

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4300/2023

ATAS/217/2024

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 28 mars 2024

Chambre 5

En la cause

A _____

recourante

contre

SERVICE DES PRESTATIONS COMPLEMENTAIRES

intimé

Siégeant : Philippe KNUPFER, président ; Monique STOLLER-FÜLLEMANN et Toni KERELEZOV, juges assesseurs

EN FAIT

- A.** **a.** Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante) née en _____ 1969, est bénéficiaire depuis plusieurs années de prestations du service des prestations complémentaires (ci-après : le SPC ou l'intimé).
- b.** À plusieurs reprises, pendant l'année 2022, l'assurée a adressé des factures de son assurance-maladie au SPC, en demandant le remboursement de ces dernières.
- c.** En date du 30 novembre 2022, l'assurée a adressé un tableau excel comprenant les remboursements qui étaient dus par le SPC pour l'année 2022 et que ledit service n'avait pas encore remboursés à ce jour. Elle a fixé au SPC un délai jusqu'à fin décembre 2022 pour rembourser les sommes dues pour l'année 2022, sous peine d'envoyer « un courrier au tribunal afin qu'il statue sur le sujet ».
- d.** En date du 2 mai 2023, l'assurée s'est adressée une nouvelle fois au SPC, accusant réception des décomptes et paiements que ce dernier lui avait envoyés, mais alléguant qu'il restait toujours des sommes qui n'étaient pas remboursées - sans toutefois les détailler - raison pour laquelle elle fixait un délai de 30 jours au SPC pour « faire le paiement ».
- B.** **a.** Par acte posté le 29 décembre 2023, l'assurée a saisi la chambre de céans d'un recours pour déni de justice, exposant avoir fait une réclamation écrite, en date du 30 novembre 2022, sans avoir reçu de réponse, puis avoir téléphoné plusieurs fois de juillet à octobre 2023 au SPC, en recevant à chaque fois « une réponse fantaisiste ». Finalement, en novembre 2023, elle avait déposé au guichet du SPC les copies des décomptes non remboursés, ce à quoi elle avait reçu, pour toute réponse, les décisions de paiement qui ne couvraient pas les frais dont elle réclamait le remboursement. Elle concluait, implicitement, à recevoir une réponse du SPC.
- b.** Par réponse du 25 janvier 2024 le SPC a rappelé les bases légales qui fixaient le remboursement des frais payés au titre de la participation aux coûts de l'assurance-maladie, puis a rappelé sur deux pages l'ensemble des remboursements effectués pour les traitements de l'année 2022 soit :
1. le traitement du 14 janvier 2022, pour CHF 15.55,
 montant remboursé par le SPC, à hauteur de la quote-part le 11 juillet 2022 ;
 2. le traitement du 4 février 2022, pour CHF 3.-,
 montant remboursé par le SPC, à hauteur de la quote-part le 15 juin 2023 ;
 3. le traitement du 10 février 2022, pour CHF 12.-,
 montant remboursé par le SPC, à hauteur de la quote-part le 15 juin 2023 ;
 4. le traitement du 11 février 2022, pour CHF 2.70.-,
 montant remboursé par le SPC, à hauteur de la quote-part le 15 juin 2023 ;
 5. le traitement du 14 février 2022, pour CHF 74.15,
 montant remboursé par le SPC, à hauteur de la quote-part le 27 juillet 2022 ;
 6. le traitement du 23 mars 2022, pour un montant de CHF 4.45,

- montant remboursé par le SPC, à hauteur de la quote-part le 27 juillet 2022 ;
7. le traitement du 29 mars 2022, pour CHF 34.55,
montant remboursé par le SPC, à hauteur de la quote-part le 27 juillet 2022 ;
 8. le traitement du 5 avril 2022, pour CHF 7.35,
montant remboursé par le SPC, à hauteur de la quote-part le 11 juillet 2022 ;
 9. le traitement du 13 avril 2022, pour CHF 3.60,
montant remboursé par le SPC, hauteur de la quote-part le 11 juillet 2022 ;
 10. le traitement du 19 mai 2022, pour CHF 22.10,
montant remboursé par le SPC, à hauteur de la quote-part le 27 juillet 2022 ;
 11. le traitement du 4 janvier 2022 au 3 février 2022, pour 32.95,
montant remboursé par le SPC, à hauteur de la quote-part le 11 juillet 2022,
- soit au total : CHF 212.40 pour l'année 2022.

