RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

**A/3092/2005** **ATAS/1081/2005**

# ARRET

# DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

## Chambre 1

## du 13 décembre 2005

En la cause

| | |
|---|---|
| **Monsieur F_____**, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître David LACHAT | recourant |
| contre | |
| **OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE INVALIDITE**, sis rue de Lyon 97 à Genève | intimé |

---

**Siégeant : Mme Doris WANGELER, Présidente,**
**Mmes Isabelle DUBOIS et Valérie MONTANI, Juges**

---

## EN FAIT

1. Monsieur F_____, ressortissant portugais né en 1956, a séjourné en Suisse de 1982 à 1992, puis dès 1998. Il a exercé diverses activités dans le domaine du bâtiment, la dernière en tant que poseur de marbre pour la société X_____ SA depuis le 1er janvier 1999.

2. Le 25 octobre 2002, l'assuré a été victime d'un accident sur son lieu de travail. Il a glissé sur un panneau d'échafaudage et s'est blessé à la jambe droite et au dos.

3. Selon un rapport du 29 novembre 2002 du Dr A_____, médecin traitant, l'assuré avait subi une contusion lombo-iliaque et était dans l'incapacité totale de travailler pour une durée indéterminée.

4. Le 2 décembre 2002, le Dr B_____, radiologue, a effectué des radiographies de la colonne vertébrale. Il a conclu qu'il n'existait pas de lésion osseuse traumatique visible, mais des troubles de la statique dans les deux plans, des discopathies lombaires étagées, de même qu'un léger spondylolisthésis de L5/S1.

5. Suite à une hospitalisation à la Division de Rhumatologie de l'Hôpital cantonal du 2 au 20 décembre 2002, le diagnostic de probable lyse isthmique bilatérale de L5 et lombalgies subaiguës a été posé par les Dr C_____ et D_____. A son admission, le patient présentait un syndrome lombo-vertébral extrêmement important ne répondant pas aux traitements. A la sortie, ce dernier déclarait une amélioration de 80 % de ses douleurs sous traitement médicamenteux, de physiothérapie et d'ergothérapie.

6. Le 12 mars 2003, le Dr E_____, radiologue, a effectué un scanner et des radiographies de la colonne lombaire. Selon lui, le tableau clinique était dominé par une arthrose facettaire avancée des trois derniers segments lombaires. Dans ce contexte, on pouvait s'attendre à une irradiation pseudo-radiculaire de type sciatalgique.

7. Dans un certificat médical du 28 février 2003 à l'attention de la SUVA, le Dr G_____, neurochirurgien, a diagnostiqué une spondylolyse L5 décompensée par chute et a également fait état d'une lyse préexistante asymptomatique.

8. En date du 22 mai 2003, le médecin-conseil de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : SUVA), le Dr H_____, a examiné l'assuré et relevé qu'au moins six médecins s'étaient déjà prononcés sur ce cas en sept mois. Divers diagnostics avaient été évoqués et l'indication à une opération avait même été discutée. Actuellement, tout type d'intervention chirurgicale était formellement contre-indiqué. L'incapacité de travail était totale.

9. Du 26 juin au 16 juillet 2003, l'assuré a séjourné à la Clinique romande de réadaptation de la SUVA (ci-après : CRR). Dans leur rapport du 5 août 2003, les Dr I_____ et J_____ ont posé les diagnostics suivants : thérapies physiques et fonctionnelles (diagnostic primaire), lombalgies avec irradiation au membre inférieur droit et arthrose lombaire et inter apophysaire postérieure des deux derniers étages (diagnostics secondaires), ainsi qu'un trouble de l'adaptation avec réaction anxieuse (comorbidité). Tous les traitements entrepris n'avaient eu aucune influence sur le tableau clinique. Les données actuelles du status montraient assez peu de choses sur le plan objectif, notamment sur le plan d'une atteinte radiculaire ou d'un déficit neurologique. Il existait par ailleurs de nombreux signes de non-organicité. Le processus d'invalidation du patient ne pouvait pas être expliqué par le traumatisme initial et les données des examens radiologiques. Il n'y avait toutefois aucun examen complémentaire à effectuer. Certains traitements ayant aggravé les douleurs, le pronostic paraissait très sombre. Un processus d'invalidation non influençable et irrémédiable était en cours. Il n'y avait pas d'indication chirurgicale. Sur le plan de la capacité de travail, un maintien d'une incapacité de 14 jours a été décidé par les médecins, après quoi le patient était considéré comme pleinement capable de travailler sur le plan théorique, eu égard aux éléments objectivables tant sur le plan somatique que psychiatrique.

