



POUVOIR JUDICIAIRE

A/1464/2002

ATAS/189/2004

ARRÊT

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

du 30 mars 2004

6^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur S_____, comparant par FORUM SANTE en les
bureaux duquel il élit domicile recourant

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, Rue de
Lyon 97, Genève intimé

**Siégeant : Madame Doris WANGELER, Présidente, Mesdames Juliana BALDE et
Isabelle DUBOIS, Juges.**

EN FAIT

1. Monsieur S _____, né en 1963 et ressortissant suisse depuis 1997 par naturalisation, est arrivé en Suisse en mars 1988 en tant que requérant d'asile irakien.
2. Durant les années qui ont suivi, celui-ci a exercé diverses activités pour plusieurs employeurs, dont la société X _____, pour laquelle il était manutentionnaire durant les années 1990 et 1991.
3. Souffrant d'une luxation récidivante de l'épaule droite à la suite d'un accident du travail, l'assuré a été opéré le 30 mai 1991. L'opération s'est bien déroulée et l'assuré a pu reprendre le travail sans restriction quelques mois plus tard.
4. Dès le 13 novembre 1997, l'intéressé a été engagé en tant que manœuvre par l'entreprise Y _____ SA et a été victime d'un accident du travail le 24 mai 1998 : croyant que les freins du camion ne fonctionnaient plus, l'assuré a pris peur et a sauté du camion.
5. Après cet accident, l'assuré n'a jamais repris le travail.
6. Du 21 au 28 octobre 1998, l'assuré a été envoyé à la Clinique de réhabilitation de Bellikon de l'assurance-accidents de la CNA, laquelle a posé un diagnostic de périarthrite scapulo-humérale droite. Dans le cadre d'une évaluation professionnelle, les médecins de la clinique ont relevé que le patient faisait preuve d'une motivation et d'une coopération insuffisantes au cours des traitements, d'une indiscipline pendant l'entraînement ; il ne semblait pas être intéressé par une réinsertion et son comportement au travail laissait à désirer. Il n'était pas réaliste que le patient reprenne son ancien travail pénible, mais il était possible d'envisager un travail essentiellement léger, à plein temps.
7. Le 2 novembre 1998, l'assuré a déposé une demande de prestations d'assurance-invalidité auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OCAI), dans le but d'obtenir une rente.
8. Dans un rapport médical à l'attention de l'assurance-invalidité reçu par l'OCAI le 20 novembre 1998, les médecins de la Clinique de Bellikon ont confirmé leur diagnostic et précisé que des mesures professionnelles étaient indiquées et qu'elles pouvaient être réalisées immédiatement.
9. Le 17 avril 2000, le Dr A _____ du Service universitaire de chirurgie plastique et reconstructive de la Clinique chirurgicale et permanence de

Longeraie, a réalisé une expertise de l'assuré pour le compte de la Caisse nationale suisse en cas d'accidents (ci-après : CNA). Les examens réalisés dans le cadre de l'expertise ont démontré que la coiffe des rotateurs était intacte, y compris le tendon sus-épineux. Le diagnostic posé faisait état d'un conflit sous-acromial résiduel sur tendinopathie du sus-épineux après contusion de l'épaule droite et d'un status après cure de luxation récidivante de l'épaule droite, d'une persistance d'une discrète hypermobilité résiduelle et d'un remaniement du rebord glénoïdien antéro-inférieur. Il s'agissait essentiellement de plaintes subjectives apparaissant lors des différents tests réalisés, qui n'avaient aucun corollaire objectif. Le Dr A _____ précisait que le patient n'était pas crédible lorsqu'il affirmait que son épaule était douloureuse au point de lui interdire toute activité professionnelle, même la plus légère. Même en retenant un manque de force et des douleurs, la capacité de travail dans une activité légère serait complète.