c. Par réplique du 19 février 2024, la recourante s'est plainte que les réponses du SPC rendaient les vérifications quasi impossibles, car les décisions de frais de maladie qu'elle avait reçues indiquaient les dates de frais de traitement et non les numéros de décomptes, comme indiqué dans la réponse du SPC. Les dates de paiement indiquées dans la réponse du SPC correspondaient, selon la recourante, aux dates qui étaient notées sur la décision dite de frais maladie et non pas les dates de paiement. Elle indiquait avoir reçu les paiements suivants le 21 juillet 2022 : CHF 345.25, le 11 août 2022 : CHF 249.- et le 1^{er} novembre 2022 : CHF 71.40. Elle alléguait qu'il était impossible pour elle de relier ces paiements aux décomptes non payés à ce jour, car aucune information n'était donnée lors du paiement. Elle se plaignait que les décisions de frais de maladie étaient « un cauchemar » car sur un même décompte, on trouvait des remboursements allant du « 1^{er} juin au 23 mars 2022 » (sic), du 17 février au 28 avril 2022 et ce, dans le désordre, sans les numéros de décomptes de l'assurance-maladie. Selon elle, le SPC se faisait « un plaisir de tous les mélanger », de faire des remboursements « selon leur envie sans respecter ni les dates de traitement ni les numéros de décomptes ».

d. Une copie de la réplique de la recourante a été transmise au SPC qui n'a pas réagi.

e. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 3 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur les prestations complémentaires à

l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité du 6 octobre 2006 (LPC - RS 831.30). Elle statue aussi, en application de l'art. 134 al. 3 let. a LOJ, sur les contestations prévues à l'art. 43 de la loi cantonale sur les prestations complémentaires cantonales du 25 octobre 1968 (LPCC - J 4 25).

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

2. En vertu de la LPGA, un recours peut être formé lorsque l'assureur, malgré la demande de l'intéressé, ne rend pas de décision ou de décision sur opposition (art. 56 al. 2 LPGA).

Selon la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA - E 5 10), lorsqu'une autorité mise en demeure refuse sans droit de statuer ou tarde à se prononcer, son silence est assimilé à une décision (art. 4 al. 4 LPA-GE). Une partie peut recourir en tout temps pour déni de justice ou retard non justifié si l'autorité concernée ne donne pas suite rapidement à la mise en demeure prévue à l'article 4 alinéa 4 (art. 62 al. 6 LPA).

En l'espèce, le recours pour déni de justice, interjeté par-devant l'autorité compétente (art. 58 al. 1 LPGA), est recevable.

- 3.

3.1 Aux termes de l'art. 29 al. 1 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst. - RS 101), toute personne a droit, dans une procédure judiciaire ou administrative, à ce que sa cause soit traitée équitablement et jugée dans un délai raisonnable.

Le droit de recours de l'art. 56 al. 2 LPGA sert à mettre en œuvre l'interdiction du déni de justice formel prévue par l'art. 29 al. 1 Cst. Le retard injustifié à statuer, également prohibé par l'art. 6 § 1 de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales du 4 novembre 1950 (CEDH - RS 0.101) – qui n'offre à cet égard pas une protection plus étendue que la disposition constitutionnelle (ATF 103 V 190 consid. 2b) –, est une forme particulière du déni de justice formel (ATF 119 Ia 237 consid. 2).