10. Le 6 novembre 2003, le Dr H_____ a examiné une nouvelle fois l'assuré et conclu qu'à un an de l'accident et en l'absence de toute lésion de caractère traumatique, les conséquences de cet événement pouvaient être considérées comme terminées.

11. Par décision du 18 novembre 2003, la SUVA a mis fin aux prestations d'assurance avec effet au 30 novembre 2003.

12. En date du 11 décembre 2003, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OCAI) visant à l'obtention d'une orientation professionnelle, d'un reclassement dans une nouvelle profession et d'une rente.

13. Le 14 mai 2004, il a été examiné par les Dr K_____ et L_____, du Secteur de la Douleur de l'Hôpital cantonal, lesquels ont posé les diagnostics de syndrome lombo-vertébral, maux de tête chroniques, gastrite stable et état anxio-dépressif. Il y avait eu une amélioration des douleurs et du sommeil ainsi qu'une perte de poids.

14. Dans un rapport du 11 juin 2004, le Dr A_____ a indiqué que son patient se plaignait de douleurs lombo-sacrées invalidantes. Son incapacité de travail était totale depuis le 25 octobre 2002 et la marche se faisait à l'aide de deux cannes. Le diagnostic était celui de syndrome vertébral lombaire chronique. Une amélioration de 10 à 25 % des douleurs avait pu être constatée, mais ce diagnostic représentait

un handicap majeur. Le patient ne pouvait par exemple pas effectuer lui-même tous les soins de base.

15. Le 30 mars 2005, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) s'est prononcé sur le dossier de l'assuré et a conclu que le médecin traitant ne pouvait pas être suivi dans ses conclusions. L'examen clinique était rassurant et l'on observait de nombreux signes de non organicité. L'ensemble du bilan radiologique ne montrait qu'une arthrose postérieure basse et un discret antélisthésis de L4 sur L5. Le psychiatre n'avait pas mis en évidence de trouble justifiant une incapacité de travail prolongée. A l'issue du séjour, les médecins de la CRR avaient retenu une capacité de travail totale, tant du point de vue somatique que psychiatrique. Par ailleurs, le rapport des HUG du mois de mai 2004 faisait état d'une amélioration. Le médecin de la CRR retenait en conséquence une incapacité totale de travail du 25 octobre 2002 au 3 août 2003. Depuis lors, la capacité de travail était totale.

16. Par décision du 26 mai 2005, l'OCAI a refusé l'octroi de toute prestation à l'assuré.

17. Le 7 juin 2005, l'assuré s'est opposé à cette décision, se fondant sur un certificat médical de son médecin traitant du même jour, duquel il ressortait que sa capacité de travail était nulle depuis le jour de l'accident. Il se basait également sur le rapport de ce même médecin du 11 juin 2004.

18. Le 21 juin 2005, le SMR a indiqué que le certificat du médecin traitant du 7 juin 2005 n'apportait aucun élément nouveau et qu'il n'y avait pas de raison de modifier la décision.

