REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/483/2007 **ATAS/554/2007**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 1

du 22 mai 2007

En la cause

Madame B_____, domiciliée , GRAND-LANCY, représentée par AVIVO, Monsieur Raoul SCHRUMPF	recourante
contre	
OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue de Lyon 97, GENEVE	intimé

Siégeant : Doris WANGELER, Présidente; Evelyne BOUCHAARA et Christine DESHUSSES, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame B_____, ressortissante suisse née en 1947, travaillait en qualité d'employée de bureau (réception-téléphone) à la Ville de Genève. Elle a présenté une incapacité totale de travail à partir du 21 mai 2002 en raison de diverses douleurs, dorsales, cervicales, aux genoux et aux épaules, notamment.

2. En date du 16 juin 2003, elle a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OCAI). Dans le cadre de l'instruction de la demande, l'OCAI a réuni diverses attestations médicales.

3. Dans un rapport du 5 août 2003, la Dresse A_____, psychiatre traitante, a diagnostiqué un trouble douloureux associé à la fois à des facteurs psychologiques et à une affection médicale générale depuis 1998, un épisode dépressif majeur léger depuis 1999, ainsi qu'une hernie discale au niveau lombaire depuis août 2002. L'état de santé était stationnaire et le pronostic peu favorable, la patiente présentant une dépression chronique depuis quelques années déjà.

4. Dans un rapport du 7 novembre 2003, le Dr B_____, généraliste traitant, a diagnostiqué une fibromyalgie depuis 1996, une dépression chronique depuis 2000, une périarthrite de la hanche gauche depuis 2002, ainsi que des lombocruralgies gauches non déficitaires sur hernie discale L3-L4 depuis 2002. L'incapacité de travail était totale depuis le 21 mai 2002. L'état de santé s'aggravait. Aucune activité n'était adaptée à l'état de santé de la patiente, qui pouvait tenir la position assise ou debout pendant une à deux heures par jour.

5. En date des 21 février, 17 mars et 25 mai 2005, l'assurée a été soumise à une expertise pluridisciplinaire, rhumatologique et psychiatrique au Centre d'expertise médicale de l'assurance-invalidité (ci-après le COMAI). Les experts ont diagnostiqué un syndrome de fibromyalgie ainsi que des lombalgies chroniques sur hernie discale gauche de niveau L3-L4. Les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail étaient des troubles dépressifs récurrents actuellement en rémission et une obésité. Subjectivement, au niveau du système locomoteur, l'assurée souffrait de douleurs diffuses, migrantes, spontanées et imprévisibles, qui s'exacerbaient lors des sollicitations physiques, et accompagnées d'une importante fatigue. L'expertisée expliquait ne pas supporter la même position, que ce soit debout ou assise, plus de 20 à 30 minutes. Objectivement, les experts ont constaté des troubles statiques et dégénératifs du rachis lombaire et un important déconditionnement musculaire. Par contre, ils n'ont pas observé de limitation des fonctions de l'appareil locomoteur, si ce n'était un abaissement du seuil de la douleur aboutissant à une intolérance envers des sollicitations physiques répétitives et monotones, ainsi qu'une charnière lombo-sacrée entamée, avec réduction de sa résistance. Les troubles dégénératifs et statiques du rachis lombaire n'étaient que

discrets avec une fonction du système locomoteur intact à l'examen clinique. Le travail d'employée de bureau était une activité physique légère bien adaptée, mis à part le fait que l'assurée supportait mal le maintien d'une position fixe. L'exacerbation des douleurs le long de la journée faisait tomber le rendement au point que les experts ont limité la durée de travail exigible. L'activité exercée jusqu'alors était encore exigible à raison de deux heures par jour. Actuellement, il n'y avait pas de troubles psychiques, si ce n'était une identité d'invalide fortement incrustée. L'assurée n'avait pas besoin de mesures spéciales de réadaptation. Un traitement antidépresseur à visée antalgique pourrait éventuellement augmenter le seuil de la douleur et ainsi en diminuer les conséquences sur une activité. Au mieux, les experts attendaient de ces mesures un doublement de la capacité de travail - environ quatre heures par jour - (cf. expertise du 17 juin 2005).

