RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/964/2006 **ATAS/310/2007**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 5

du 21 mars 2007

En la cause

Monsieur M_____, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Jean-Pierre WAVRE	recourant

contre

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

Siégeant : Maya CRAMER, Présidente; Isabelle DUBOIS et Karine STECK, Juges

EN FAIT

1. Monsieur M_____ (ci-après : l'assuré), né en avril 1961, d'origine portugaise, travaille en Suisse depuis 1988 en qualité de manœuvre puis de maçon dans le bâtiment auprès de l'entreprise X_____ SA.

2. Il s'est trouvé en incapacité totale de travail dès le 18 août 2002, en raison de cervicalgies récidivantes, présentes depuis 2000, de céphalées, de brachialgies droites et lombalgies, selon la Dresse A_____, rhumatologue et médecin-traitant de l'assuré. Celui-ci n'a pas repris d'activité professionnelle depuis lors.

3. Dans le cadre de l'assurance perte de gains conclu par son employeur, l'assuré a été soumis à une expertise médicale réalisée le 14 février 2003 par le Dr B_____, chirurgien. Celui-ci a diagnostiqué des douleurs ostéo-articulaires et myofaciales depuis 2000, faisant suite à une épicondylite plâtrée du coude droit, ainsi qu'un état dépressif. L'aggravation des douleurs en 2002 a entraîné une incapacité totale de travail dès août 2002. Selon ce médecin, le patient apparaissait ralenti tant psychiquement que physiquement, avec une posture et une gestuelle très limitées, d'aspect fruste, s'exprimant difficilement en français. L'examen clinique a montré un déconditionnement avec enraidissement général, une cyphose cervico-dorsale et une scoliose lombaire, sans limitation fonctionnelle significative. Plusieurs points de fibromyalgie étaient positifs. Les radiographies de la colonne lombaire ne révélaient pas d'atteinte dégénérative significative et une IRM de janvier 2003 ne mettait en évidence qu'une discrète arthrose inter-apophysaire postérieure C3-C4 et C4-C5. L'incapacité de travail lui semblait justifiée mais il proposait de tenter le plus rapidement possible la réintégration dans le monde du travail, dans une activité légère et adaptée, avec l'aide de l'assurance-invalidité.

4. L'assuré a déposé auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OCAI) une demande de rente d'invalidité en date du 13 juin 2003.

5. Le Dr C_____**,** chef de clinique adjoint au département des neurosciences cliniques et dermatologie**,** a indiqué, dans son rapport médical du 2 juillet 2003, suivre ce patient depuis le 16 décembre 2002. Il a constaté une diminution d'amplitude du rachis cervical à gauche, des mobilisations cervicales, épaule, hanches douloureuses, alors que l'examen clinique à ces niveaux était normal. L'examen neurologique ne présentait pas d'anormalité, à l'exception d'une hypoesthésie au niveau de la face antérieure de la cuisse droite. Selon lui, le scanner pratiqué le 9 janvier 2003 au niveau du rachis cervical montrait une discrète arthrose apophysaire postérieure, sans signe de hernie discale ni anomalie décelable. L'IRM de l'épaule droite du 21 mai 2003 mettait en évidence une minime tendinopathie du sus-épineux et une arthrose acromio-claviculaire discrète. Le bilan clinique présentait une algie importante au niveau des rachis cervical et lombaire, rendant toute mobilisation douloureuse. Il proposait l'arrêt du traitement

physiothérapeutique mais la poursuite du traitement antalgique, consistant en prise de Fluctine, Zyprexa et Saroten. Selon lui, l'état du patient était stationnaire et sa capacité de travail était susceptible d'amélioration par des mesures médicales, sans préciser lesquelles, mais non par des mesures professionnelles. Le pronostic dépendait à son avis étroitement de l'état dépressif de l'assuré et de son évolution. Un examen complémentaire lui semblait nécessaire. Il a en outre précisé qu'en décembre 2002, le patient n'avait pu suivre une cure "Objectifs dos" aux Hôpitaux universitaires de Genève, en raison du syndrome dépressif.

