RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2422/2006 **ATAS/1024/2006**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 5

Du 22 novembre 2006

En la cause

Monsieur R_____, domicilié , GENEVE	recourant

contre

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

Siégeant : Maya CRAMER, Présidente; Karine STECK et Doris WANGELER , Juges

EN FAIT

1. Monsieur R_____, ressortissant portugais né en 1960, est arrivé en Suisse en 1988 et y a exercé les activités de maçon et de nettoyeur.

2. En 1988, l'assuré a été victime d'un traumatisme crânien lors d'une chute à son travail d'une hauteur de 2,5 à 3 mètres. En octobre 1995, il a connu des phénomènes douloureux lombaires en soulevant un poids à son travail.

3. En date du 29 janvier 1996, il a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité, en raison de ses douleurs lombaires.

4. Dans un rapport du 1er mars 1996, le Dr A_____, médecin traitant interniste, a diagnostiqué une discopathie (mot illisible) de L4-L5. L'incapacité était totale depuis le 26 octobre 1995 et l'état de santé susceptible d'amélioration.

5. Dans un rapport du 23 avril 1996, le Dr B_____, interniste, a diagnostiqué des lombalgies chroniques. L'incapacité était totale depuis le 27 octobre 1995 et un reclassement professionnel était préconisé dans les plus brefs délais.

6. En date du 29 juillet 1998, l'assuré a été soumis à une expertise bidisciplinaire, psychiatrique et rhumatologique, conduite à la "établissement hospitalier" de Lausanne. Les experts ont diagnostiqué un état de stress post-traumatique d'allure chronique, un état dépressif récurrent d'importance moyenne, un syndrome de la douleur chronique sous forme de lombalgies et de cervicalgies, une hypertension artérielle, une obésité simple, ainsi qu'un status après traumatisme crânien simple avec plaie pariéto-occipitale gauche. Les experts ont conclu que, sur le plan somatique, il n'y avait pas d'atteinte physique permettant de justifier une incapacité de travail dans les professions exercées jusqu'alors, de maçon et de nettoyeur. Sur le plan psychologique, une incapacité de travail de 80% paraissait justifiée pour les activités de maçon et de nettoyeur. Dans une activité adaptée légère du type de la surveillance, une capacité d'environ 50% était exigible.

7. L'assuré a été soumis à un stage d'observation professionnelle au Centre d'intégration professionnelle de l'assurance-invalidité (ci-après le COPAI) du 13 mars au 21 mai 1999. Les maîtres de stage ont conclu à une capacité de travail complète, avec un rendement de 50%, tenant compte des limitations de l'assuré (pas de travail en position statique durable, pas de travail debout et penché en avant, pas de port de charges). Les activités possibles étaient celles de surveillant de machines ou de personnes, de travaux de contrôle, de travaux de conditionnement et opérateur sur machine (cf. rapport du COPAI du 23 juin 1999).

8. Du 30 août au 29 novembre 1999, l'assuré a suivi un stage de réentraînement au travail, également au COPAI. Les maîtres de stage ont conclu que l'assuré présentait une capacité de travail de 22 heures 30 par semaine.

9. Par décision du 8 mars 2000, l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OCAI) a octroyé à l'assuré une demi-rente d'invalidité à partir du 1er janvier 1997.

10. Par décision du 22 mai 2000, l'OCAI a octroyé à l'assuré une demi-rente d'invalidité du 1er octobre au 31 décembre 1996.

11. En août 2003, l'OCAI a entrepris une procédure de révision de la rente d'invalidité de l'assuré. Dans ce cadre, il a récolté des informations médicales auprès des médecins traitants de l'assuré.

12. Dans un rapport du 27 octobre 2003, le Dr C_____, cardiologue, a diagnostiqué un état de stress post-traumatique d'allure chronique, un état dépressif récurrent d'importance moyenne, ainsi qu'un syndrome de douleurs chroniques sous forme de lombalgies et de cervicalgies. L'incapacité était de 66% depuis le 13 octobre 1996. L'état était stationnaire.