10. Dans un rapport du 2 juin 2000, le Dr B _____, médecin traitant de l'assuré, a indiqué que son patient était totalement incapable de travailler depuis le 29 avril 1998 en raison du status après l'opération de l'épaule droite, de la contusion de cette même épaule et de périarthrite scapulo-humérale, mais que des mesures professionnelles étaient préconisées. Il était notamment possible d'envisager une pleine capacité de travail dans un emploi de magasinier ou dans un emploi similaire.
11. L'assuré a perçu des indemnités journalières de la part de la CNA jusqu'au 31 décembre 2000.
12. Le 29 janvier 2001, le Dr C _____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, a rendu une expertise de l'assuré pour le compte de l'assurance LA GENEVOISE, assurance-maladie perte de gain de l'employeur. L'incapacité totale de travailler dans son activité antérieure était confirmée et ce médecin préconisait une prise en charge de ce cas par l'assurance-invalidité afin d'évaluer la possibilité d'une reconversion professionnelle.
13. Le 9 février 2001, la division de réadaptation professionnelle de l'OCAI a rendu un rapport concluant qu'un stage d'observation dans un centre spécialisé devait être mis en place.
14. Ce stage a eu lieu du 26 mars au 24 juin 2001 et a conclu à la possibilité de réadapter l'assuré dans le circuit économique normal à plein temps dans une activité simple, légère et ménageant le membre supérieur droit avec un rendement de travail de 75%. Cette évaluation était théorique, car l'intéressé n'entrait pas dans une démarche de reclassement, estimant qu'il n'était plus en mesure de travailler et ne respectant que difficilement les règles générales dictées par

l'établissement. Un désintérêt et un important manque de motivation pour un reclassement professionnel étaient également démontrés par l'assuré.

15. Le 13 novembre 2001, la division de réadaptation professionnelle a rendu un nouveau rapport basé sur le stage d'observation professionnelle, concluant à une invalidité de 36% au maximum. Elle proposait à l'OCAI de refuser la rente.
16. Par décision du 14 décembre 2001, l'OCAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré, motif pris qu'une perte de gain sise entre 27% et 36% n'ouvrait pas le droit à une rente.
17. Par courrier du 8 janvier 2002 adressé à l'OCAI, l'assuré a recouru contre cette décision.
18. Le 14 janvier 2002, l'intéressé a fait parvenir à la Commission cantonale de recours en matière d'assurance-invalidité un acte de recours contre la décision du 14 décembre 2001, concluant à son annulation. Il indiquait être en désaccord avec les constatations concernant son état de santé et les conséquences de ce dernier sur sa capacité de travail. Pour le surplus, il contestait le gain hypothétique que l'OCAI avait retenu le concernant et concluait à l'octroi d'une demi-rente au moins.
19. Par préavis du 9 avril 2002, l'OCAI a conclu au rejet du recours, renvoyant pour le surplus aux termes de la décision attaquée.
20. Dans sa réplique du 6 juin 2002, le recourant a produit un certificat médical du 28 mai 2002 du Dr D_____, lequel diagnostiquait des douleurs chroniques de l'épaule droite ainsi que des troubles dépressifs réactionnels. La capacité de travail était évaluée à 30% par ce médecin. Pour le surplus, le recourant a contesté le calcul du taux d'invalidité réalisé par l'OCAI.
21. Le 7 août 2002, l'OCAI a persisté dans ses conclusions, indiquant que l'avis du Dr D_____ ne remettait pas en cause son appréciation du cas et que le calcul réalisé était conforme aux prescriptions en la matière. Les limitations de l'assuré avaient été prises en compte et le rapport de stage OSER était parfaitement motivé. L'OCAI a également produit une note de la technicienne en réadaptation professionnelle qui répondait aux points soulevés par le recourant.
22. Le recourant ayant persisté dans ses conclusions par courrier du 30 septembre 2003, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. La Loi genevoise sur l'organisation judiciaire du 22 novembre 1941 (ci-après LOJ) a été modifiée et un Tribunal cantonal des assurances sociales a été institué dès le 1^{er} août 2003 (cf. art. 1 let. r). Conformément à l'art. 3 al. 3 des dispositions transitoires de la loi du 14 novembre 2002 modifiant la LOJ, les causes introduites avant l'entrée en vigueur de la loi précitée et pendantes devant la Commission cantonale de recours en matière d'assurance-invalidité ont été transmises d'office au Tribunal cantonal des assurances sociales. La compétence du Tribunal de céans est dès lors établie pour connaître du présent litige.
2. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (ci-après LPGA) est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, entraînant de nombreuses modifications dans le domaine de l'assurance-invalidité. Le cas d'espèce demeure toutefois régi par les dispositions en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002, eu égard au principe selon lequel le juge des assurances sociales n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 127 V 467, consid. 1 ; 121 V 386, consid. 1b ; cf. également dispositions transitoires, art. 82 al. 1 LPGA). Le présent litige sera en conséquence examiné à la lumière des dispositions de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (ci-après aLAI) et du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (ci-après aRAI) en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002.
3. Déposé dans les formes et délai imposés par la loi, le présent recours est recevable à la forme, en vertu des art. 69 aLAI et 84 de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants du 20 décembre 1946 (ci-après aLAVS).
4. L'invalidité est définie par la loi comme la diminution de la capacité de gain, présumée permanente ou de longue durée, qui résulte d'une atteinte à la santé physique, ou mentale provenant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 aLAI).