3.2 Il y a retard injustifié à statuer lorsque l'autorité administrative ou judiciaire compétente ne rend pas la décision qu'il lui incombe de prendre dans le délai prévu par la loi ou dans un délai que la nature de l'affaire ainsi que toutes les autres circonstances font apparaître comme raisonnable (ATF 131 V 407 consid. 1.1 et les références). Entre autres critères sont notamment déterminants le degré de complexité de l'affaire, l'enjeu que revêt le litige pour l'intéressé ainsi que le comportement de ce dernier et celui des autorités compétentes mais aussi la difficulté à élucider les questions de fait (expertises, par exemple ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances C 53/01 du 30 avril 2001 consid. 2.2), mais non des circonstances sans rapport avec le litige, telle une surcharge de travail de l'autorité (ATF 130 I 312 consid. 5.2 ; ATF 125 V 188 consid. 2a). À cet égard, il appartient au justiciable d'entreprendre certaines démarches pour inviter l'autorité à faire

diligence, notamment en incitant celle-ci à accélérer la procédure ou en recourant pour retard injustifié. Si on ne peut reprocher à l'autorité quelques « temps morts », celle-ci ne saurait en revanche invoquer une organisation déficiente ou une surcharge structurelle pour justifier la lenteur de la procédure; il appartient en effet à l'État d'organiser ses juridictions de manière à garantir aux citoyens une administration de la justice conforme aux règles (ATF 130 I 312 consid. 5.1 et 5.2 et les références). Dans le cadre d'une appréciation d'ensemble, il faut également tenir compte du fait qu'en matière d'assurances sociales le législateur accorde une importance particulière à une liquidation rapide des procès (ATF 126 V 244 consid. 4a). Peu importe le motif qui est à l'origine du refus de statuer ou du retard injustifié; ce qui est déterminant, c'est le fait que l'autorité n'ait pas agi ou qu'elle ait agi avec retard (ATF 124 V 133 ; ATF 117 Ia 117 consid. 3a et 197 consid. 1c ; arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 819/02 du 23 avril 2003 consid. 2.1 et C 53/01 du 30 avril 2001 consid. 2).

3.3 La sanction du dépassement du délai raisonnable ou adéquat consiste d'abord dans la constatation de la violation du principe de célérité, qui constitue une forme de réparation pour celui qui en est la victime. Cette constatation peut également jouer un rôle sur la répartition des frais et dépens, dans l'optique d'une réparation morale (ATF 130 I 312 consid. 5.3 et 129 V 411 consid. 1.3). Pour le surplus, l'autorité saisie d'un recours pour retard injustifié ne saurait se substituer à l'autorité précédente pour statuer au fond. Elle ne peut qu'inviter l'autorité concernée à statuer à bref délai (ATF 130 V 90). L'art. 69 al. 4 LPA prévoit que si la juridiction administrative admet le recours pour déni de justice ou retard injustifié, elle renvoie l'affaire à l'autorité inférieure en lui donnant des instructions impératives.

4.

4.1 À titre d'exemple, un déni de justice a été admis par la chambre de céans ou antérieurement par le tribunal cantonal des assurances sociales dans un cas où :

- la décision de l'office de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI) était intervenue cinq mois après son arrêt, lequel rétablissait simplement la rente que l'OAI avait supprimée, car aucune instruction complémentaire n'était nécessaire de la part de l'administration, hormis l'envoi d'un formulaire de compensation (ATAS/859/2006 du 2 octobre 2006) ;
- aucune décision formelle n'avait été rendue neuf mois après la demande en ce sens de l'assuré, faute de mesures d'instruction durant six mois (ATAS/711/2015 du 23 septembre 2015) ;
- l'OAI, neuf mois après un jugement lui ordonnant de mettre en place une expertise, n'avait pas encore entrepris de démarches en ce sens (ATAS/430/2005 du 10 mai 2005) ;
- l'OAI avait attendu quatorze mois depuis l'opposition de l'assuré au projet pour mettre en œuvre une expertise multidisciplinaire à laquelle l'assuré avait conclu d'emblée (ATAS/484/2007 du 9 mai 2007) ;