13. Par courrier du 13 mars 2004, l'assuré a informé l'OCAI qu'il ne suivait plus de séances de physiothérapie depuis l'année 2002. Il n'était pas allé consulter de psychiatre car selon lui il présentait un problème physique et non pas psychologique.

14. Dans un rapport intermédiaire du 16 mars 2004, le Dr C_____ a précisé qu'il ne suivait le patient que pour son hypertension artérielle et son hyperlipidémie, actuellement bien contrôlée et sans relation avec son incapacité de travail.

15. En date des 15 février et 1er mars 2005, l'assuré a été soumis à une expertise psychiatrique conduite par le Dr D_____, psychiatre aux (ci-après les "établissement hospitalier"). Dans son rapport du 29 avril 2005, l'expert a diagnostiqué un syndrome douloureux somatoforme persistant. Le patient ne souffrait pas d'un état dépressif avéré, ni ne présentait de troubles psychiques susceptibles d'entraver la possibilité d'une réadaptation professionnelle. Une activité à 50% telle que décrite dans le rapport du COPAI sous réserve d'un réentraînement de trois mois pouvait être envisagée, dans des activités telles la surveillance, le contrôle de production, le contrôle de conditionnement. L'expert a précisé qu'il était dommageable que l'assuré n'ait pas fait de démarches auprès d'un médecin psychiatre, bien que cela lui ait été recommandé. Dans ce contexte, il n'était pas possible d'affirmer que tout avait été tenté pour réduire l'incapacité de travail et, pour ce motif, les conclusions de l'expertise effectuée en 1998 restaient de mise à l'heure actuelle.

16. Dans un complément d'expertise du 25 octobre 2005, demandé par le médecin conseil de l'OCAI, le Dr D_____ a expliqué que l'assuré était divorcé mais gardait des liens avec son ex-femme, surtout relativement à sa fille cadette dont il avait la garde. Il avait par ailleurs un réseau d'amis avec lesquels il entretenait des relations relativement régulières, de même qu'avec ses parents, qu'il rencontrait presque chaque week-end, en particulier autour d'une activité d'entretien d'un petit jardin familial. Dans ce contexte, et tout en tenant compte des limitations liées à sa problématique algique chronique, l'expertisé menait une vie quotidienne relativement diversifiée, sans repli ou perte de contacts sociaux relevants.

17. Dans un rapport sans examen clinique du 7 novembre 2005, le Dr E_____ du SMR Léman, service de l'assurance-invalidité, a conclu à une capacité de travail exigible de 100% dans l'activité habituelle, dès 1997.

18. Par décision du 18 novembre 2005, l'OCAI a supprimé la rente de l'assuré dès le 1er jour du deuxième mois qui suivait la notification de la décision, à savoir depuis le 1er janvier 2006. En effet, selon les documents médicaux, l'assuré avait retrouvé une pleine capacité de travail dans toutes les activités et n'avait donc plus droit à une rente d'invalidité.

19. Par courrier du 12 décembre 2005, l'assuré a formé opposition à cette décision, concluant, sous suite de dépens, à ce que sa rente continue à lui être versée comme par le passé. Il a fait valoir que son état de santé ne s'était pas modifié depuis l'octroi de la première rente et que dès lors, la rente ne pouvait être supprimée.

20. Par courrier du 29 décembre 2005, l'assuré a complété son opposition. Les troubles somatoformes dont il souffrait avaient présenté un caractère important de durabilité depuis 1998 déjà. En outre, l'atténuation sous forme d'alexithymie du syndrome de stress post-traumatique grave qui paraissait incrusté, méritait une analyse plus complète et plus précise, qui n'avait pas été faite lors de l'expertise psychiatrique. Il a conclu, sous suite de dépens, à l'octroi d'une rente identique à celle qui lui avait été versée jusqu'alors, et, subsidiairement, à un complément d'information aux fins de déterminer les troubles psychiques dont il souffrait et leur influence sur son degré d'invalidité.

