RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2418/2006 **ATAS/877/2006**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 1

du 3 octobre 2006

En la cause

Monsieur G_____, domicilié , GENEVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Van LOON J. Potter	recourant
contre	
OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue de Lyon 97 à GENEVE	intimé

Siégeant : Doris WANGELER, Présidente; Isabelle DUBOIS et Maya CRAMER, Juges

EN FAIT

1. Monsieur G_____, né le 1953, d'origine espagnole, en Suisse depuis avril 1972, exerçant la profession de poseur de chapes de béton, souffre d'une hypoacousie bilatérale progressive avec une perte auditive de 70% à gauche et de 62% à droite et s'est vu accorder par l'AI la prise en charge d'appareils acoustiques.

2. Il a déposé le 3 février 2003 une demande auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après l'OCAI) visant à l'octroi d'une rente. Son médecin traitant, le Dr A_____, spécialiste FMH en médecin interne, a, dans un rapport du 23 février 2003, indiqué que son patient était incapable de travailler à 100% depuis le 14 décembre 2001. Il a posé les diagnostics de rectocolite ulcéro-hémorragique (RCUH) avec atteinte digestive et articulaire en outre de l'hypoacousie droite appareillée depuis environ cinq ans. Le médecin a précisé qu'il ne pouvait plus effectuer de travaux de force dans le bâtiment, qu'il pourrait en revanche exercer l'activité de contremaître, soit un travail léger sans port de charges, à 50-80%.

   Le 26 février 2003, le Dr A_____ a complété son rapport à l'attention de l'OCAI en ces termes : "je l'ai connu en 1995 pour des fissures anales et pour des lombalgies qui étaient les premiers symptômes d'une rectocolite ulcéro-hémorragique. En effet le patient a développé en 1997 des douleurs sacro-iliaques puis en 1999 des diarrhées sanglantes. Une rectosigmoïdoscopie a permis de poser le diagnostic de rectocolite et le patient a été mis au bénéfice de Prednisone®, Salazopyrine®et Vioxx®. Après plusieurs poussées, il a été mis sous un traitement chronique d'Asacol®, Vioxx® et Prédnisone® en cas de poussées trop importantes. Après un arrêt de travail de près d'une année, nous avons tenté une reprise de travail le 6 janvier 2003 qui s'est révélée être un échec avec un nouvel arrêt de travail trois semaines plus tard. (…). En théorie, un travail plus léger comme contremaître par exemple devrait être possible mais il reste à évaluer si ses capacités intellectuelles et son hypoacousie ne l'handicapent pas trop dans cette perspective professionnelle que je vous laisse évaluer au plus proche de votre convenance".

3. L'OCAI a confié au Dr B_____, spécialiste FMH en rhumatologie, un mandat d'expertise. Un rapport a ainsi été établi le 11 juin 2004 par ce médecin. Le Dr B_____ a relevé que l'assuré souffrait de douleurs diffuses du système locomoteur, à prédominance du rachis lombaire bas. Constatant qu'il n'y avait pas à l'examen clinique d'élément en faveur d'un syndrome lombo-vertébral et que le bilan d'imagerie réalisé en 2002 ne révélait que de très discrets troubles dégénératifs au niveau du rachis lombaire, il a ainsi retenu un diagnostic d'un syndrome douloureux chronique ressemblant à une fibromyalgie. Selon lui, l'anamnèse, l'examen clinique et les examens radiologiques parlent en défaveur du diagnostic d'atteinte articulaire associée à sa RCUH. Pour le reste, l'assuré présente

une rectocolite ulcéro-hémorragique traitée avec succès par Asacol et n'amenant actuellement aucune symptomatologie digestive.

