RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1080/2004 **ATAS/871/2005**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 4

du 13 octobre 2005

En la cause

Madame C_____, à ONEX, représentée par Maître MEYER Daniel, en l'Etude duquel elle élit domicile	recourante

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE INVALIDITE, rue de Lyon 97, case postale 425, 1211 GENEVE 13	intimé

Siégeant : Mme Juliana BALDE, Présidente, Mmes Doris WANGELER et Isabelle DUBOIS , Juges

EN FAIT

1. Madame C_____, née le 25 juillet 1971, mariée, d'origine portugaise, est arrivée en Suisse en 1996. Sans formation professionnelle, elle a travaillé essentiellement comme nettoyeuse, à plein temps.

2. Souffrant de lombalgies et de douleurs diffuses, l'intéressée est en arrêt de travail total depuis le 14 novembre 2000.

3. A la demande de SWICA ASSURANCES, assurance indemnité journalière perte de gain, le Docteur G_____ a expertisé l'assurée. Dans son rapport du 8 mars 2001, l'expert a constaté une somatisation importante avec probablement un risque sinistrosique, évoquant le diagnostic de fibromyalgie, associé à un état dépressif larvé. L'incapacité de travail lui paraissait justifiée.

4. L'intéressée a déposé en date du 4 septembre 2001 une demande de prestations auprès de l'assurance-invalidité, sollicitant un placement.

5. L'Office cantonal AI (ci-après OCAI) a requis des renseignements auprès des différents médecins ayant traité l'assurée. Dans son rapport du 8 octobre 2001, le Docteur H_____ a posé les diagnostics de fibromyalgie, kyste douloureux multirécidivant du poignet gauche, lombalgie basse et de douleurs aux avant-pieds droit et gauche, avec répercussions dur la capacité de travail. Cette dernière était de 100 % depuis le 14 novembre 2000, pour une durée indéterminée. Il a précisé que le moral restait malgré tout excellent, ce qui est rare dans la fibromyalgie. Une reprise de travail était impossible et un reclassement illusoire, vu l'absence de qualification.

6. La Doctoresse I_____, spécialiste FMH en médecine interne et maladies rhumatismales, a mentionné dans son rapport du 12 novembre 2001 qu'elle n'avait vu la patiente qu'à deux ou trois reprises en février 2001 pour des polyarthralgies, probablement dans un contexte de fibromyalgie. Quant aux répercussions de cette affection sur la capacité de travail, elle renvoyait au médecin traitant.

7. Dans un rapport adressé en date du 29 avril 2003 au Docteur K_____, le Docteur L_____, spécialiste en chirurgie orthopédique, a indiqué qu'à la consultation du 13 février 2003, la patiente présentait une maladie de Morton bilatérale dans les 2ème et 3ème métatarsiens, en relation avec un affaissement des voûtes transverses dans le contexte d'hallux valgus bilatéraux opérés. Il a procédé à des infiltrations et a fait modifier les semelles orthopédiques.

8. L'OCAI a ordonné un examen bidisciplinaire et a mandaté le Service médical régional AI à cet effet (ci-après SMR LEMAN). Dans son rapport du 29 septembre 2003, LE SMR LEMAN a posé les diagnostics de fibromyalgie, status après résection itérative d'un kyste arthro-synovial du poignet gauche, métatarsalgies et a

conclu à une capacité de travail exigible de 100 % dans n'importe quelle activité, dès lors qu'il n'y a aucune atteinte fonctionnelle sur le plan rhumatologique et psychiatrique.

9. Par décision du 10 octobre 2003, l'OCAI a rejeté la demande de mesures d'ordre professionnel et de rente, au motif que l'assurée ne présentait aucune atteinte à la santé justifiant une incapacité de travail et que les facteurs sociaux ne pouvaient être pris en compte par l'assurance-invalidité.

10. L'intéressée, par l'intermédiaire de son conseil, a formé opposition le 17 octobre 2003. Elle conteste les conclusions du SMR LEMAN et se réfère à un certificat médical établi par le Docteur M_____ le 23 octobre 2003, mentionnant des symptômes dépressifs importants, avec troubles anxieux, en relation avec une fibromyalgie. Une reprise de travail n'était pas envisageable. Elle a également produit un rapport du Docteur K_____ du 11 novembre 2003, qui confirme la présence de très nombreux points douloureux à la palpation évoquant un syndrome somatoforme douloureux chronique dans le cadre d'un état dépressif sévère.

11. Par décision du 16 avril 2004, l'OCAI a rejeté l'opposition, au motif que l'assurée ne présente aucune atteinte à la santé physique ou psychique. De surcroît, si le diagnostic de trouble somatoforme douloureux devait être retenu, il ne remplit aucun des critères exigés par la jurisprudence pour être qualifié d'invalidant. Enfin, les certificats médicaux produits par l'assurée n'apportent aucun élément nouveau.