6. Dans son rapport du 8 juillet 2003, la Dresse D_____, neurologue et médecin-traitant de l'assuré, a diagnostiqué des troubles dégénératifs du rachis depuis quatre ans ainsi qu'un état dépressif sévère depuis juin 2002, aggravé par le décès du père de l'assuré en juin 2002, avec recrudescence de toutes les douleurs lombaires et apparition de céphalées quotidiennes intenses et rebelles au traitement antalgique. Elle a indiqué que le traitement au Saroten et Fluctine et Rivotril 0,5, à titre de décontracturant et pour faciliter le sommeil, n'avait permis qu'une légère diminution des céphalées. L'assuré suivait par ailleurs une psychothérapie auprès du Dr E_____, sans amélioration en l'état.

7. Le 1er septembre 2003, le Dr E_____, psychiatre de l'assuré parlant portugais, a posé le diagnostic d'épisode dépressif moyen (F 32.1) ainsi que des cervicobrachialgies droites depuis 2000, avec aggravation en 2002. Les plaintes de l'assuré consistaient en maux de tête, douleurs à la colonne cervicale et lombaire, aux bras, notamment droit, avec sensation de fourmillement et à la jambe droite, ainsi qu'une humeur triste et angoissée. Le médecin a constaté objectivement un patient ralenti, parlant peu de ses émotions, s'énervant facilement, avec pleurs fréquents en rapport avec les douleurs, ainsi qu'un manque de confiance en lui, une fatigabilité accrue et une sensation de poids dans la tête. Il n'a relevé aucun trouble de la personnalité ni aucune particularité comportementale de nature sociale, culturelle ou familiale qui jouerait un rôle dans la dépression, ni aucun surmenage. Selon lui, les décès du beau-père et du père de son patient en 2002 ont aggravé l'état dépressif. Il a confirmé une totale incapacité de travailler en raison de cet état.

8. Par décision du 1er octobre 2003, l'OCAI a mis l'assuré au bénéfice d'une orientation professionnelle pour déterminer ses possibilités de réinsertion.

9. Le rapport intermédiaire du 21 mai 2004 du Dr E_____ a confirmé l'état de santé stationnaire de l'assuré depuis août 2002. Le traitement restait identique à celui instauré précédemment. Ce psychiatre a proposé un stage dans un atelier de l'assurance-invalidité afin d'apporter une réponse plus nuancée à la question des conséquences de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail.

10. Le rapport médical intermédiaire du 8 juin 2004 de la Dresse D_____ a confirmé l'état stationnaire de l'assuré, sans modification de traitement. Elle

n'envisageait pas une reprise par son patient de l'activité professionnelle antérieure, en raison des douleurs évoquées par lui et son absence de motivation. Elle relevait également chez l'assuré l'absence de maîtrise de la langue française et un parcours scolaire minimal. Elle a laissé ouverte la question d'une autre activité adaptée.

11. Suite à la proposition du service de réadaptation professionnelle et du Dr F_____, l'OCAI a diligenté une expertise interdisciplinaire rhumatologique et psychiatrique auprès du Centre d'expertise médicale à Genève (ci-après : COMAI), rendue le 26 janvier 2005. Le Dr D'ORO, rhumatologue, a constaté que l'assuré présentait des douleurs chroniques du rachis allant de la nuque à la région lombaire avec irradiations douloureuses dans les membres supérieurs et inférieurs droits. L'examen clinique et neurologique n'a cependant pas mis en évidence une limitation fonctionnelle objective. Au niveau psychiatrique, la Dresse G_____, psychiatre, a confirmé le diagnostic d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11), depuis au moins deux ans. En consilium, les experts ont retenu que l'assuré conservait une capacité de travail de 50%, dans l'activité exercée jusqu'alors ou dans toute autre activité, ce qui correspondait à six heures par jour avec une diminution de rendement de 33% environ, dès août 2002. Ils ont prôné la mise en place d'une réinsertion professionnelle, qui permette un abaissement des exigences de production plutôt qu'une réduction du temps de présence, qui s'inscrive dans un milieu adapté à l'état dépressif de l'assuré, exempt de stress, mettant en œuvre un apprentissage fondé exclusivement sur la pratique.

