RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1430/2003 **ATAS/467/2004**

ARRÊT

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

du 16 juin 2004

4ème Chambre

En la cause

Madame D_____, comparant par Maître Pierre-Bernard PETITAT, en l'étude duquel elle élit domicile	recourante

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE INVALIDITE, Rue de Lyon 97, Genève	intimé

Siégeant : Mme Juliana BALDE, Présidente, Mmes Isabelle DUBOIS et Karine STECK, juges

---

EN FAIT

1. Madame D_____, née en 1962, a été mise au bénéfice d'une rente d'invalidité de 100% dès août 1995, puis de 50% dès le 1er septembre 1997, en raison de lombalgies chroniques, de gonalgies post-traumatiques ainsi que d'un état dépressif.

2. Invoquant une aggravation de son état de santé, l'assurée a sollicité le 26 avril 2000 la révision de sa rente.

3. Par décision du 25 janvier 2001, l'Office cantonal AI (ci-après l'OCAI), a rejeté sa demande et maintenu le droit à la demi-rente d'invalidité.

4. L'assurée a interjeté recours auprès de la Commission cantonale de recours en matière d'assurance-invalidité (ci-après la Commission cantonale de recours), invoquant l'absence d'expertise médicale. Par décision du 21 avril 2001, l'OCAI a annulé celle du 25 janvier précédant et proposé la mise en œuvre d'une expertise multidisciplinaire, ce que l'assurée avait accepté. La Commission cantonale de recours avait en conséquence déclaré le recours sans objet et rayé la cause du rôle.

5. L'assurée a été adressée au Centre d'observation médical de l'assurance-invalidité (COMAI), où elle a été examinée en février et mars 2002. Dans son rapport d'expertise du 24 avril 2002, le COMAI a posé les diagnostics suivants, avec influence essentielle sur la capacité de travail : syndrome somatoforme douloureux persistant sous forme de douleurs diffuses au niveau de l'appareil locomoteur, trouble mixte de la personnalité, trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, sans syndrome somatique, discopathie C6-C7, arthrose fémoro-tibiale, chondropathie rotulienne du genou gauche. L'anémie ainsi que l'excès pondéral constituent en revanche des diagnostics sans influence essentielle sur la capacité de travail. Sur le plan somatique, et notamment rhumatologique, les médecins ont relevé l'élément nouveau le plus important qui semble être représenté par une diffusion des douleurs à pratiquement l'ensemble de l'appareil locomoteur depuis l'automne 2000, avec une aggravation de l'intensité des douleurs diffuses depuis février 2001. La consultation de rhumatologie a révélé que la capacité de travail était limitée pour les professions nécessitant des mouvements de flexion-extension, des rotations répétitives de la colonne cervicale, le maintien de la position statique prolongée sans possibilité de varier la position de plus d'une heure, les travaux prolongés à l'écran d'ordinateur et la conduite d'un véhicule. Dans ces cas, la capacité de travail est de 50%. En revanche, pour des travaux adaptés, respectant les conditions énoncées ci-dessus,

la capacité de travail d'un point de vue rhumatologique seul est de 80%. La consultation de psychiatrie a révélé que l'assurée ne présentait pas de symptomatologie psychotique floride, tels que délire ou hallucination objectivées durant l'entretien et que l'expertisée était orientée aux trois modes. Elle souffre d'un trouble dépressif récurrent dont l'épisode actuel peut être qualifié de moyen, d'un syndrome douloureux somatoforme persistant ainsi que d'un trouble mixte de la personnalité. D'un point de vue psychiatrique, l'assurée présente une incapacité de travail d'environ 70%. Toutefois, dans leur appréciation globale du cas, les médecins du COMAI se sont écartés de l'avis du médecin traitant et de leur consultant en psychiatrie, estimant que selon le modèle bio-psychosocial, l'appréciation permet de conclure à une discrète aggravation de l'état de santé de la patiente depuis l'automne 2000, époque de la diffusion des douleurs à l'ensemble de l'appareil locomoteur sans aucune amélioration, mais ni aggravation en ce qui concerne l'état dépressif et le trouble de la personnalité. Les médecins notent une amélioration de l'obésité morbide suite à une intervention chirurgicale de l'estomac (bypass gastrique) pratiquée en 1998 et depuis l'automne 2000, la capacité de travail a diminué, à leur avis, d'un maximum de 10% dans le cadre d'un emploi de type adapté. En conclusion, le COMAI estime qu'il n'y a pas eu d'aggravation telle depuis la décision de l'Office cantonal AI de 1997 qu'elle diminue la capacité de travail de plus de 10% des 50% déjà reconnus. L'assurée présente une capacité de travail résiduelle de l'ordre de 40 à 50% dans le cadre de la dernière occupation temporaire effectuée (manœuvre) ou dans le cadre de la dernière activité fixe de vendeuse.