Le droit à la rente est déterminé par l'art. 28 al. 1^{er} aLAI qui dispose que l'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins.

La rente est entière pour une invalidité de 66 2/3% au moins, elle est d'une demie pour une invalidité de 50% au moins et d'un quart pour une invalidité de 40% au moins.

Dans le cadre de l'évaluation de l'invalidité, la tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles

activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4 ; 115 V 134 consid. 2 ; 114 V 314 consid. 3c ; 105 V 15). Le droit fédéral ne fixe aucune prescription sur la manière d'apprécier les moyens de preuve, le principe de la libre appréciation des preuves s'appliquant en matière de procédure administrative.

Selon ce principe, les organismes d'assurance et les juges apprécient librement les preuves, ce qui signifie, s'agissant de la procédure de recours, que le juge des assurances sociales doit examiner objectivement tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les pièces à sa disposition permettent de porter un jugement sur le droit litigieux. S'il se trouve en présence de rapports médicaux contradictoires, il ne peut pas liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble du matériel probatoire et indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une thèse médicale et non pas sur une autre (VSI 1997 p. 319).

5. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est 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 du contexte médical soit claire et que les conclusions du médecin soient bien motivées (ATF 125 V 352 consid. 3a; ATF 122 V 160 consid. 1c et les références).

Selon la jurisprudence, en principe, le juge ne s'écarte pas sans motif impératif des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 118 V 290 consid. 1b; ATF 112 V 32 ss. et les références).

Lorsqu'il apprécie 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).

Le présent litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité, en fonction de son taux d'invalidité, ce dernier soutenant avoir droit à une demi-rente de l'assurance-invalidité, principalement sur la base du rapport du Dr D_____.

6. En l'espèce, le dossier contient plusieurs avis médicaux concernant l'état de santé de l'assuré et tous les médecins consultés ont relevé qu'il n'était plus possible d'exiger de lui un travail de force identique à celui exercé avant la survenance de l'atteinte à la santé, ce qui a été expressément admis par l'OCAI.

Cependant, tous les médecins à l'exception du Dr D_____ ont affirmé qu'il était possible de réinsérer professionnellement l'assuré.

Les Dr E_____ et F_____ de la Clinique de Bellikon ont souligné après des examens complets et plusieurs séances avec le patient qu'un travail essentiellement léger à plein temps pouvait être envisagé.

Le Dr B_____, qui a également vu de nombreuses fois le patient, a affirmé en juin 2000 qu'une reconversion professionnelle en tant que magasinier à plein temps ou une profession similaire devait être envisagée.

Par ailleurs, dans le cadre d'une expertise menée pour le compte de la CNA, le Dr A_____ a lui aussi retenu une capacité de travail complète dans une activité légère. Il a procédé à un examen clinique de l'état de santé de l'assuré et s'est également appuyé sur l'entier de son dossier médical, notamment les certificats des médecins ayant examiné le patient auparavant, de sorte qu'on ne peut que constater que son rapport se base sur un dossier bien étayé. Une anamnèse a été réalisée et le patient a été entendu. Le rapport est circonstancié et ses conclusions sont claires. L'état de santé du recourant a fait l'objet d'examens approfondis et l'on ne saurait attendre de nouvelles investigations médicales de nouveaux éléments qui pourraient modifier tant soit peu les résultats acquis. L'expertise médicale répondant tout à fait aux exigences posées par la jurisprudence, il convient dès lors de lui accorder pleine force probante.

Enfin, le Dr D_____, a déclaré en mai 2002 que la présence d'une douleur chronique lors d'une activité légère justifiait une limitation à 70%.