12. Par lettre du 7 avril 2005, l'OCAI a attiré l'attention de l'assuré sur son obligation de diminuer le dommage par un traitement adéquat et lui a enjoint, au vu de l'expertise du COMAI, de reprendre un traitement adéquat.

13. Du 31 mai au 17 juin 2005, l'assuré a été suivi par le Centre de thérapie brève de la Jonction (ci-après : le CTB), pour trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen sans syndrome somatique (F33.10). Son traitement médicamenteux a été modifié par deux fois et a permis, selon les Drs H_____ et I_____, une légère amélioration de la symptomatologie douloureuse.

14. Par lettre du 23 août 2005, la Dresse D_____ a demandé au médecin-conseil de l'OCAI de reconsidérer au plus vite la situation de son patient. Elle a contesté que l'assuré ait eu un traitement par antidépresseurs insuffisant. Selon elle, la médication introduite par le CTB n'a pas contribué à améliorer l'état dépressif de son patient.

15. Dans son rapport intermédiaire du 24 octobre 2004, le Dr E_____ a indiqué que l'état de son patient était stationnaire depuis août 2002, sans aggravation. Celui-ci présentait un ralentissement psychomoteur, des difficultés d'attention et de concentration et une thymie abaissée. Le psychiatre confirmait une totale incapacité de travail dans toute activité.

16. Par décision du 8 décembre 2005, l'OCAI a octroyé à l'assuré une demi-rente simple d'invalidité dès le 1er août 2003, en se fondant sur l'expertise interdisciplinaire de 2004, reconnaissant ainsi à l'assuré une capacité de travail de l'ordre de 50% aussi bien dans son activité antérieure que dans une activité adaptée.

17. Par courrier du 19 décembre 2005, l'assuré a fait opposition à cette décision, demandant l'octroi d'une rente entière, au motif qu'il ressentait des douleurs persistantes qui l'obligeaient à changer souvent de positions, l'empêchaient d'aider son épouse dans ses tâches quotidiennes et le rendaient moins patient avec ses enfants et moins tolérant au bruit.

    A l'appui de son opposition, il a joint les certificats médicaux du Dr C_____ du 7 novembre 2005, de la Dresse D_____ du 1er décembre 2005 et du Dr E_____ du 5 décembre 2005, lesquels attestent que l'assuré reste en totale incapacité de travail.

18. Suite à la demande de l'OCAI du 6 janvier 2006, le Dr C_____ a étayé son certificat médical, précisant que les multiples examens médicaux pratiqués en 2003-2004 ne mettaient pas en évidence de cause médicale majeure, sinon un syndrome dépressif majeur. L'état de santé psychique du patient ne permettait pas, selon lui, une reprise du travail même à temps partiel. Il a joint à son courrier le rapport de l'Atelier de réadaptation professionnelle à Beau-séjour couvrant la période du 16 juillet au 11 novembre 2003, à raison de trois demi-journées par semaine. Il en ressort une grande difficulté de communication avec l'assuré, qui ne parle pas le français, et une proposition, non suivie d'effet, de suivre des cours pour l'apprentissage de cette langue. L'assuré est apparu très introverti, lent à se mettre en mouvement, de sorte que le rendement n'a pu être quantifié. L'assuré a été considéré comme inapte au placement dans une quelconque activité professionnelle.