19. Par décision sur opposition du 4 juillet 2005, l'OCAI a confirmé sa décision initiale.

20. Par courrier du 5 août 2005, le Dr A_____ a fait savoir au service médical de l'OCAI que l'état de santé de son patient obligeait celui-ci à utiliser des cannes pour tous ses déplacements et qu'il était confiné à son domicile l'essentiel de son temps. Il était actuellement suivi par la Consultation de la douleur à l'Hôpital cantonal avec un traitement lui permettant tout au mieux de supporter les douleurs au repos. Les conséquences psychosociales de cet état étaient très importantes. Ce médecin déclarait ne pas comprendre la décision, qui concluait à une capacité de travail complète de son patient et souhaitait obtenir des éclaircissements sur ce point.

21. Par acte du 5 septembre 2005, l'assuré a interjeté recours contre la décision sur opposition du 4 juillet par-devant le Tribunal cantonal des assurances sociales, concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité. Subsidiairement, le dossier devait être renvoyé à l'OCAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Le dossier établissait qu'il souffrait de lombalgies avec irradiation du membre inférieur droit, d'arthrose lombaire et de trouble de l'adaptation avec réaction anxieuse. Les douleurs n'avaient pas diminué, elles avaient même augmenté, et des maux de tête accompagnés de tremblements

s'y étaient ajoutés. Le recourant était totalement tributaire de l'aide d'autrui et ne pouvait plus accomplir les actes de la vie quotidienne. De nombreux médecins avaient été consultés et n'avaient pas été en mesure d'obtenir une diminution des douleurs. Le pronostic était négatif.

En plus du médecin traitant, les atteintes à la santé avaient été diagnostiquées par seize médecins. Il y avait donc lieu de reconnaître qu'il souffrait d'une atteinte à la santé considérable. Les appréciations portant sur sa capacité de travail n'étaient pas nombreuses, mais l'incapacité totale de travail découlait clairement du rapport du médecin traitant du 11 juin 2004, lequel remplissait pour le surplus les conditions de la jurisprudence permettant de lui reconnaître pleine valeur probante. S'agissant du rapport de la CRR, il ne pouvait être suivi par l'OCAI, dans la mesure où il se prononçait sur la capacité de travail en lien avec l'accident du 25 octobre 2002. Par ailleurs, s'il était vrai que les médecins de l'Hôpital cantonal avaient fait état d'une amélioration des douleurs, ils ne s'étaient pas prononcés sur la capacité de travail du patient, alors même qu'ils avaient diagnostiqué des atteintes importantes à la santé. Le SMR aurait donc dû solliciter une appréciation médicale de l'incapacité de travail, au regard de l'état de santé global. Le recourant relevait également que la SUVA avait versé des indemnité de perte de gain jusqu'en novembre 2003 et que l'assurance perte de gain maladie versait à son tour des indemnités depuis le 1er décembre 2003. Il était donc établi qu'il subissait une incapacité totale de travail depuis plus de deux ans et demi et qu'il avait donc droit à une rente entière de l'assurance-invalidité.

22. Dans sa réponse du 4 octobre 2005, l'OCAI a conclu au rejet du recours. Les arguments soulevés au cours de la procédure ne lui permettaient pas de revoir sa position, basée sur l'avis contraignant du SMR. Il était par ailleurs faux de prétendre que la CRR n'avait examiné la capacité de travail du recourant que sous l'angle de l'accident, alors que ses médecins avaient fixé une capacité théorique de 100 % valable dans tous les cas eu égard aux éléments objectivables tant sur le plan somatique que psychiatrique.

23. Le 3 novembre 2005, cette appréciation a été transmise au recourant par le Tribunal de céans qui a ensuite gardé la cause 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. 56V al. 1 let. a ch. 2 LOJ, le Tribunal 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 (ci-après : LPGA) relatives notamment à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (ci-après : LAI).

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

3. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant de nombreuses modifications dans le domaine de l'assurance-invalidité. La décision à l'origine du recours a été rendue le 4 juillet 2005 et les faits déterminants se sont déroulés presque exclusivement après le 1er janvier 2003, de sorte que la LPGA est applicable au cas d'espèce.