En ce qui concerne le rapport du Dr D_____, force est de constater qu'il est succinct et peu motivé, se contentant de poser des conclusions et de contester

certain points du dossier sans justifier d'un examen médical complet répondant aux exigences de la jurisprudence. S'agissant d'un rapport du médecin traitant, l'appréciation de ce dernier ne saurait faire modifier les avis concordants et motivés exprimés par les autres médecins ayant examiné le recourant avant lui, cela d'autant moins que son rapport ne répond pas aux exigences posées par la jurisprudence du Tribunal fédéral pour lui accorder pleine force probante.

Il y a donc lieu de retenir, en se basant notamment sur les conclusions de l'expertise du Dr A _____, que l'assuré dispose d'une pleine capacité résiduelle de travail dans une activité légère, ce qui confirme l'avis des médecins ayant examiné le recourant, à l'exception du Dr D _____.

7. Pour le surplus, le recourant a été soumis à un stage OSER, afin de déterminer sa capacité résiduelle de travail.

Le rapport OSER rédigé à l'issue de ce stage met en évidence une capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée après une phase de réentraînement progressive.

Les responsables de la réadaptation ont considéré que si le recourant ne pouvait plus exercer des travaux de force, il n'en possédait pas moins une pleine capacité de travail dans une activité simple, légère et ménageant le membre supérieur droit avec un rendement raisonnablement exigible de 75%.

En effet, ainsi que l'a relevé l'OCAI, le rendement maximal directement mesurable obtenu par l'assuré sur une journée entière a été de 55%, alors que celui-ci faisait à ce moment-là tout ce qui était en son pouvoir pour démontrer son incapacité et son inefficacité.

Lors du stage en atelier, l'assuré a produit des rendements compris entre 30 et 75%, malgré une opposition totale au stage et un engagement extrêmement faible. A l'issue de ce stage, les maîtres en réadaptation ont conclu que l'assuré était capable de travailler dans un emploi simple et léger.

Dès lors, il est pleinement justifié de lui reconnaître une entière capacité résiduelle de travail avec un rendement de 75% dans une activité adaptée.

Ce rapport OSER corrobore en outre l'appréciation de l'ensemble des médecins et de l'expert, à l'exception du Dr D _____, lesquels ont relevé que l'assuré serait capable de travailler à plein temps dans une activité adaptée, sans toutefois préciser qu'il n'aurait pas un rendement optimal.

On retiendra donc sur la base de ce stage d'observation professionnelle que le recourant est capable d'exercer une activité à plein temps dans un emploi léger ménageant le membre supérieur gauche avec un rendement de 75%.

8. Il s'agit maintenant de déterminer la capacité de gain du recourant.

Selon l'art. 28 al. 2 aLAI, pour l'évaluation de l'invalidité, le revenu du travail que l'invalidé pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail, est comparé au revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide.

La comparaison doit en règle générale se faire de telle manière que les deux revenus hypothétiques soient chiffrés le plus exactement possible et mis en parallèle, leur différence permettant de déterminer le degré d'invalidité. Si leur montant ne peut être déterminé avec précision, il conviendra de les évaluer selon les éléments connus dans le cas particulier et de comparer entre elles les valeurs approximatives ainsi retenues (VSI 2000 p. 84 ; VSI 2000 p. 316).

Dans le cas qui nous occupe, la méthode générale de comparaison des revenus pourra être utilisée, s'agissant d'un assuré ayant dû interrompre ou cesser son activité lucrative pour cause de maladie ou d'accident et qui, sans handicap, continuerait à exercer une activité lucrative.

S'agissant du revenu sans invalidité, il ressort du dossier qu'au moment où le recourant a arrêté son activité professionnelle, il était employé chez Y_____ SA en tant que manœuvre pour un salaire de 3790 fr. par mois en 1998.

Réactualisé pour l'année 2001, date de la décision litigieuse, par le biais des indices nominaux (catégorie ouvriers adultes ; 1998 = 1968 et 2001 = 2042), ce montant est porté à 4'119 fr., ce qui correspond par ailleurs aux renseignements obtenus par l'OCAI (4'100 fr.).

Ainsi, le revenu sans invalidité de l'assuré s'élève à 49'428 fr. en 2001.