19. Le 14 février 2006, l'OCAI a rejeté l'opposition de l'assuré et maintenu sa décision du 8 décembre 2005, au motif qu'il n'existait aucun fait nouveau objectif depuis l'expertise COMAI. Il ressortait en outre du rapport transmis que la collaboration n'avait pas été optimale.

20. Par acte adressé le 16 mars 2006 au Tribunal de céans, complété par écritures du 25 septembre 2006, l'assuré a interjeté recours contre cette décision et conclu à l'annulation de la décision entreprise, au renvoi du dossier à l'intimé pour nouvelle instruction et, subsidiairement, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, sous suite de dépens. Il allègue que les certificats médicaux proposant une reprise rapide d'une activité datent de plusieurs années. Or, si sa réinsertion professionnelle pouvait paraître possible en 2002, elle est aujourd'hui devenue totalement impossible, au vu du certificat médical du Dr C_____ et du rapport de l'Atelier de réadaptation professionnelle de Beau-Séjour de 2003.

21. Par réponse du 22 mai 2006, l'OCAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée.

22. En date du 1er novembre 2006 s'est tenue devant le Tribunal de céans une audience de comparution personnelle des parties. A cette occasion, le recourant a indiqué qu'il savait lire et écrire en portugais, mais non en français. Il avait refusé le cours proposé dans le cadre de l'Atelier de réadaptation professionnelle car il l'estimait inutile, étant déjà malade à cette époque. Concernant ses activités, il ne sortait que pour acheter le pain, parfois pour accompagner son épouse en commission. Il se levait à 9 heures, se couchait vers 22h et passait sa journée à regarder la télévision. Il recevait de temps à autre la visite de ses deux beaux-frères et nièces. Il avait des amis au Portugal mais non à Genève. Il a encore indiqué que son épouse était au bénéfice d'une rente d'invalidité.

23. Sur ce, la cause a été 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 suivant, 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 let. a ch.2 LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales 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 (LPGA) qui sont relatives à la loi sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI).

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

Le recours, interjeté le 16 mars 2006 contre la décision sur opposition du 14 février 2006, est recevable quant à la forme et aux délais légaux (art. 56 et 60 LPGA).

3. L'objet du litige porte sur l'éventuel droit à une rente entière d'invalidité en faveur du recourant, en lieu et place de la demi-rente octroyée par l'intimé.

4. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). L'incapacité de gain est définie comme la diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, 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 (art. 7 LPGA). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI).

   En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI (dans sa version antérieure au 1er janvier 2004), l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1bis LAI, prétendre à une demi-rente s'il est invalide à 40% au moins. Dès le 1er janvier 2004, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

5. 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). Suivant le chiffre 1007 de la Circulaire de l'OFAS concernant l'invalidité et l'impotence de l'assurance-invalidité (CIIAI), on parle d'atteinte à la santé mentale ou psychique quand, en raison d'une infirmité congénitale, d'un accident ou d'une maladie, il existe un trouble des fonctions mentales, intellectuelles, cognitives ou émotionnelles, permanent ou de longue durée, qui persiste malgré les mesures thérapeutiques et entraîne une incapacité de travail durable, partielle ou totale. La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique 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), qui ne constitue pas à lui seul une base suffisante pour conclure à une invalidité. 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).

En ce qui concerne le diagnostic de dépression, souvent posé par des non-psychiatres, il est insuffisant pour une évaluation de la capacité de travail. Il est en effet nécessaire d'objectiver s'il s'agit d'un épisode dépressif transitoire ou d'un trouble affectif grave durable. Des indications sur le pronostic avec un traitement approprié sont indispensables.

Selon la jurisprudence, les facteurs psychosociaux ou socioculturels ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 8 al. 1 LPGA (cf. art. 4 al. 1 LAI). Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité (ATF 127 V 299 consid. 5a in fine ; Arrêt I 382/03 du 21 janvier 2004 consid. 3.1). En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champs socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (VSI 2000 p. 155).