- aucune décision n’avait été rendue dans un délai de plus quinze mois depuis la date du rapport d’expertise, alors que la demande de précision faite au service médical régional (ci-après : SMR) au sujet de la divergence entre celui-ci et l’expert quant à la capacité de travail du recourant aurait pu être formée plus de six mois auparavant et que le SMR n’avait répondu qu’au bout de huit mois (ATAS/788/2018 du 10 septembre 2018) ;
- l’OAI avait ordonné un complément d’expertise 17 mois après avoir obtenu les renseignements des médecins traitants (ATAS/860/2006 du 2 octobre 2006) ;
- une nouvelle décision avait été rendue 18 mois après que la cause ait été renvoyée à l’office à la suite de l’admission partielle du recours (ATAS/62/2007 du 24 janvier 2007) ;
- plus d’un an et demi s’était écoulé depuis le rapport d’expertise en possession de l’OAI sans qu’aucune décision n’intervienne et ce, malgré de nombreuses relances du conseil de l’assurée, même si une évaluation du degré d’invalidité avait eu lieu, de même qu’une enquête économique sur le ménage, car on ne voyait pas quelles difficultés particulières justifiaient encore le report d’une décision une fois l’instruction terminée (ATAS/223/2018 du 8 mars 2018) ;
- un recourant qui était sans nouvelle de l’OAI 21 mois après le dépôt d’une demande de révision (ATAS/860/2006 du 2 octobre 2006) ;
- l’OAI n’avait rendu aucune décision plus de cinq ans après le dépôt de la demande de prestations et avait notamment tardé à instruire le cas par le biais d’une expertise pluridisciplinaire et à demander l’intégration dans la plateforme SuisseMED@P, alors même qu’il connaissait la longueur des délais pour la mise en place d’une telle expertise, le recourant ayant par ailleurs régulièrement pris contact avec l’intimé pour demander des nouvelles de son dossier (ATAS/1116/2013 du 18 novembre 2013).

En revanche, elle a nié l’existence d’un déni de justice dans un cas où :

- la caisse cantonale de compensation n’avait pas rendu de décision un peu plus de quatre mois après l’opposition de l’assuré, soit dans un délai qui ne violait pas le principe de célérité, ce d’autant plus que le cas ne pouvait pas être qualifié de simple (ATAS/1035/2018 du 7 novembre 2018) ;
- la caisse-maladie n’avait pas rendu de décision neuf mois après l’arrêt de renvoi du Tribunal fédéral pour instruction complémentaire afin d’établir le tarif hospitalier du canton de Bâle, dès lors que l’instruction n’était pas terminée et qu’elle n’avait cessé d’interpeller l’Hôpital universitaire de Bâle à ce sujet (ATAS/1502/2012 du 19 décembre 2012) ;
- l’assurance-accidents n’avait pas versé de prestations à la suite d’une rechute annoncée quinze mois auparavant étant donné que les parties avaient échangé des courriers pendant treize mois dans le but d’aboutir à une solution transactionnelle (ATAS/264/2014 du 5 mars 2014).