21. Par courrier du 4 avril 2006, l'assuré a fait parvenir à l'OCAI les conclusions d'une IRM effectuée le 28 février 2006, selon laquelle le Dr F_____, radiologue, avait diagnostiqué des discopathies débutantes L3-L4 et L5-S1. Il n'y avait pas d'image de hernie discale décelable.

22. Le Dr E_____ du SMR Léman, s'est prononcé sur cette IRM dans une note du 29 mai 2006. Il a relevé que les lombalgies étaient signalées depuis de nombreuses années, soit depuis 1992 déjà. La gravité au niveau lombaire était tout à fait comparable à ce qui existait auparavant et ces lésions dégénératives pouvaient être

considérées comme peu importantes. Ce document radiologique ne remettait pas en cause l'appréciation précédente de l'OCAI.

23. Par décision du 1er juin 2006, l'OCAI a rejeté l'opposition de l'assuré. Il a relevé que l'expertise du COMAI de 1998 concluait que sur le plan somatique, il n'y avait pas d'atteinte physique permettant de justifier une incapacité de travail dans les professions exercées jusqu'alors, à savoir celles de maçon et de nettoyeur. Au plan psychiatrique cependant, le Dr G_____ concluait, en juillet 1998, que la double pathologie psychiatrique (état de stress post-traumatique d'allure chronique et état dépressif récurrent d'importance moyenne) justifiait une incapacité de travail d'environ 50%. L'assuré avait été soumis à une nouvelle expertise psychiatrique, en avril 2005, et le Dr D_____ n'avait pas diagnostiqué de syndrome de stress post-traumatique ou d'état dépressif récurrent. Dès lors, son état de santé avait évolué, et son trouble somatoforme douloureux, non accompagné d'une comorbidité psychiatrique grave, n'avait pas valeur d'invalidité et ne donnait pas droit à l'octroi d'une rente. Enfin, l'OCAI a relevé que l'assuré n'avait pas été traité pour son état dépressif, comme cela lui avait été demandé par le COMAI. Or, l'on était en droit d'attendre que l'assuré diminue les effets de son invalidité, ce qu'il n'avait pas fait.

24. Par courrier du 30 juin 2006, l'assuré a recouru contre cette décision auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales. Il a fait valoir qu'il avait été également suivi par le Dr H_____, rhumatologue, qui avait émis un rapport le 9 juin 2004 (recte : le 16 février 2006). Le Dr I_____ y indiquait qu'il n'y avait pas de diagnostic d'affection physique ayant des répercussions sur la capacité de travail. Les diagnostics des affections sans répercussion sur la capacité de travail étaient des cervico-lombalgies non spécifiques. La seule limitation que l'on pourrait évoquer pour le patient était l'évitement de port de charges lourdes et de mouvements de rotation répétés du rachis. L'on pouvait admettre qu'au vu des cervicalgies et lombalgies, une activité plus sédentaire que celle de maçon devait pouvoir être entreprise à un taux de 100%.

25. Par courriers des 13 et 19 juillet 2006, le Tribunal de céans a demandé au recourant le certificat du Dr I_____ du 9 juin 2004 qu'il mentionnait dans son recours.

26. Lors d'un entretien téléphonique du 24 juillet 2006, le recourant a précisé à la greffière de la 5ème chambre du Tribunal de céans qu'il avait consulté le Dr I_____ le 9 juin 2004, mais que le rapport de ce médecin datait du 16 février 2006.

27. Dans sa réponse du 24 août 2006, l'OCAI, concluant au rejet du recours, a constaté que l'état de santé du recourant s'était notablement amélioré depuis l'octroi de la demi-rente d'invalidité en octobre 1996. En effet, il ne présentait plus actuellement de diagnostic psychiatrique et dès lors son trouble somatoforme douloureux ne pouvait plus être considéré comme invalidant.

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

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire du 22 novembre 1941 (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 3 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 l'occurrence, la procédure de révision a été initiée en août 2003; dès lors, la LPGA s'applique à la présente cause.