6. Pour l'appréciation des éléments médicaux, le Tribunal fédéral des assurances a précisé (ATF 125 V 351) 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. 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.

S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité

de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

7. En l'occurrence, l'OCAI a diligenté une expertise interdisciplinaire menée par le COMAI en janvier 2005 tant au plan rhumatologique que psychiatrique. Au plan physique, l'examen neurologique et le bilan radiologique n'ont mis en évidence aucune lésion significative au niveau cervical et lombaire, justifiant une incapacité même partielle de travailler. Selon l'expertise, l'examen clinique s'est avéré très difficile en raison de la résistance de l'assuré aux diverses mobilisations articulaires pour cause de douleurs, particulièrement caricaturales selon l'expert aux niveaux précités. Sur le plan psychiatrique, les experts ont retenu comme pathologie influençant la capacité de travail, un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11) existant depuis au moins deux ans. Ils ont estimé que le recourant, en raison de cet état dépressif, ne pouvait mobiliser entièrement ses facultés physiques. Ils ont proposé une augmentation des doses des deux antidépresseurs et une réévaluation de la situation après 9 à 12 mois, constatant que la symptomatologie dépressive restait trop importante, bien qu'elle ait été certainement améliorée par la prise d'anti-dépresseurs. En ce qui concerne la capacité de l'assuré à réintégrer une activité professionnelle, les experts l'ont estimé fortement réduite, non seulement en raison de la symptomatologie douloureuse et de l'état dépressif du recourant, mais aussi par un manque de motivation. Selon eux, une capacité de travail résiduelle subsiste cependant à hauteur de 50%, équivalant à six heures de travail par jour, avec une diminution de rendement de l'ordre de 33%. Ils ont expliqué leur différence d'interprétation sur cette capacité avec celle des médecins-traitants, d'une part, par une probable amélioration de la dépression en raison des traitements antidépresseurs et, d'autre part, par les facteurs non médicaux, nombreux chez cet assuré (scolarisation minimale, absence de formation professionnelle, travail de force depuis l'âge de 13 ans, immigration sans intégration, surcharge psychosociale avec une épouse dépressive invalide, démotivation pour reprendre une activité professionnelle).

   Force est de constater que cette expertise a pris non seulement en considération les plaintes du recourant, mais également son anamnèse. Les conclusions sont dûment motivées, de sorte que cette expertise revêt une pleine valeur probante. Si les diagnostics posés par les experts concordent avec ceux des médecins ayant suivi le recourant, tel n'est pas le cas de la conséquence de la dépression (F32.11) sur la capacité de travail du recourant. A cet égard, la divergence entre la capacité partielle de travail retenue par les experts et celle, inexistante, constatée par les différents médecins suivant le recourant a été dûment, et de façon convaincante, expliquée par les premiers. Il ressort en effet clairement des avis médicaux des seconds que l'incapacité de travail qu'ils ont retenue chez le recourant a en partie pour source les facteurs socioculturels et psychosociaux identifiés par les experts. Or, de tels facteurs ne peuvent figurer au nombre des atteintes à la santé susceptibles d’entraîner une incapacité de gain selon la jurisprudence. Il convient

encore de relever que parmi les causes expliquant la difficulté du recourant à réintégrer le monde professionnel se trouve un manque de motivation, cause qui ne peut être retenue dans l'évaluation de l'incapacité de gain au sens de l'assurance-invalidité. Il découle de ce qui précède que l'existence d'une capacité de travail partielle, telle qu'estimée par les experts, repose sur une appréciation adéquate de la situation du recourant. C'est donc à juste titre que l'intimé s'est fondé sur cette expertise pour fonder sa décision, laquelle sera confirmée par le Tribunal.

8. Cela étant, le recours sera 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 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.

Le greffier	La présidente
Claire CHAVANNES	Maya CRAMER

La secrétaire-juriste :

Sandrine TORNARE

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