrêts cités). En ce qui concerne la procédure et à défaut de règles transitoires contraires, la LPGA et son ordonnance d'application s'appliquent sans réserve dès le jour de leur entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

Sur le fond, le Tribunal de céans relève que la décision litigieuse ayant été rendue en date du 15 mai 2007 et statuant sur un état de fait juridiquement déterminant remontant pour l'essentiel à l'année 2003, le présent litige sera examiné à la lumière des dispositions de la LPGA. Il convient quoi qu'il en soit de relever que ces dispositions n'ont pas modifié la notion d'invalidité selon l'ancienne LAI et la jurisprudence du TFA y relative est toujours d'actualité.

3. Déposé dans les forme et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 60 LPGA).
4. Le litige porte sur le point de savoir si le degré d'invalidité de l'assuré s'est notablement modifié depuis la décision du 17 décembre 2003.

5. Selon l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. 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 130 V 349 consid. 3.5, 113 V 275 consid. 1a; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b, ATFA non publié du 28 décembre 2006, I 520/05, consid 3.2).

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). A l'instar de ce qui prévaut pour une nouvelle demande (ATF 130 V 71), c'est la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision de la rente (sur demande ou d'office; ATF 133 V 108).

6. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). 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 la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA).
7. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis

décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre.

L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 352 ss consid. 3).

Ainsi, 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).

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 vertu de la maxime d'office, l'administration et le juge doivent veiller d'office à l'établissement exact et complet des faits pertinents. Sont pertinents tous les faits dont l'existence peut influencer d'une manière ou d'une autre le jugement relatif à la prétention. Dans ce contexte, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994, 220 consid. 4a).

8. En l'espèce, il convient de comparer les faits tels qu'ils se présentaient à l'époque de la décision du 17 décembre 2003, confirmant dans le cadre de la procédure de

révision initiée par l'assuré, l'octroi d'une demi-rente, à ceux existant au moment de la décision litigieuse du 15 mai 2007.

9. L'OCAI avait, par décision du 10 janvier 2000, reconnu à l'assuré le droit à une demi-rente. Il s'était fondé sur les rapports des Drs L_____ et M_____, lesquels fixaient l'incapacité de travail à 50% et considéraient que l'activité plus légère exercée par l'assuré à mi-temps était adaptée à son état de santé. L'octroi d'une demi-rente a été maintenu le 17 décembre 2003, sur la base des conclusions de l'expert O_____, identiques au demeurant à celles du Dr M_____.

Lors de la seconde procédure en révision, le Dr M_____ a, dans son rapport du 15 novembre 2005, indiqué que l'état de santé de l'assuré était stationnaire, raison pour laquelle l'OCAI a refusé l'augmentation de la rente.

10. Il est vrai, ainsi que le souligne l'assuré, que la rente peut être révisée même si l'état de santé ne s'est pas modifié, lorsque les conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important.

Le Tribunal de céans constate cependant que, selon les médecins, l'activité exercée par l'assuré à mi-temps, consistant à s'occuper de l'ouverture de l'entreprise puis du contrôle de l'arrivage des marchandises, est parfaitement adaptée à son état de santé. En pareil cas, le degré d'invalidité, se confond avec celui de l'incapacité de travail (ATF du 30 juin 2006, I 43/05). On ne peut soutenir dans ces conditions que la capacité de gain se soit modifiée. Certes l'assuré a-t-il cessé toute activité dès avril 2001. C'est toutefois le lieu de rappeler l'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage, principe général du droit des assurances sociales (ATF 129 V 463 consid. 4.2, 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 et les références citées). Il en résulte que le juge ne peut pas se fonder simplement sur le travail que l'assuré a fourni ou s'estime lui-même capable de fournir depuis le début de son incapacité de travail, ceci pour éviter que le recourant soit tenté d'influencer à son profit, le degré de son invalidité (ATF 106 V 86 consid. 2 p. 87).

11. L'assuré rappelle que les Drs Q_____, N_____ et P_____ s'étaient montrés pessimistes quant à son évolution future, et que selon le Dr M_____, le pronostic d'amélioration pour reprendre un emploi était nul.

L'assuré semble ignorer que les médecins font à cet égard allusion au fait qu'il se plaint constamment de ses douleurs, alors que l'examen clinique est plutôt rassurant, et que c'est pour cette raison précisément qu'ils qualifient le pronostic de mauvais.

Force est de constater qu'il y a discordance entre les plaintes et le comportement de l'assuré d'une part et les constatations cliniques et objectives d'autre part. En effet, selon le Dr M_____, le fait que l'assuré n'ait pas repris son activité lucrative le 13 mai 2001 après l'arrêt de travail à fin avril 2001, comme prévu par le médecin,

ne s'explique pas par l'examen physique, le CT-Scan faisant au contraire état d'une évolution plutôt favorable.

Le Dr M_____ ajoute que la physiothérapie a été abandonnée par manque de compliance, les médicaments sont inefficaces et le patient toujours aussi démonstratif.

12. L'assuré se réfère également au rapport établi par le Dr P_____ à la fin de son stage à l'atelier de réadaptation préprofessionnelle des HUG le 7 juillet 2005.

Le Tribunal de céans relève que le Dr P_____ fait principalement état des plaintes de l'assuré. Les conclusions, au demeurant succinctement motivées, de ce médecin ne sauraient ainsi justifier que l'on s'écarte de celles du Dr M_____.

13. Il convient ainsi de constater qu'aucune diminution ni de la capacité de travail ni de la capacité de gain n'est intervenue depuis décembre 2003. Aussi le recours ne peut-il être que rejeté.

**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

Marie-Louise QUELOZ

Doris WANGELER

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