4.2 De son côté, le Tribunal fédéral a nié l'existence d'un retard injustifié notamment dans les cas où :

- l'OAI n'avait pas rendu de nouvelle décision un peu moins de onze mois après un arrêt de renvoi pour nouveau calcul du montant de la rente. Il a admis que les prétentions en compensation du service social devaient faire l'objet d'une instruction complémentaire et que se posait également une problématique de chevauchement des indemnités journalières avec le droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 241/04 du 15 juin 2006) ;
- il s'était écoulé environ quinze mois entre le moment où l'assurée avait requis la prise en charge de son reclassement professionnel et la décision de la Caisse suisse de compensation. Pendant ce laps de temps, cette autorité avait procédé à une trentaine d'interventions, qui s'étaient échelonnées à un rythme soutenu d'une à plusieurs mesures par mois (envoi de questionnaires, production de pièces, consultation du dossier de l'assurance accident, soumission du cas au médecin-conseil, examen de divers problèmes: capacité résiduelle, comparaison des revenus, éventuel droit à une rente). La cause revêtait en outre une certaine complexité en raison de la nationalité et du domicile de l'assurée ainsi que de l'application d'une convention internationale de sécurité sociale (arrêt du Tribunal fédéral 5A_8/2000 du 6 novembre 2000). Le Tribunal fédéral avait rappelé que l'exigence de célérité ne pouvait l'emporter sur la nécessité d'une instruction complète (ATF 119 Ib 311 consid. 5b). Il avait considéré que, tout au plus, on aurait pu reprocher à la Caisse de compensation d'avoir mené ses investigations de façon peu systématique. Il était ainsi étonnant qu'il ait fallu cinq mois pour constituer un dossier complet à l'intention du médecin-conseil. Une étude préalable et approfondie du cas aurait permis d'éviter les démarches ultérieures en complément d'informations et production de radiographies et, partant, de gagner un certain temps. Ces atermoiements n'avaient cependant, à ce stade, pas retardé de façon intolérable la procédure, ce d'autant plus qu'ils étaient en partie imputables à l'assurée (arrêt du Tribunal fédéral 9C_448/2014 du 4 septembre 2014 consid. 4.2) ;
- il y avait eu un intervalle d'environ 20 mois entre le moment où l'OAI avait été en mesure de statuer, soit dans les semaines qui avaient suivi la réception de l'avis du SMR, jusqu'au dépôt du recours. Il a considéré que l'OAI avait activement mené son instruction, ainsi que cela ressortait des rapports médicaux régulièrement versés au dossier jusqu'au dépôt du recours pour déni de justice et que les investigations mises en œuvre n'apparaissaient pas superflues au point de constituer un déni de justice (arrêt du Tribunal fédéral 9C_448/2014 du 4 septembre 2014).

En revanche, il a admis un déni de justice dans un cas où :

- il s'était écoulé un délai de 24 mois entre la fin de l'échange d'écritures devant la juridiction cantonale et le dépôt du recours pour déni de justice devant le

Tribunal fédéral dans un litige qui avait uniquement pour objet le taux d'invalidité du recourant et où celui-ci avait circonscrit son argumentation à deux questions ne présentant pas de difficultés particulières (arrêt 8C_613/2009 du 22 février 2010) ;

- un tribunal cantonal avait laissé s'écouler 25 mois entre la fin de l'échange d'écritures et le dépôt du recours pour déni de justice devant le Tribunal fédéral, respectivement plus de trois ans depuis le dépôt du recours cantonal, dans une affaire sans difficultés excessives en matière d'assurance-accidents (arrêt du Tribunal fédéral 8C_176/2011 du 20 avril 2011) ;
- une cause était pendante depuis 33 mois et en état d'être jugée depuis 27 mois (ATF 125 V 373).

4.3 La chambre de céans a admis que l'introduction d'un mandat dans la plateforme SuisseMED@P dans un délai de quatre mois après la notification d'un arrêt de renvoi – en dehors de toute complexité de l'affaire – constitue un retard injustifié dès lors que plusieurs dénis de justice avaient déjà été constatés sur une période de trois ans (ATAS/942/2014 du 27 août 2014).

En revanche, elle a considéré que le délai de douze semaines entre la rédaction de l'avis du SMR et l'inscription effective de l'intéressé sur la plateforme informatique SuisseMED@P peut apparaître comme long mais n'est pas excessif (ATAS/93/2018 du 6 février 2018). Le Tribunal fédéral a confirmé que dans un tel cas, il n'y a pas de déni de justice (arrêt du Tribunal fédéral 9C_230/2018 du 4 juin 2018 consid. 3.3).

La chambre de céans a également nié l'existence d'un déni de justice dans un cas où aucune décision quant au centre d'expertise désigné n'était encore intervenue dix mois après que l'OAI ait informé l'assurée de la mise en œuvre d'une expertise médicale pluridisciplinaire car l'introduction du mandat dans le système SuisseMED@P avait été effectué moins de dix jours après la communication à la recourante. Si un délai de près d'une année pour l'attribution d'un mandat par le biais de cette plateforme apparaissait excessif, ce retard n'était pas imputable à l'intimé (ATAS/237/2014 du 26 février 2014).