12. L'intéressée, représentée par son mandataire, a interjeté recours le 18 mai 2004. Elle conteste les conclusions du rapport SMR, notamment sur le plan psychiatrique, faisant valoir qu'elle bénéficie d'un suivi psychiatrique et d'un traitement médicamenteux depuis le mois de janvier 2003. Elle relève qu'elle avait consciemment occulté deux événements marquants de sa vie, à savoir un viol subi à l'âge de 14 ans et un avortement contraint à l'âge de 20 ans, ainsi que deux tentatives de suicide en 1987 et 1999. Les médecins du SMR ne se sont ainsi pas prononcés en toute connaissance de cause. L'avis du Docteur M_____ est corroboré par celui du Docteur N_____, des HUG, aux termes duquel le trouble dépressif sévère récurrent entraîne une incapacité de travail totale. Elle conclut à l'octroi d'une rente entière d'invalidité.

13. Dans sa réponse du 21 juin 2004, l'OCAI expose avoir soumis les deux certificats médicaux produits par la recourante au SMR ; s'agissant du Docteur N_____, il rappelle que ce dernier est l'ancien médecin traitant de la recourante et ne l'a pas revue depuis l'année 2000. Il ne saurait en conséquence se déterminer sur une éventuelle incapacité de travail ultérieure. L'OCAI relève au surplus les contradictions contenues dans le rapport du Docteur M_____ par rapport à l'expertise psychiatrique, dans la mesure où les dires de l'assurée ne sont pas les

mêmes et que le diagnostic de trouble dépressif récurrent ne repose sur aucune description du status. Il considère qu'il n'y a pas d'aggravation de l'état de santé, ni d'apparition d'une nouvelle atteinte à la santé.

14. Dans sa réplique, la recourante a persisté dans ses conclusions et produit copie du compte-rendu opératoire établi par les HUG en date du 25 mars 1993 suite à l'interruption de grossesse, ainsi que d'un rapport de consultation effectué le 7 juin 1999 par le département de chirurgie, faisant état d'une thymie plutôt dépressive. Elle indique au surplus qu'elle a dû renoncer à ses vacances au Portugal, en raison d'une thrombose musculaire.

15. Ces pièces ont été communiquées à l'OCAI qui a maintenu sa position.

16. Le Tribunal de céans a invité le Docteur M_____ à répondre à diverses questions relatives à l'anamnèse, l'état de santé et la date de l'apparition des troubles psychiques de sa patiente.

17. Dans sa réponse, le Docteur M_____ a précisé que le premier tentamen avait eu lieu en 1990 et le dernier en 1996, sans suivi médical. Les somatisations ont commencé en 1995. Il expose qu'il existe un lien entre la situation sociale de sa patiente et sa symptomatologie psychiatrique, mais qui ne suffit pas à tout expliquer.

18. Après avoir pris connaissance du courrier précité, l'OCAI a persisté dans ses conclusions. La recourante a quant à elle valoir que le certificat médical du Docteur M_____ confirmait le bien-fondé de son recours.

.

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 LOJ, le Tribunal de céans connaît, en instance unique, des contestations de l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (ci-après LPGA) qui sont relatives à la loi 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 la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). En revanche, 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). C'est pourquoi les procédures pendantes au 1er janvier 2003 ou introduites après cette date devant un tribunal cantonal compétent en matière d'assurances sociales sont régies par les nouvelles règles de procédure contenues dans la LPGA et par les dispositions de procédure contenues dans les différentes lois spéciales modifiées par la LPGA.

   En tant que le cas d'espèce porte sur le droit à des prestations antérieurement au 1er janvier 2003, il demeure régi par les dispositions matérielles en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002, qui seront dès lors citées dans leur ancienne teneur (cf. dispositions transitoires, art. 82 al. 1er LPGA) ; en revanche, les règles de procédure applicables sont celles de la LPGA.

   Déposé dans les forme et délai imposés par la loi, le présent recours est recevable (cf. art. 56 et 60 LPGA).

4. Est litigieuse en l'espèce la question de savoir si la recourante présente une atteinte à sa santé justifiant l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité, notamment d'une rente.

   L'invalidité est définie par la loi comme 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 (art. 4 al. 1er LAI). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (Meyer-Blaser, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8).

   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).

Selon l'art. 4 al. 2 LAI, l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. Ce moment doit être déterminé objectivement, d'après l'état de santé ; des facteurs externes fortuits n'ont pas d'importance. Il ne dépend en particulier ni de la date à laquelle une demande a été présentée, ni de celle à partir de laquelle une prestation a été requise, et ne coïncide pas non plus nécessairement avec le moment où l'assuré apprend, pour la première fois, que l'atteinte à sa santé peut ouvrir droit à des prestations d'assurance.