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

5. Aux termes de l'art. 4 LAI, 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 (cf. également 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). Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent

d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2 ; 105 V 158 consid.1).

6. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 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).

   La reconnaissance de l'existence 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 nombre des critères dégagés par jurisprudence permettant de juger du caractère invalidant d'un trouble somatoforme douloureux, figure au premier plan 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 traitements), 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. En outre, il est admis que la reconnaissance du caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux chez de jeunes assurés doit rester exceptionnelle en l'absence de

comorbidité psychiatrique (cf. notamment ATFA non publié du 28 juin 2005, I 524/04).

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 sur l'ensemble du sujet ATF 131 V 49 et les références citées).

Par ailleurs, s'agissant des troubles dépressifs, il y a lieu d'observer que selon la doctrine médicale (cf. notamment DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 4ème édition, p. 191) sur laquelle s'appuie le TFA, les états dépressifs ne constituent en principe pas une comorbidité psychiatrique grave et durable à un trouble somatoforme douloureux, dans la mesure où ils ne sont en règle générale qu'une manifestation réactive ne devant pas faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATF 130 V 356 consid. 3.3.1 in fine et les références citées).

7. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références).

   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 surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante.

8. 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. Cela vaut également pour d'autres prestations durables accordées en vertu d'une décision entrée en force, lorsque l'état de fait déterminant se modifie notablement par la suite. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. 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; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). 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 130 V 351 consid. 3.5.2 ; 125 V 369 consid. 2 et la référence; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Enfin, il convient de préciser que l'art. 17 LPGA n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 (ATF 130 V 343 consid. 3.5; voir aussi les art. 87 et 88a du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 - RAI).

Enfin, selon l'art. 88bis al. 2 let. a RAI, la diminution ou la suppression de la rente prend effet au plus tôt le 1er jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision.

9. Il convient en l'occurrence de déterminer si le taux d'invalidité du recourant a subi une modification notable, après la décision de l'OCAI du 22 mai 2000 (octroi d'une demi-rente d'invalidité), justifiant la suppression de ladite rente.

Se trouvent au dossier : deux rapports du Dr C_____ des 27 octobre 2003 et 16 mars 2004, un rapport d'expertise psychiatrique du 29 avril 2005, un rapport du Dr I_____ du 16 février 2006.

Il y a tout d'abord lieu de constater que le Dr C_____, cardiologue, ne suit le patient que pour son hypertension artérielle et son hyperlipidémie, sans relation avec l'incapacité de travail. Il n'a dès lors pas la qualité d'un expert pour se prononcer sur les atteintes du recourant liées à ses troubles dorsaux ou à ses troubles psychiques. Quant au Dr I_____, rhumatologue, il constate en février 2006 que le recourant ne présente aucune incapacité de travail liée à des affections physiques. S'agissant de l'expert psychiatre, dont l'expertise a pleine valeur probante au sens de la jurisprudence, il diagnostique un syndrome douloureux somatoforme persistant sans autre trouble psychique. Il précise dans son complément d'expertise que le recourant mène une vie quotidienne sans repli social ou perte de contacts sociaux. Il convient dès lors de constater que l'état psychique du recourant s'est amélioré depuis la première décision de rente. En effet, les experts du COMAI avaient diagnostiqué à l'époque que le recourant présentait, en

plus du trouble somatoforme douloureux, également un état de stress post-traumatique et un état dépressif récurrent d'importance moyenne.

Or, un trouble somatoforme douloureux sans comorbidité psychiatrique, sans affection corporelle chronique incapacitante, sans perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et sans état psychique cristallisé (puisqu'il y a eu amélioration de l'état psychique du patient) ne saurait avoir valeur de maladie au sens de la loi, au vu de la jurisprudence précitée.

Dès lors, le Tribunal de céans constate que la suppression de la rente du recourant était justifiée, en raison de l'amélioration de sa santé psychique.

10. Le recours, mal fondé, sera par conséquent 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. 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 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
Sylvie CHAMOUX	Maya CRAMER

La secrétaire-juriste :
Frédérique GLAUSER

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