6. Par décision du 21 janvier 2003, l'OCAI a rejeté la demande de révision de l'intéressée, au motif que son degré d'invalidité n'avait pas changé au point d'influencer son droit à la rente.

7. L'assurée, représentée par Maître Pierre-Bernard PETITAT, a formé opposition en date du 21 février 2003, produisant un certificat médical du Docteur A_____. Après avoir soumis le certificat médical précité à son service médical, l'OCAI, par décision du 17 mars 2003, a rejeté l'opposition formée par l'assurée.

8. Par l'intermédiaire de son conseil, l'assurée a interjeté recours le 22 avril 2003 auprès de la Commission cantonale de recours, au motif que son état de santé s'était aggravé de manière significative, ainsi qu'en attestaient les certificats médicaux établis par les Docteurs A_____ et B_____. La recourante a fait valoir qu'elle était inapte à effectuer un quelconque travail, de sorte qu'une rente entière d'invalidité devait lui être accordée. Subsidiairement, elle a demandé

qu'une instruction complémentaire soit effectuée par des médecins indépendants de l'assurance-invalidité, visant à déterminer son degré d'invalidité.

9. Dans sa réponse du 28 mai 2003, l'OCAI relève que le rapport médical du Docteur A_____ du 21 février 2003 énumère des diagnostics déjà connus, mais il n'apporte pas la preuve d'une aggravation par rapport à l'expertise du COMAI. Quant au rapport du Docteur B_____, il ne contient pas d'éléments nouveaux ni de faits susceptibles de démontrer que l'appréciation du COMAI a été incomplète ou qu'elle n'a pas tenu compte de toutes les pathologies alléguées. Il conclut au rejet du recours.

10. En cours de procédure, la recourante a produit un nouveau certificat médical établi par le Docteur C_____, rhumatologue FMH, en date du 4 juillet 2003, dont il résulte que la patiente présente un tableau clinique très évocateur d'une fibromyalgie, sur la base d'un bilan biologique qui ne révèle pas de syndrome inflammatoire. Ce certificat a été communiqué à l'OCAI.

11. Pour le surplus, les divers allégués des parties seront repris en tant que de besoin dans la partie en droit ci-après.

EN DROIT

1. a) 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 (art. 1 let. r LOJ).

Dans un arrêt du 30 mars 2004, cependant, le Tribunal administratif (ci-après TA) a constaté d'office la nullité de l'art. 1 let. r LOJ, considérant que le TCAS avait été créé en violation de l'art. 131 de la Constitution genevoise - Cst GE -.

b) Force est de constater que cette conclusion ne saurait lier le tribunal de céans, aux motifs suivants :

- elle ne figure pas dans le dispositif de l'arrêt. Or, seul le dispositif d'un jugement peut acquérir l'autorité de la chose jugée, et non ses motifs. L'autorité de la chose jugée ne s'étend à ceux-ci que dans la mesure où le dispositif y renvoie expressément et où ils se rapportent à la question

litigieuse (ATF 96 I 295 ; Knapp, Précis de droit administratif, 4ème édition, 1991, p. 248 ss ; Habscheid, droit judiciaire privé suisse, 1981 p. 313 et ss.).

- l'autorité de la chose jugée ne vaut quoi qu'il en soit que pour les moyens que le tribunal pouvait examiner (cf. Knapp, op. cit. p. 251). Or, il apparaît en l'espèce douteux que le TA devait, et même pouvait, à l'occasion d'un recours interjeté pour violation des droits politiques contre un arrêté du Conseil d'Etat fixant la date de l'élection des juges assesseurs au TCAS, contrôler la constitutionnalité de la loi instituant cette juridiction.

- une loi inconstitutionnelle ne saurait être déclarée nulle. Seul, l'acte pris en application de celle-ci est annulable (cf. Jean-François Aubert, Bundesstaatsrecht der Schweiz, vol. I, 1991, p. 178, note 430). Il convient au surplus de relever qu'un tribunal se doit en règle générale d'agir avec retenue, plus particulièrement lorsque les conséquences de l'annulation bouleverseraient tout un régime juridique (ATF 112 Ia 313). Tel est manifestement le cas ici, dès lors que le considérant topique de l'arrêt du TA revient à nier l'existence d'une juridiction qui fonctionne depuis le 1er août 2003 déjà, et dont les juges titulaires, ainsi que les juges suppléants, ont été régulièrement élus.

c) Le TCAS examine d'office sa compétence ; vu l'arrêt du TA du 30 mars 2004 niant jusqu'à son existence, il a également à vérifier la conformité à l'art. 131 Cst GE de la loi l'instituant.