S'agissant du droit à une rente, la survenance de l'invalidité se situe au moment où celui-ci prend naissance, conformément à l'art. 29 al. 1 LAI, soit dès que l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40 pour cent au moins ou dès qu'il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 pour cent au moins pendant une année sans interruption notable mais au plus tôt le 1er jour du mois qui suit le dix-huitième anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 2 LAI ; ATF 126 V 9 consid. 2b et les références ; consid. 4.3.1 de l'arrêt P. du 1er mai 2003, I 780/02).

5. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1).

   En l'occurrence, selon le rapport du médecin traitant, le Docteur H_____, du 8 octobre 2001, la recourante souffre de fibromyalgie, de douleurs lombaires et aux avant-pieds, ainsi que d'un kyste douloureux multirécidivant du poignet gauche. Elle est en incapacité de travail à 100 % depuis le 14 novembre 2000 : le médecin estime que l'activité exercée jusqu'ici n'est plus possible, l'assurée doit alterner les positions et éviter le port de charges. Il relève que le moral reste excellent, ce qui est rare dans la fibromyalgie. Un reclassement professionnel est illusoire, vu l'absence de qualification.

   Le Docteur G_____, spécialiste FMH en chirurgie, a expertisé la recourante à la demande de la SWICA : dans son rapport du 8 mars 2001, il expose qu'à l'examen clinique, il n'a pas constaté de limitation objective, mais que tous les

mouvements sont déclarés très douloureux par la patiente. S'agissant de l'incapacité de travail, il n'était pas certain qu'il existait des raisons objectives somatiques interdisant la reprise d'une activité professionnelle, mais le diagnostic de fibromyalgie entraînait ipso facto une incapacité de travail. L'expert avait surtout l'impression d'être en face d'une somatisation importante avec probablement un risque sinistrosique : il existait probablement un état dépressif larvé associé et le pronostic, à court terme, lui paraissait très réservé.

Le rapport du SMR LEMAN mentionne qu'à l'examen clinique, la patiente est en excellent état général, avenante et souriante. Il existe de discrets troubles de la statique vertébrale, mais la mobilité du rachis est normale, de même que le status ostéoarticulaire. Il n'y a aucune pathologie inflammatoire quelconque, ni de corrélation entre les plaintes de l'assurées et les constatations qui peuvent être faites cliniquement et radiologiquement. Le diagnostic de fibromyalgie est posé faute de mieux, car la description anamnestique des plaintes et du status clinique ne sont pas absolument typiques d'une telle affection. Sur le plan psychiatrique, l'assurée est détendue, collaborante et orientée aux trois modes. Aucun trouble de la mémoire, de l'attention ou de la concentration n'a été observé, ni de ralentissement psychomoteur. L'assurée ne présente pas d'angoisses persistantes, ni d'attaques de panique en faveur d'un diagnostic d'anxiété généralisée ni de phobies en faveur d'un trouble phobique. L'assurée ne présente pas de symptômes de la lignée psychotique, ni de la lignée dépressive. Elle est ouverte à la relation, démonstrative, plaintive et par moment manipulatrice. L'assurée présente des troubles du sommeil à cause de ses douleurs. Il n'y a pas de signe de souffrance psychique et dans l'ensemble, le status psychiatrique est dans les limites de la norme. Les médecins ne partagent pas l'avis du Docteur G_____ quant à l'évaluation de la capacité de travail, car en l'absence d'une quelconque pathologie organique et psychopathologique, il n'y a pas lieu de reconnaître d'incapacité de travail dans quelque activité que ce soit. Selon eux, l'assurée ne présente aucune limitation fonctionnelle et la capacité de travail est exigible à 100 % dans n'importe quelle activité.

6. La recourante conteste les conclusions du rapport du SMR LEMAN et se réfère aux rapports des Docteurs M_____, qui mentionne un état dépressif chronique, et N_____, qui fait état d'un trouble dépressif sévère récurrent. Elle allègue qu'elle n'a pas exprimé tous les traumatismes qu'elle a subis dans sa vie, tel qu'un viol à l'âge de 14 ans et un avortement contraint à l'âge de 20 ans, événements qui ont eu des conséquences sur son état psychique.

   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. La jurisprudence a donc précisé les tâches du médecin, par exemple lors de l'évaluation de l'invalidité ou de l'atteinte à l'intégrité, ou lors de l'examen du lien de causalité naturelle entre l'événement accidentel et la survenance du dommage (ATF 122 V 158 consid. 1b et les références; Spira, La preuve en droit des assurances sociales, in : Mélanges en l'honneur de Henri-Robert Schüpbach - Bâle, 2000, p. 268). Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office AI, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'AI (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b; Stéphane Blanc, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142).