6. Dans un rapport sans examen clinique du 14 juillet 2005, le SMR Suisse romande, service médical de l'assurance-invalidité (ci-après le SMR), a constaté qu'il n'y avait pas d'invalidité au sens de l'assurance-invalidité, à défaut d'une comorbidité psychiatrique. Les douleurs alléguées ne suffisaient pas à fonder l'invalidité. Les limitations fonctionnelles étaient formulées à partir des plaintes de l'assurée et non sur des données objectives. Les médecins du SMR ont en outre relevé que l'assurée pouvait faire ses repas, des nettoyages et se promener quotidiennement une à deux fois par jour. Elle avait par ailleurs une relation sentimentale très investie qui durait depuis 10 ans.

7. Par décision du 8 août 2005, l'OCAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée.

8. Par courrier du 23 août 2005, l'assurée a formé opposition à cette décision, alléguant présenter une incapacité totale de travail et souffrir d'une fibromyalgie l'empêchant totalement de travailler.

9. Dans un rapport du 1er septembre 2006, le Dr B_____ a fait état d'une aggravation des troubles douloureux en relation avec une hernie discale L4-L5 gauche, une fibromyalgie depuis 1996, une dépression chronique depuis 2000, une périarthrite de la hanche gauche depuis 2002, ainsi que des lombocruralgies gauches. Aucun changement majeur n'était intervenu depuis son rapport de septembre 2003, si ce n'était la présence d'une hernie discale objectivée par scanner. Cependant l'état de santé s'aggravait. Au vu du refus de l'assurance-invalidité, la patiente s'était figée dans un comportement réactionnel avec pour conséquence une aggravation des symptômes et des douleurs diffuses dues à sa fibromyalgie ainsi que de celles plus aiguës dues aux lombosciatalgies épisodiques et plus récemment à une ténosynovite du jambier postérieur gauche. L'assurée pouvait tenir la position assise pendant 2 heures par jour, la position debout pendant 1 heure et la même position pendant 1 à 2 heures. Une activité occupationnelle pouvait être envisagée. Le Dr B_____ a notamment joint un courrier du Dr C_____,

rhumatologue, de mai 2006, selon lequel il ne semblait pas que les douleurs actuelles soient liées à la hernie discale lombaire connue.

10. Dans un avis sans examen clinique, le SMR, après avoir requis du Dr C_____ les IRM des 8 et 25 septembre 2006, a pris note de l'apparition de nouvelles pathologies, soit d'une ténosynovite du jambier postérieur à gauche et d'une suspicion de fracture de fatigue au niveau de la cheville gauche, pathologies compatibles avec le travail d'employée de bureau, après un traitement approprié. Il n'y avait pas de raison de revenir sur l'appréciation de la capacité de travail dans l'activité habituelle. La hernie discale décrite antérieurement en L3-L4 avait disparu pour laisser place à une nouvelle hernie discale L4-L5.

11. Par décision du 15 janvier 2007, l'OCAI a rejeté l'opposition de l'assurée au motif qu'elle présentait une fibromyalgie, sans comorbidité psychiatrique. À défaut d'une telle comorbidité, la fibromyalgie ne pouvait être invalidante que si des critères présentant une certaine intensité étaient cumulés. Or, en l'occurrence, ces critères n'étaient pas remplis et l'assurée était psychiquement apte à utiliser ses ressources pour travailler.