4. Déposé dans les forme et délai imposés par la loi, le présent recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.

5. Selon l'art. 8 al. 1er LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1er LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident.

   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. Le risque couvert par l'assurance-invalidité et donnant droit à des prestations est basé sur des faits médicaux. Pour juger des questions juridiques qui se posent, les organismes d'assurance et les juges des assurances sociales doivent dès lors se baser sur des documents qui sont établis essentiellement par des médecins (ATF 122 V 158). Ils peuvent ainsi se baser sur les rapports demandés par l'office AI aux médecins traitants, sur les expertises de spécialistes extérieurs et sur les examens pratiqués par les centres d'observation créés à cet effet (art. 69 al. 2 et 72bis du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 - RAI).

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.

Dans un arrêt du 14 juin 1999 (ATF 125 V 351), le Tribunal fédéral des assurances a précisé sa jurisprudence relative à l'appréciation des preuves notamment dans le domaine médical. Il convient de rappeler ici que selon le principe de la libre appréciation des preuves, qui s'applique aussi bien en procédure administrative qu'en procédure de recours de droit administratif (art. 40 PCF en corrélation avec l'art. 19 PA; art. 95 al. 2 OJ en liaison avec les art. 113 et 132 OJ), l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Dès lors, le juge 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 trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre.

L'élément déterminant pour la valeur probante d'un certificat médical n'est ni son origine ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, la jurisprudence a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé. En outre, au sujet 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. Toutefois, le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante.

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, l'administration est tenue d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure. En particulier, elle doit mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 K 646 p. 240 consid. 4).

Par ailleurs, ainsi que le Tribunal fédéral des assurances l'a déclaré à maintes reprises, la notion d'invalidité est, en principe, identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance militaire et d'assurance-invalidité. Dans ces trois domaines, elle représente la diminution permanente ou de longue durée, résultant d'une atteinte à la santé assurée, des possibilités de gain sur le marché du travail équilibré qui entre en ligne de compte pour l'assuré (ATF 119 V 470 consid. 2b, 116 V 249 consid. 1b et les arrêts cités).

Toutefois, on rappellera que les conditions d'octroi de prestations d'invalidité diffèrent entre l'assurance-accidents et l'assurance-invalidité en raison du rôle de la causalité naturelle et adéquate dans l'assurance-accidents, raison pour laquelle l'appréciation de la capacité de travail par l'assurance-accidents ne lie pas l'assurance-invalidité dans tous les cas.

7. Dans le cas d'espèce, les principales appréciations médicales figurant au dossier sont celles de la CRR et celles du médecin traitant de l'assuré, ce dernier ayant par ailleurs requis l'avis de plusieurs spécialistes.

   L'avis du SMR, sur lequel se basent les décisions de l'OCAI, est uniquement fondé sur le rapport de la CRR du 5 août 2003. De nombreux renvois à ce rapport sont faits par le SMR et il n'apparaît pas que ce service ait examiné l'assuré, bien que le rapport du 30 mars 2005 s'intitule "rapport d'examen SMR Suisse romande".

   Il s'agit donc en premier lieu d'apprécier l'avis médical de la CRR, sur lequel s'est exclusivement fondé l'office intimé.

   Ainsi qu'on l'a vu ci-dessus, les médecins de la CRR, qui ont procédé à de nombreux examens, ont posé les diagnostics de thérapies physiques et fonctionnelles (diagnostic primaire), lombalgies avec irradiation au membre inférieur droit et arthrose lombaire et inter apophysaire postérieure des deux derniers étages (diagnostics secondaires), ainsi qu'un trouble de l'adaptation avec réaction anxieuse (comorbidité). Sur le plan objectif, les données du status montraient assez peu de choses et les traitements entrepris n'avaient eu aucune influence sur le tableau clinique. Le processus d'invalidation du patient ne pouvait

pas être expliqué par le traumatisme initial et les données des examens radiologiques. Il existait par ailleurs de nombreux signes de non-organicité.