En conclusion, le Dr B_____ a considéré que l'assuré était limité dans les activités lourdes telles que celle qu'il a exercée dans le bâtiment jusqu'à maintenant, et ne présentait pas de limitation fonctionnelle mais un tableau de douleurs relativement diffuses évocateurs d'une fibromyalgie. Selon lui, l'assuré est ainsi parfaitement apte à reprendre une activité professionnelle à temps plein pour peu que celle-ci n'implique pas de port de charges lourdes et répétées, de positions statiques prolongées, qu'elles soient assise ou debout. Il indique que l'activité exercée jusqu'ici est exigible avec une diminution de rendement de 25 à 30% environ, et que l'incapacité de travail de 20% au moins existe depuis 2001. Il ajoute que des mesures de réadaptation professionnelle sont envisageables dès maintenant, qu'elles se heurtent toutefois au faible degré de scolarité du patient ainsi qu'à son hypoacousie.

4. Le Dr C_____ du Service médical régional AI (ci-après SMR Léman) a, dans une note du 14 juillet 2004, souligné que selon le Dr B_____ le diagnostic d'un rhumatisme inflammatoire associé à la RCUH devait être écarté, que seul subsistait celui de syndrome douloureux chronique évoquant une fibromyalgie. Selon lui, la diminution de rendement de 25 à 30% évaluée par le Dr B_____ peut être mise sur le compte du déconditionnement musculaire dû à l'inactivité prolongée, d'une fragilité lombaire due au discret trouble dégénératif et du caractère apparemment pénible du métier de chapeur, malgré l'absence de limitations fonctionnelles objectives à l'examen clinique.

5. L'OCAI a mis l'assuré au bénéfice d'une mesure d'instruction sous forme d'un stage dans le cadre du Centre d'observation professionnelle AI (ci-après COPAI) du 18 avril au 15 mai 2005. Du rapport de réadaptation réalisé le 12 avril 2005, il ressort que l'assuré s'est montré très plaintif estimant que son état de santé ne s'améliorait pas. Vu le salaire de l'assuré relativement élevé et vu sa prise de position à l'opposé de celle du SMR Léman, il a été proposé un stage COPAI.

   Il est relevé qu'en raison de ses problèmes de santé il avait déjà bénéficié d'un changement d'activité professionnelle à l'intérieur de la même entreprise au cours de l'année 1995, date à laquelle il était devenu poseur de chapes.

6. Selon le rapport du COPAI réalisé le 1er juin 2005, l'assuré pourrait être réadapté dans une activité manuelle légère, telle qu'ouvrier à l'établi ou employé en conditionnement léger. Compte tenu des atteintes à la santé, les emplois envisagés devraient permettre une certaine mobilité (déplacements et alternances des positions de travail) et le port de charges serait à éviter. Après une période de remise au travail progressif sous la forme d'une préparation à une activité légère de type industriel, un rendement de 80% sera exigible sur un plein temps. Le COPAI a

en effet considéré qu'une pleine capacité de travail n'était pas envisageable et devait être pondérée dans le cas de cet assuré, au vu des limitations relevées durant l'observation (pas de port de charge, besoin d'alternance des positions de travail). L'ancien métier de l'assuré n'est plus adapté (poseur de chapes) en raison de la pénibilité de ce type d'activité. Il est noté que l'assuré n'est pas dans une dynamique de reclassement professionnel et bien qu'il ait été constaté un certain engagement dans les activités d'atelier, il se plaint continuellement et reste sur ses positions quant à une éventuelle reprise d'activité.

Le Dr D_____, spécialiste FMH en médecin interne, a confirmé cette appréciation dans une note du 25 mai 2005.

Un rapport final de réadaptation professionnelle a été établi le 20 juin 2005 proposant l'octroi d'un quart de rente ainsi qu'une aide au placement afin de faciliter la réinsertion professionnelle de l'assuré.

7. L'OCAI a procédé à la comparaison des revenus compte tenu d'un temps de travail raisonnablement exigé de 100%, mais avec une réduction de 20% (activité légère seule possible, limitations fonctionnelles, âge et années de service, nationalité et permis) et a obtenu un degré d'invalidité de 44%. Il s'est fondé sur le salaire qu'aurait réalisé l'assuré sans invalidité dans son activité de poseur de chapes de béton, soit 81'368 fr., et sur le salaire 2002 pour une activité raisonnablement exigible selon les données de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), soit 57'008 fr.