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 l'occurrence, comme le relève à juste titre l'intimé, le Docteur N_____ est l'ancien médecin traitant de la recourante, qu'il n'avait plus revue depuis 2000. Il a établi son rapport en date du 5 mai 2004, à la demande de sa patiente. Or, selon la jurisprudence du TFA, le médecin traitant a un mandat de soins. Il est dans une position particulière, en raison de la confiance réciproque qui régit la relation patient/médecin. Il n'a pas, d'emblée, de raison de mettre en doute l'incapacité alléguée par son patient, surtout dans une situation d'évaluation difficile. En principe, il fait donc confiance à son patient, ce qui est souhaitable, et ne fait donc pas toujours preuve de l'objectivité nécessaire, guidé qu'il est par le souci, louable en soi, d'être le plus utile possible à son patient. La règle est d'ailleurs qu'il se récuse pour l'expertise de ses propres patients (VSI 2001, 109 consid. 3b/cc ; RCC 1988, p. 504 consid. 2). L'expert est dans une position différente puisqu'il n'a pas un mandat de soins, mais un mandat d'expertise, en réponse à des questions posées par des tiers. Il tient compte des affirmations du patient. Il doit parfois s'écarter de l'appréciation plus subjective du médecin traitant (VSI 2001 p. 109 consid. 3b/bb). Pour ce qui concerne les rapports émanant des médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait relevant de l'expérience que, de par sa position de confident privilégié que lui confère son mandat, le médecin traitant tranchera dans le doute en faveur de son patient (ATF 124 I 175 consid. 4 et les références citées ;

Plädoyer 6/94 p. 67). De surcroît, dans la mesure où le docteur N_____ se prononce sur une incapacité totale de travail depuis novembre 2000, en raison de troubles psychiques, ce rapport ne saurait avoir une quelconque valeur probante.

Quant au Docteur M_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, il déclare suivre la patiente depuis le 23 janvier 2003 pour un état dépressif chronique, en partie dû à une anamnèse personnelle extrêmement difficile à assumer. Il mentionne le viol et l'avortement subis par la recourante et relève que la patiente souffre d'une fibromyalgie invalidante, ainsi que d'autres syndromes douloureux.

A la demande du Tribunal de céans, le Docteur M_____ a confirmé qu'il suivait la recourante depuis le début de l'année 2003 et a précisé que le premier tentamen avait eu lieu en 1990, le dernier en 1996 et qu'ils n'avaient pas fait l'objet d'un suivi ou d'une assistance médicale. S'agissant des somatisations, elles ont débuté en 1995 sous forme d'une fibromyalgie sévère, mais la patiente n'a pas réussi à faire reconnaître ses souffrances. Il explique que la recourante s'est sentie mieux durant toute le période où elle a préparé le dossier de sa demande de rente partielle AI, car elle avait l'espoir que ses souffrances allaient être enfin reconnues et prises en compte. S'agissant de son état de santé, il relève qu'en 2004 se sont ajoutés des sentiments de découragements et d'injustice, de non reconnaissance, qui n'ont pas arrangé les choses. Il souligne que « derrière une façade pimpante et souriante, il ne faut pas creuser beaucoup pour retrouver les sentiments dépressifs intenses et toujours présents ».

La description faite par le médecin traitant ne permet toutefois pas d'admettre qu'objectivement, l'état de santé de la recourante se soit aggravé en 2004. Il sied d'ailleurs de relever que celle-ci s'est sentie mieux durant toute la période où elle a préparé le dossier de sa demande de rente partielle AI, car elle avait l'espoir que ses souffrances allaient enfin être reconnues. A cela s'ajoute qu'il est fait référence à des facteurs psycho-sociaux pour tenter d'expliquer l'invalidité de la recourante : son mari est impotent, elle a deux enfants en bas âge et toute la famille vit des maigres subsides de l'Hospice Général et ne fait que s'endetter. Le lien entre la situation sociale et la symptomatologie psychiatrique est évident, même s'il ne suffit pas à tout expliquer. Pour le médecin traitant, la perte très jeune de son père, l'exil seule, le secret des viols subis à l'adolescence, la misère psychique et financière ont été autant de traumatismes durables.

Le Tribunal de céans constate que les conclusions du médecin traitant n'apportent rien de nouveau quant au diagnostic psychiatrique, que la description du status clinique ne fait pas état de troubles autres que des sentiments dépressifs, de tristesse et d'injustice. D'autre part, le diagnostic de syndrome douloureux n'a précisément pas été retenu par les experts du SMR LEMAN et l'importance des facteurs psycho-sociaux apparaît au premier plan.

Dans ces conditions, ces rapports ne sauraient remettre en question les conclusions claires et bien motivées du rapport du SMR LEMAN fondées sur un examen complet de l'assurée, selon lesquelles elle ne présente aucune limitation justifiant une incapacité de travail.

Mal fondé, 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 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).

Le greffier	La Présidente
Walid BEN AMER	Juliana BALDE

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