12. Par courrier du 6 février 2007, l'assurée a recouru contre cette décision auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales, concluant à l'octroi d'une rente. Elle a fait valoir ne pas pouvoir travailler pour des raisons physiques, car elle souffrait depuis plus de dix ans de fibromyalgie. Depuis 2005, elle présentait de nouveaux problèmes physiques, ce qui l'empêchait de se réinsérer dans le monde du travail. Elle a joint à son recours une attestation du Dr C_____ du 30 janvier 2007, qui a retenu de nouveaux diagnostics depuis août 2005, à savoir une ténosynovite persistante du jambier postérieur gauche et une fracture lente du pied gauche avec ostéoporose. Les différentes pathologies entraînaient en plus des douleurs et de l'asthénie, une boiterie du membre inférieur gauche. Au vu de ceci, la capacité de travail paraissait actuellement encore diminuée par rapport à celle qui prévalait durant l'été 2005.

13. Dans sa réponse du 21 mars 2007, l'intimé, concluant au rejet du recours, a relevé que s'agissant de la fracture de fatigue et de la tendinite de la jambe, son médecin-conseil avait indiqué que ce genre d'atteintes se produisait habituellement en cas de sollicitation excessive. Ces atteintes ne sauraient toutefois entraîner un empêchement durable dans un travail sédentaire tel que celui d'employée de bureau. Après une période de décharge de quelques semaines, la situation s'amenderait.

14. Le courrier du 21 mars 2007 a été envoyé à l'assurée et la cause 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 statuant conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 LOJ en instance unique, sur les contestations prévues à 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.

2. 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). Ces principes de droit intertemporel commandent ainsi l'examen du bien-fondé de la décision sur opposition du 15 janvier 2007 à la lumière des anciennes dispositions de la LAI pour la période s'étendant jusqu'au 31 décembre 2002 et, le cas échéant, au regard des nouvelles dispositions de la LPGA pour la période postérieure (ATF 130 V 332 consid. 2.2 et 2.3). En ce qui concerne la procédure et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

4. Le Tribunal de céans constate que le recours, interjeté dans les formes et délai légaux prévus par l'art. 60 LPGA est recevable.

5. a) En vertu des art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée et résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Quant à l'incapacité de gain, elle est définie à l'art. 7 LPGA comme la diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. 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 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. En outre, dans un arrêt récent (ATFA non publié du 8 février 2006, I 336/04, prévu pour la publication dans le Recueil officiel), le Tribunal fédéral des assurances (ci-après le TFA) a considéré qu'il se justifiait, sous l'angle juridique et en l'état actuel des connaissances, d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux lorsqu'il s'agit d'apprécier le caractère invalidant d'une fibromyalgie. Ces deux atteintes à la santé présentent en effet des caractéristiques communes, en tant que leurs manifestations cliniques - plaintes douloureuses diffuses - sont pour l'essentiel similaires et qu'il n'existe pas de pathogenèse claire et fiable pouvant en expliquer l'origine. Cela rend dans les deux cas la limitation de la capacité de travail difficilement mesurable, car l'on ne peut pas déduire l'existence d'une incapacité de travail du simple diagnostic posé, dès lors que celui-ci ne renseigne pas encore sur l'intensité des douleurs ressenties par la personne concernée, ni sur leur évolution ou sur le pronostic qu'on peut poser dans un cas concret. Aussi convient-il également, en présence d'une fibromyalgie, de poser la présomption que cette affection ou ses effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 50).

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).

b) La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. Lors 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, et la jurisprudence citée).

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, l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse de celles-ci. Le juge doit examiner de manière objective tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si ceux-ci permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (ATFA non publié du 21 mars 2006, I 247/05, consid. 1.2).

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).

Le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, 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. Selon la jurisprudence, 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 125 V 352 consid. 3b/aa et les références).

6. Il convient en l'occurrence de déterminer si la recourante présente des atteintes à sa santé invalidantes lui ouvrant droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

Se trouvent au dossier différentes attestations des médecins traitants et une expertise pluridisciplinaire du 17 juin 2005. Il convient au préalable de relever que cette expertise, bien motivée, répond à tous les réquisits posés par la jurisprudence fédérale pour lui accorder pleine valeur probante.