8. Par décision du 25 octobre 2005, l'OCAI a informé l'assuré qu'il avait droit à un quart de rente dès le 1er décembre 2002 assorti de rentes complémentaires pour conjoint et enfant.

9. L'assuré, représenté par Maître J. Potter VAN LOON, a formé opposition le 27 octobre 2005.

10. L'assuré a complété son opposition le 29 novembre 2005. Il a contesté le calcul auquel a procédé l'OCAI, dans la mesure où celui-ci avait ignoré la baisse de rendement admise par le COPAI, et a souligné qu'il s'était certes montré plaintif mais qu'il avait néanmoins effectué à satisfaction le travail demandé par les maîtres d'atelier dans le cadre du stage d'observation professionnelle.

11. Par décision du 26 mai 2006, l'OCAI a rejeté l'opposition. Il a considéré que le rendement de 80% que le COPAI proposait d'admettre ne pouvait être retenu dès lors qu'il ne trouvait aucune justification sur le plan médical, étant rappelé à cet égard que l'expert en rhumatologie n'avait lui-même relevé aucune limitation fonctionnelle objective lors de son examen clinique. Il apparaissait bien plutôt que la baisse de rendement constatée lors du stage était due à l'état d'esprit négatif dans lequel se trouvait l'assuré.

12. Celui-ci a interjeté recours le 29 juin 2006 contre ladite décision sur opposition. Il estime qu'il est contradictoire de lui reconnaître une capacité résiduelle dans son ancienne activité de poseur de chapes tout en admettant que les activités impliquant le port de charges lourdes et répétées ne sont plus exigibles. Cette contradiction est, à son avis, de nature à susciter des doutes quant à la valeur probante des conclusions médicales du Dr B_____. Il conclut à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité à compter du 1er décembre 2002.

13. Dans sa réponse du 24 juillet 2006, l'OCAI a conclu au rejet du recours. Ce courrier a été transmis à l'assuré et la cause 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. 56 V al. 1 let. A ch. 2 LOJ, le Tribunal de céans connaît en instance unique des contestations prévues par 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 fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI).

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

3. La LPGA est entrée en vigueur le 1er 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).

4. Déposé dans les forme et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 60 LPGA).

5. Le litige porte sur la question de savoir si l'assuré peut prétendre à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité.

6. Aux termes de l'art. 4 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002, l'invalidité est 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. Le contenu de cette disposition a été repris par l'art. 8 LPGA.

   Il y a lieu de préciser que 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).

   Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 LAI (en liaison avec l'art. 8 LPGA). On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).

   Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'est est invalide à 70% au moins.

7. La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, soit aussi de troubles somatoformes douloureux persistants, suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 398 ss. consid. 5.3 et consid. 6). Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de

différents critères. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques, d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 352). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (MEYER-BLASER, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, in: Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gall 2003, p. 77).

Si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (voir KOPP/WILLI/KLIPSTEIN, Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten, in: Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1997, p. 1434, avec référence à une étude approfondie de Winckler et Foerster; voir sur l'ensemble du sujet ATF 131 V 49 consid. 1.2.).

Il sied par ailleurs de relever que la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances assimile la fibromyalgie au trouble somatoforme douloureux, (ATF 132 V 65).

8. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu 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).

Le juge des assurances sociales 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. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider 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. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, 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 du médecin 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 et les références; 122 V 160 consid. 1c et les références).

En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, a fortiori judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice ou de l'administration afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contienne des contradictions, ou qu'une sur expertise 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 125 V 352 consid. 3b/aa et les références).