Le TCAS est une juridiction administrative spéciale, en ce sens qu'elle traite du domaine particulier des assurances sociales. Il y a lieu de rappeler que selon l'art. 57 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales -LPGA-, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, chaque canton institue un tribunal des assurances, qui statue en instance unique sur les recours dans le domaine des assurances sociales. Cette disposition légale fédérale oblige les cantons à regrouper tout le contentieux des assurances sociales sous le même toit, contentieux jusque là réparti à Genève entre diverses commissions cantonales de recours et le TA. C'est ainsi pour répondre à l'exigence posée par la loi fédérale que le législateur genevois a créé le TCAS.

Selon l'art. 131 al. 1 Cst GE, « La loi établit des tribunaux permanents pour juger toutes les causes civiles et pénales ; elle en règle le nombre, l'organisation, la juridiction et la compétence ». Lors de la création du TA en 1971, la disposition constitutionnelle a été complétée par un alinéa 2, libellé comme suit : «Un tribunal

administratif est institué pour statuer sur les recours de droit administratif dans les cas où la loi le prévoit ».

La Constitution s'interprète selon les mêmes principes que les lois ordinaires. Les règles d'interprétation permettant au juge de dégager le sens d'une disposition sont connues : ce dernier peut recourir à une interprétation littérale, historique, téléologique ou systématique de la norme. Le juge devra partir prioritairement du texte clair de la loi. Le TA, dans son arrêt du 30 mars 2004, a considéré que le texte de l'art. 131 al. 2 Cst GE ne laissait pas de place pour d'autres tribunaux statuant sur les recours de droit administratif ; il a interprété « un tribunal » comme signifiant « un seul tribunal ». Or, l'art. 131 al. 2 Cst GE précise que ce tribunal administratif est institué « dans les cas où la loi le prévoit ». C'est dire que nécessairement le reste du contentieux administratif relève d'autres juridictions. Ainsi l'interprétation littérale permet à elle seule de conclure que le terme « un » doit être qualifié, grammaticalement, d'article indéterminé.

Une telle analyse est du reste confirmée par les interprétations historique et téléologique. Il résulte des travaux préparatoires (Mémorial du Grand Conseil – MGC - 1970, p. 554 ss.) que le législateur en 1970 entendait créer, aux côtés des juridictions civiles et pénales existantes prévues à l'art. 131 al. 1 Cst GE, un tribunal administratif indépendant du pouvoir exécutif. Ce tribunal était destiné à remplacer les autres autorités – Conseil d'Etat, commissions de recours, etc… qui avaient à connaître des recours contre les décisions des départements. Il n'était cependant pas question que ce remplacement soit général, raison pour laquelle ce tribunal s'était vu doté de compétences d'attribution. Il était évident que certaines commissions spéciales devaient subsister, notamment en raison de leur composition particulière (composition paritaire, experts…). Selon le Mémorial du Grand Conseil, p. 557, « dans le système envisagé, le TA, le Conseil d'Etat et les commissions spécialisées dont le maintien aura été décidé, constitueront autant de juridictions administratives distinctes et indépendantes, entre lesquelles se répartiront les compétences ».

Dès le 1er janvier 2000, le TA a été mis au bénéfice d'une clause générale de compétence. Il est ainsi devenu la juridiction administrative supérieure de droit commun (art. 56 A LOJ). A nouveau, le maintien des commissions de recours spéciales a été expressément réaffirmé (MGC 1997, p. 9430). La constitutionnalité de ces juridictions n'a de plus jamais été remise en cause, ni par le TF ni par le TFA. On ne voit pas dans ces conditions ce qui aurait empêché le législateur, quelques années plus tard, de confier la compétence en matière d'assurances sociales,

jusque là dévolues à ces commissions de recours, à une juridiction administrative spéciale, le TCAS en l'occurrence.

Si l'on devait suivre l'interprétation du TA dans son arrêt du 30 mars 2004, non seulement le TCAS, mais également toutes les autres commissions de recours spéciales, y compris celles rattachées au TA lui-même seraient inconstitutionnels. Tel n'a manifestement pas été le but visé par le législateur.

Au vu de ce qui précède, la création du TCAS en application de la LPGA est conforme à la Constitution genevoise.