Ces médecins ont ensuite indiqué que le pronostic paraissait très sombre. Selon eux, un processus d'invalidation non influençable et irrémédiable était en cours. Certains traitements auraient même aggravé les douleurs. Malgré cela ils ont conclu que le patient était pleinement capable de travailler sur le plan théorique, eu égard aux éléments objectivables tant sur le plan somatique que psychiatrique. Compte tenu des diagnostics posés et des constatations faites par la CRR, la reconnaissance d'une capacité de travail entière n'est pas motivée de façon convaincante. La CRR semble avoir fixé cette capacité de travail compte tenu du défaut de lien de causalité entre les atteintes constatées et l'accident. En effet, dans leurs conclusions, les médecins précisent que la prolongation de l'incapacité de travail ne se justifie plus "dans le cadre de l'accident". Il n'apparaît pas que la CRR, mandatée pour le surplus par la SUVA, ait procédé à une appréciation globale de l'état de santé de l'assuré et plus particulièrement de sa capacité de travail. A ce sujet, on remarquera que les conclusions de la CRR sont précédées de considérations sur le temps écoulé depuis le traumatisme qualifié de "banal", ainsi que la responsabilité de ce traumatisme dans la persistance des troubles. Par la suite, les médecins indiquent : "un statu quo sine rapide chez ce patient nous paraît indispensable", et c'est de là qu'intervient la reconnaissance d'une incapacité de travail totale de 14 jours supplémentaires, puis d'une capacité théorique entière de travail. A la lecture de ces éléments, il apparaît clairement que la CRR a fixé la capacité de travail du recourant sur le plan théorique de l'assurance-accidents uniquement et en ne se prononçant pas sur la capacité de travail d'un point de vue global. Les conclusions de la CRR ne sauraient donc être suivies dans le cadre de l'assurance-invalidité.

De son côté, le médecin traitant de l'assuré a attesté à plusieurs reprises d'une incapacité totale de son patient depuis le jour de l'accident pour une durée indéterminée. Or, le médecin traitant est le seul médecin à se prononcer sur la capacité de travail de l'assuré du point de vue global, sans être confirmé ou infirmé par d'autres médecins. Les spécialistes qu'il a consultés l'ont aidé à asseoir des diagnostics dans différents domaines, mais ne se sont pas prononcés sur la capacité de travail du recourant. Compte tenu du fait qu'il existe des indices découlant du rapport de la CRR que l'assuré pourrait avoir une capacité de travail même très partielle, on doit en conclure que les renseignements médicaux versés au dossier ne permettent pas de connaître les incidences de l'ensemble des troubles de l'intimé sur sa capacité de travail dans sa profession habituelle ou dans une autre activité exigible. Par ailleurs, le dossier ne contient pas d'autre avis médical suffisamment étayé et convaincant pour apprécier la capacité de travail.

Cela étant, on doit en conclure que l'OCAI a rendu la décision litigieuse alors qu'il ne disposait pas de suffisamment d'éléments pour statuer en connaissance de cause.

Il conviendra donc de renvoyer le dossier à l'intimé afin qu'il effectue une instruction complémentaire sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire qui devra évaluer la capacité de travail du recourant et indiquer, cas échéant, les activités qui peuvent être raisonnablement exigées de lui, compte tenu de l'ensemble des affections dont il souffre. A l'issue de la mesure complémentaire, il appartiendra à l'intimé de rendre une nouvelle décision sur le droit à la rente.

8. Le recours est en conséquence partiellement 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 partiellement.

3. Annule les décisions de l'OCAI des 26 mai et 4 juillet 2005.

4. Renvoie la cause à l'OCAI pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.

5. Condamne l'OCAI à verser au recourant une indemnité de 1'000.- fr. à titre de participation à ses frais et dépens.

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

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 le