Selon la jurisprudence du TFA, le médecin traitant a un mandat de soins. Il est dans une position particulière, en raison de la confiance réciproque qui régit la relation patient/médecin. Il n'a pas, d'emblée, de raison de mettre en doute l'incapacité alléguée par son patient, surtout dans une situation d'évaluation difficile. En principe, il fait donc confiance à son patient, ce qui est souhaitable, et ne fait donc pas toujours preuve de l'objectivité nécessaire, guidé qu'il est par le souci, louable en soi, d'être le plus utile possible à son patient. La règle est d'ailleurs qu'il se récuse pour l'expertise de ses propres patients (VSI 2001, 109 consid. 3b/cc ; RCC 1988, p. 504 consid. 2). L'expert est dans une position différente puisqu'il n'a pas un mandat de soins, mais un mandat d'expertise, en réponse à des questions posées par des tiers. Il tient compte des affirmations du patient. Il doit parfois s'écarter de l'appréciation plus subjective du médecin traitant (VSI 2001 p. 109 consid. 3b/bb). Pour ce qui concerne les rapports émanant des médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait relevant de l'expérience que, de par sa position de

confident privilégié que lui confère son mandat, le médecin traitant tranchera dans le doute en faveur de son patient (ATF 124 I 175 consid. 4 et les références citées ; Plädoyer 6/94 p. 67).

En l'espèce, les critères développés par la jurisprudence du TFA et permettant d'admettre le caractère invalidant d'une fibromyalgie, à savoir l'existence d'une comorbidité psychiatrique grave, des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale, un état psychique cristallisé et l'échec des traitements ne sont à l'évidence pas réunis ici avec le degré d'acuité et la durée nécessaires.

9. Il résulte du rapport du COPAI qu'une activité légère est possible avec un rendement de 80%.

L'OCAI n'a pas retenu ce taux de 80%. Il a en effet estimé qu'il n'était pas confirmé par l'expert sur le plan médical, celui-ci déclarant n'avoir relevé aucune limitation fonctionnelle objectivable lors de son examen clinique. Il est vrai que l'expert n'a pas mis en évidence de syndrome lombo-vertébral et n'a pu que constater l'existence de très discrets troubles dégénératifs au niveau du rachis lombaire, qu'il a ainsi posé le diagnostic de syndrome douloureux chronique ressemblant à une fibromyalgie. Il n'en est pas moins vrai qu'il a conclu à une incapacité totale de travail dans l'ancienne activité et à une capacité entière dans une activité sans port de lourdes charges répétées, sans position statique prolongée, qu'elle soit assise ou debout, avec toutefois une diminution de rendement de 25 à 30% environ.

11. Le Tribunal de céans constate dès lors qu'en réalité les conclusions de l'expert et celles du COPAI vont dans le même sens, à savoir que l'assuré peut exercer une activité légère à plein temps avec une diminution de rendement d'environ 25%. Le médecin traitant concluait du reste à la possibilité d'un travail léger sans port de charges à 50 à 80%.

Les allégués du SMR Léman selon lesquels cette diminution de rendement serait plus particulièrement due à l'inactivité prolongée ne sauraient être retenus, dans la mesure où ils ne reposent sur aucun élément médical concret.

Il se justifie dès lors de procéder à la comparaison des gains en tenant compte d'une diminution de rendement de 20% (soit 45'606 fr. 40) avec une réduction supplémentaire de 20% (36'485 fr.) ce qui donne un degré d'invalidité de 55%. Ce taux est suffisant pour justifier l'octroi d'une demi-rente d'invalidité, étant préalablement précisé qu'aucune mesure de réadaptation ne sera envisagée au vu des observations faites tant par le Dr B_____ que par le COPAI. L'assuré doit en effet entreprendre de sa propre initiative tout ce que l'on peut raisonnablement exiger de lui pour améliorer sa capacité de gain ou trouver de nouvelles possibilités d'exercer une activité lucrative (art. 21 LPGA).

Le recours est en conséquence admis.

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 en ce sens que l'assuré peut prétendre à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité.

3. Annule les décisions des 25 octobre 2005 et 26 mai 2006.

4. Condamne l'intimé à verser au recourant la somme de 1'000 fr., à titre de participation à ses frais et dépens.

5. Dit que la procédure est gratuite.

6. 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	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