L'élection des juges assesseurs ayant par ailleurs été annulée par le Tribunal fédéral, dans son arrêt du 27 janvier 2004, le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février 2004, une disposition transitoire permettant au TCAS de siéger sans assesseurs à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux assesseurs.

2. Conformément à l'article 3 alinéa 3 des dispositions transitoires de la loi du 14 novembre 2002 modifiant la LOJ, la présente cause, introduite avant l'entrée en vigueur de la loi et pendante devant la Commission cantonale de recours AVS-AI, a été transmise d'office au Tribunal cantonal des assurances sociales, statuant en instance unique, notamment sur les contestations relatives à la loi fédérale sur l'assurance invalidité (cf. articles 1, lettre r et 56V al. 1 let. a, ch. 1 LOJ). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

   La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses disposisions légales. Elle est applicable à l'AI, sauf dérogation expresse (article 1, alinéa 1 LAI). Le présent recours, interjeté dans le délai de trente jours dès la notification de la décision sur opposition, est recevable en la forme (articles 56, 58 à 60 LPGA).

3. Selon l'article 17 alinéa 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité ou l'impotence de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 3 RAI). Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au

moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 125 V 369 consid. 2 et la référence ; ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). D'après la jurisprudence, la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 113 V 275 consid. 1a et les arrêts cités ; ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b).

En l'espèce, la révision de la rente de l'assurée a été sollicitée par le Docteur D_____, du Établissement hospitalier, qui mentionnait que sa patiente souffrait d'un syndrome anxio-dépressif chronique associé à des cervicalgies importantes très invalidantes, raisons pour lesquelles il sollicitait ainsi une rente à 100% (cf. pièce n° 2 fourre 3 dossier OCAI). Après avoir dans un premier temps refusé d'admettre une aggravation de l'état de santé de la recourante, l'OCAI a finalement proposé de soumettre l'assurée à une expertise multidisciplinaire qui a été effectuée au COMAI de Lausanne.

Les experts ont pris connaissance de l'intégralité du dossier et examiné la recourante les 5, 13 février et 1er mars 2002. En ce qui concerne les douleurs diffuses de l'appareil locomoteur, les médecins du COMAI relèvent qu'en 1996, le seul diagnostic rhumatologique posé par le Dr E_____, médecin traitant de l'époque, était celui de chondropathie fémoro-patellaire. Les cervicalgies importantes très invalidantes décrites en avril 2000 par le Dr D_____, nouveau médecin traitant, n'ont pas été objectivées par l'examen neurologique : en effet, sur la base notamment d'un ENMG, le Dr F_____ n'a constaté aucun signe pour une récidive de neuropathie des nerfs médians au carpe ni pour une radiculopathie cervicale déficitaire (cf. rapport d'expertise, p. 7, dossier VD). Les investigations radiologiques pratiquées n'ont jamais montré de lésion organique notable pouvant expliquer la totalité des plaintes. L'IRM cervicale du 8 février 2001 a montré une petite hernie discale ne comprimant pas le cordon médullaire ; celle du 1er mars 2001, de la région lombo-sacrée a révélé une discrète spondylose lombaire étagée avec une petite arthrose interarticulaire et une légère protrusion discale L5-S1. Enfin, l'IRM de la colonne dorsale effectuée le 22 février 2002 a été décrite comme normale. En mars 2001, le Dr G_____ n'a retenu aucune indication opératoire neurochirurgicale en l'absence de toute compression neurologique chez une patiente se plaignant de paresthésies dans les deux membres supérieurs, sans déficit neurologique. Les examens radiologiques pratiqués en août 2001 par le Dr H_____ ont révélé une dégénérescence discale C5-C6 et C6-C7, mais sans discopathie, une protrusion discale C5-C6, une hernie discale mais sans répercussion sur les racines, un canal cervical

constitutionnel relativement étroit, pas de rétrécissements des trous de conjugaisons. L'IRM du genou gauche a montré une arthrose fémoro-tibiale modérée notamment.

Les experts ont noté que la symptomatologie douloureuse survient dans un contexte psychosocial particulier et qu'il existe également des signes de non organicité. Dans le cas de la recourante, l'évolution s'oriente vers un syndrome somatoforme douloureux chronique de l'appareil moteur, de type fibromyalgie non classique. Dans une activité adaptée, respectant les limitations, la capacité de travail d'un point de vue rhumatologique seul, est de 80 %. Dans l'activité de vendeuse, la capacité de travail est estimée à 50 %, en raison des douleurs qui ont une répercussion fonctionnelle, et, pour les activités ménagères, elle est de 70 % (cf. rapport COMAI, p. 18).