- 5.** En l'espèce, la recourante reproche au SPC d'avoir refusé de lui payer la totalité des frais en lien avec son assurance-maladie, tout en mentionnant que « pour toute réponse ils [le SPC] m'ont renvoyé pour la 2^{ème} fois leur décision de paiements qui ne couvre pas les frais que je réclame ».

5.1 Il ressort de ce qui précède, que la recourante ne se plaint pas de déni de justice, car elle a reçu des décisions de paiement, mais conteste le fait de n'avoir pas été remboursée intégralement, à hauteur des demandes de remboursement qu'elle a adressées au SPC.

Il ne s'agit donc pas d'un cas de déni de justice mais bien plutôt d'un cas de prétendue erreur, dans le montant devant lui être remboursé par le SPC.

Cela est confirmé dans la réplique de la recourante, datée du 19 février 2024, cette dernière listant un certain nombre de paiements qu'elle a reçus du SPC mais se plaignant du fait qu'elle n'arrive pas à relier ces paiements avec les « décomptes non payés à ce jour ».

Il s'ensuit que la recourante a obtenu des décisions de remboursement et que des sommes lui ont été versées par le SPC en remboursement de ses demandes mais qu'elle ne parvient pas à établir le lien entre les sommes versées et les demandes de remboursement qu'elle a adressées au SPC.

Dans le cadre de l'examen d'un déni de justice, il n'appartient pas à la chambre de céans d'examiner la corrélation entre les demandes de remboursement de la recourante et les versements effectués par le SPC.

Le cadre d'une action en déni de justice est clairement circonscrit par la loi et la jurisprudence ; il s'agit de déterminer si la recourante a fait l'objet, dans un délai raisonnable, d'une décision de la part de l'autorité.

5.2 Selon les pièces fournies par la recourante, cette dernière a reçu, de la part du SPC, les décisions de remboursement de frais de maladie suivantes :

- décision du 15 juin 2023, pour une participation de CHF 114.20
- décision du 8 novembre 2022, pour une participation de CHF 49.20
- décision du 16 septembre 2022, pour une participation de CHF 71.40
- décision du 27 juillet 2022, pour une participation de CHF 249.60
- décision du 11 juillet 2022, pour une participation de CHF 345.25

Compte tenu de ces éléments, il est établi au degré de la vraisemblance prépondérante, que le SPC a rendu des décisions de remboursement des frais de maladie, pour l'année 2022, contrairement à ce qu'allègue la recourante.

Cette dernière n'a pas été en mesure de produire une demande de remboursement qui n'aurait pas fait l'objet d'une décision de la part du SPC, pour l'année 2022.

5.3 S'agissant du grief concernant le manque de clarté du SPC quant aux prestations de remboursement, il sied de constater que, contrairement à ce qu'allègue la recourante, chacune des « décisions de frais de maladie » rendue par le SPC comprend, au verso, un récapitulatif des frais enregistrés, ce qui permet, sur la base du montant présenté par l'assurée et du montant total remboursé, qui sont tous les deux mentionnés dans le récapitulatif, d'établir le lien entre le montant de la demande de remboursement de la recourante et le montant du remboursement effectué par le SPC.

La recourante ne peut pas demander que chacun des montants dont elle demande le remboursement fasse, individuellement, l'objet d'une décision, ce qui aurait pour effet d'augmenter de façon disproportionnée les frais de traitement du SPC. Ce dernier rend donc régulièrement des décisions, qui peuvent concerner plusieurs

demandes de remboursement additionnées. Ainsi, au moment de la réception du paiement sur son compte bancaire, la recourante peut établir le lien entre le montant versé et celui mentionné dans la décision de frais de maladie, puis, pour le détail, se référer au récapitulatif figurant au verso de la décision de frais de maladie ; elle peut ainsi comparer les montants effectivement remboursés, avec les décomptes de frais dont elle a demandé le remboursement.

6. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté.
7. Pour le surplus, en l'absence de loi spéciale prévoyant des frais judiciaires, la procédure est gratuite (art. 61 let. fbis LPGA).

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
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 ; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

Le président

Isabelle CASTILLO

Philippe KNUPFER

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