Les experts constatent que la recourante ne présente pas de comorbidité psychiatrique, la dépression étant en rémission. Ils relèvent par ailleurs de discrets troubles du rachis lombaire et n'observent pas de limitation des fonctions de l'appareil locomoteur. En outre il y a lieu de préciser que selon le Dr C_____, les douleurs actuelles ne sont pas en rapport avec la hernie diagnostiquée. Les experts constatent par ailleurs que l'activité d'employée de bureau est bien adaptée à l'état de santé de l'expertisée. Cependant, pour tenir compte des douleurs de l'assurée, ils concluent à une capacité de travail de deux heures par jour uniquement. Or, ces conclusions ne sauraient être d'emblée suivies.

En effet, bien que cette expertise ait pleine valeur probante, il convient de suivre la jurisprudence du TFA relative à l'examen du caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail de l'assuré souffrant d'un trouble somatoforme douloureux ou d'une fibromyalgie, jurisprudence qui doit être considérée comme très restrictive. En effet, en l'absence d'une comorbidité

psychiatrique et des autres critères permettant de juger du caractère invalidant de la fibromyalgie, le TFA s'est régulièrement distancé des expertises médicales - ayant pleine valeur probante -, même si l'expert avait estimé que l'expertisé présentait une incapacité totale ou partielle de travail (cf. ATFA non publié du 2 mars 2005, I 690/04; ATFA non publié du 28 juin 2005, I 524/04 ; ATFA non publié du 13 juillet 2005, I 626/04 ; ATFA non publié du 16 août 2005, I 539/04 ; ATFA non publié du 19 août 2005, I 510/04 et I 523/04 ; ATFA non publié du 12 septembre 2005, I 497/04).

En l'espèce, se pose dès lors et en l'absence de comorbidité psychiatrique la question de la présence éventuelle d'autres critères dont le cumul permet d'apprécier le caractère invalidant de la fibromyalgie.

A l'examen de l'expertise, il y a une affection corporelle chronique. En revanche, compte tenu de la capacité de la recourante à assumer quelques tâches ménagères quotidiennes (repas, nettoyages légers et rangements pouvant être effectués sans se pencher) et à faire des promenades une à deux fois par jour, force est de constater qu'elle n'a pas épuisé toutes ses ressources adaptatives. Elle ne subit en outre pas de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, puisqu'elle rend sporadiquement visite à sa famille et a des contacts réguliers avec sa fille. Il convient également de relever qu'elle dit se faire aider pour la plupart des tâches ménagères, ce qui implique un contact social avec des amis. En tant qu'elle ne souffre plus actuellement d'une dépression ayant une répercussion sur sa capacité de travail, il n'y a pas lieu de conclure à l'existence d'un état psychique cristallisé. On ne saurait d'avantage conclure à l'échec des traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art sans évolution possible au plan thérapeutique, puisque l'état psychique de la recourante s'est amélioré et qu'elle ne prend de surcroît aucune médication antidépressive qui pourrait avoir un effet bénéfique sur ses douleurs. En outre, les experts ont préconisé la pratique de physiothérapie à sec sous forme de reconditionnement musculaire et de balnéothérapie ainsi qu'une perte pondérale qui pourraient améliorer la situation physique et psychologique.

Au vu de l'ensemble de ces éléments, et en dépit du caractère chronique des douleurs de l'assurée, dont on ne saurait contester l'existence, l'on doit en revanche nier, d'un point de vue juridique, le caractère invalidant de sa fibromyalgie. Il y a enfin lieu d'ajouter que la profession de la recourante d'employée de bureau est légère et doit être considérée comme adaptée à ses discrets troubles somatiques. Partant, la recourante ne saurait prétendre à des prestations de l'assurance-invalidité et son recours mal fondé doit par conséquent être rejeté.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.

3. L'émolument, fixé à 200 fr., est mis à la charge de la recourante.

4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière	La Présidente
Marie-Louise QUELOZ	Doris WANGELER

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