Quant au revenu d'invalidé, selon la jurisprudence, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé - soit lorsque l'assuré, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité ou alors aucune activité adaptée, normalement exigible -, le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base des statistiques sur les salaires moyens (RCC 1991 p. 332 ss. consid. 3). Dans ce cas, la jurisprudence considère que certains empêchements propres à la personne de l'invalidé exigent que l'on réduise le montant des salaires ressortant des

statistiques. Toutefois, de telles déductions ne doivent pas être effectuées de manière schématique, mais tenir compte de l'ensemble des circonstances du cas particulier, et cela dans le but de déterminer, à partir de données statistiques, un revenu d'invalidé qui représente au mieux la mise en valeur économique exigible des activités compatibles avec la capacité de travail résiduelle de l'intéressé. Une déduction ne doit pas être opérée automatiquement, mais seulement lorsqu'il existe des indices qu'en raison d'un ou de plusieurs facteurs, l'assuré ne peut mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail sur le marché du travail qu'avec un résultat économique inférieur à la moyenne. Par ailleurs, il n'y a pas lieu de procéder à des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération comme les limitations liées au handicap, l'âge, les années de service, la nationalité ou la catégorie de permis de séjour, ou encore le taux d'occupation. Il faut bien plutôt procéder à une évaluation globale, dans les limites du pouvoir d'appréciation, des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. Enfin, on ne peut procéder à une déduction globale supérieure à 25 %. L'administration doit motiver brièvement la déduction opérée. Quant au juge, il ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration (ATF 126 V 75).

En l'occurrence, le salaire statistique de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le domaine de la production dans le secteur privé en 2001, à savoir 4'712 fr. par mois (Enquête suisse sur la structure des salaires 2000, tableau TA1; niveau de qualification 4, réactualisé pour 2001 par les indices nominaux). Au regard du large éventail d'activités simples et répétitives que recouvrent les secteurs de la production et des services, on doit en effet convenir que bon nombre d'entre elles sont légères et ne requièrent pas de port de charges, et sont donc adaptées à l'état de santé du recourant. Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises (41,8 heures; La Vie économique, 3/2001, p. 100, tableau B 9.2), ce montant doit être portée à 4'924 fr. ($4'712 \times 41,8 : 40$), ce qui donne un salaire annuel de 59'088 fr., diminué à 44'316 fr. compte tenu d'un rendement de 75%.

Pour le surplus, il n'y a pas lieu de procéder à une déduction sur ce montant, au vu des éléments figurant au dossier. En effet, les médecins consultés n'ont pas précisé que le recourant n'aurait pas un rendement optimal en ce qui concerne sa capacité de travail résiduelle. Malgré cela, le rapport du Centre d'Intégration Professionnelle (CIP) retient tout de même un rendement de 75% afin de tenir compte des limitations dues à l'état de santé du recourant.

Compte tenu du fait que le recourant est de nationalité suisse et qu'il est jeune, il n'est pas possible de procéder à une déduction supplémentaire, une déduction maximale de 25% de rendement ayant déjà été effectuée par le CIP.

Il en résulte donc un revenu d'invalidité de 44'316 fr.

Si on compare ce montant avec le revenu sans invalidité ($[49'428 - 44'316] : 49'428 \times 100$), on obtient un degré d'invalidité de 10,3 %, n'ouvrant pas le droit à une rente.

Au vu de ce qui précède, le recours est rejeté.

* * *

**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. Le rejette.
3. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par pli recommandé adressé au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE, en trois exemplaires. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire doit : a) indiquer exactement quelle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée; b) exposer pour quels motifs il estime pouvoir demander cette autre décision; c) porter sa signature ou celle de son représentant. Si le mémoire ne contient pas les trois éléments énumérés sous lettres a) b) et c) ci-dessus, le Tribunal fédéral des assurances ne pourra pas entrer en matière sur le recours qu'il devra déclarer irrecevable. Le mémoire de recours mentionnera encore les moyens de preuve, qui seront joints, ainsi que la décision attaquée et l'enveloppe dans laquelle elle a été expédiée au recourant (art. 132, 106 et 108 OJ).

La greffière :

Nancy BISIN

La Présidente :

Doris WANGELER

Le secrétaire-juriste : Marius HAEMMIG

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