Il résulte de la consultation de psychiatrie que la recourante souffre depuis juillet 1995, soit deux mois après la naissance de son troisième enfant, d'un état dépressif, que la patiente décrit comme stable, sans aucune amélioration ni aggravation notable. Un traitement antidépresseur a été entrepris et suivi jusqu'en 2001, moment où la patiente a interrompu ce traitement en l'absence d'amélioration. L'anamnèse révèle un contexte psycho-social difficile et une humeur dépressive depuis l'adolescence, avec des épisodes beaucoup plus marqués, notamment après ses deux divorces. Le médecin psychiatre a posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent d'intensité moyenne, trouble mixte de la personnalité et syndrome douloureux somatoforme persistant. Il a mentionné une incapacité de travail d'un point de vue psychiatrique à environ 70 %.

Dans leur appréciation globale cependant, les médecins du COMAI se sont écartés de l'avis du médecin traitant, le Dr D_____, ainsi que de celui de leur consultant en psychiatrie ; ils relèvent une discrète aggravation de l'état de santé de la recourante depuis l'automne 2000, époque de la diffusion des douleurs à l'ensemble de l'appareil locomoteur, sans aucune amélioration, mais pas d'aggravation de l'état dépressif ni du trouble de la personnalité. A leur avis, depuis l'automne 2000, la capacité de travail a diminué d'un maximum de 10 % dans le cadre d'un emploi de type adapté. En définitive, les experts retiennent une capacité de travail résiduelle de l'ordre de 40 à 50 % dans toute activité adaptée (cf. rapport COMAI, p. 28).

4. La recourante conteste les conclusions du COMAI, se référant aux rapports médicaux des Dr A_____, B_____ et C_____ qu'elle a produits en cours de procédure. Elle allègue qu'elle n'est plus capable d'effectuer un

quelconque travail et sollicite la mise en œuvre d'une expertise par des médecins indépendants de l'AI.

Le Tribunal de céans constate que l'aggravation notable de l'état de santé de la recourante invoquée par son médecin traitant, le Dr D_____, n'a pas été constatée par les médecins du COMAI, puisque ces derniers retiennent globalement, une capacité de travail résiduelle de 40 à 50 % dans toute activité adaptée. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est 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 du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 122 V 160 consid. 1c et les références). L'élément déterminant pour la valeur probante n'est en principe ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation, sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 122 V 160 consid. 1c ; OMLIN, Die Invaliditätsbemessung in der obligatorischen Unfallversicherung, p. 297 ss; MORGER, Unfallmedizinische Begutachtung in der SUVA, in RSAS 32/1998 p. 332 ss). A cet égard, MEINE souligne que l'expertise doit être fondée sur une documentation complète et des diagnostics précis, être concluante grâce à une discussion convaincante de la causalité, et apporter des réponses exhaustives et sans équivoque aux questions posées (MEINE, L'expertise médicale en Suisse : satisfait-elle aux exigences de qualité actuelles ? in RSAS 1999, p. 37 ss). Dans le même sens, BUEHLER expose qu'une expertise doit être complète quant aux faits retenus, à ses conclusions et aux réponses aux questions posées. Elle doit être compréhensible, concluante et ne pas trancher des points de droit (BUEHELR, Erwartungen des Richters an der Sachverständigen, in PJA 1999 p. 567 ss).

Le Tribunal de céans constate que l'expertise du COMAI remplit toutes les conditions posées pour lui conférer pleine valeur probante au sens de la jurisprudence susmentionnée, de sorte qu'il ne saurait s'en écarter. Force est en conséquence d'admettre que la recourante ne présente pas une aggravation notable de son état de santé propre à influencer son degré d'invalidité.

C'est en vain que la recourante se réfère aux certificats médicaux qu'elle a produits en cours de procédure. Outre le fait que le juge fonde sa décision sur les faits déterminants au moment où la décision litigieuse a été rendue, les trois médecins consultés font état de pathologies déjà connues et analysées de façon

détaillée par les experts du COMAI et ne se prononcent pas sur la capacité de travail résiduelle de leur patiente.

Pour tous ces motifs, le recours doit être rejeté et la décision de l'intimé confirmée.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

statuant conformément à la disposition transitoire l'art. 162 LOJ

A la forme :

1. Déclare le recours recevable ;

Au fond :

2. Le rejette ;

3. Dit qu'aucun émolument ne sera perçu, la procédure étant 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 qu'elle 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