RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1790/2002 **ATAS/612/2005**

ORDONNANCE D'EXPERTISE

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

du 19 juillet 2005

6ème Chambre

En la cause

Madame M_____, p.a. Hospice Général, Centre d'action sociale et de santé Plainpalais-Acacias, rue de Carouge 46, 1205 GENEVE.	recourante

contre

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

Siégeant : Monsieur Marc MATHEY-DORET, Juge suppléant.

EN FAIT

1. Mme M_____ (ci-après : la recourante), née en 1953, est au bénéfice d'une demi-rente de l'assurance-invalidité basée sur un taux d'invalidité de 50%, depuis le mois de juillet 1980, suite à une décision de la Caisse de compensation Wirte du 1er février 1983, confirmée sur recours par décision de la Commission cantonale de recours en matière d'assurance-vieillesse et survivants du 28 octobre 1983. A noter que la question du statut de l'assurée (active, non active ou mixte) a été laissée indécise par ladite Commission de recours.

   Ces décisions se sont essentiellement fondées, s'agissant de l'évaluation du taux d'invalidité, sur les conclusions d'un rapport d'expertise psychiatrique établi par le Dr A_____, médecin-assistant du Centre Psycho-Social Universitaire de Genève, daté du 3 août 1981. Le diagnostic retenu était celui d'état-limite. Selon l'expert, la recourante présentait une invalidité d'origine psychique dont le pronostic semblait assez sombre. A l'époque de l'expertise, la recourante se trouvait incapable de travailler et cette incapacité risquait de se prolonger. Malgré la gravité des troubles psychiques constatés, il semblait à l'expert *"opportun"* d'estimer que l'incapacité de travaille était de 50% pour des motifs psychiatriques. Il faudrait cependant prévoir des révisions fréquentes afin de réévaluer l'évolution de ses troubles au cours des prochaines années. Seule une relation psychothérapeutique stable et au long cours serait susceptible d'améliorer l'état de la recourante, traitement qui était cependant peu probable compte tenu des réticences que montrait cette dernière à cet égard.

2. Deux questionnaires médicaux subséquents remplis à la demande de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OCAI) dans le cadre de procédures de révision, datant de 1984 et 1990, font état d'une incapacité totale de travail et d'un état stationnaire.

   L'OCAI a maintenu à ces deux occasions le taux de la rente inchangé à 50% et confirmé l'octroi d'une demi-rente, par prononcés des 9 novembre 1984 et 2 avril 1990.

3. Par courrier daté du 23 juillet 2001, le Centre d'action sociale et de santé du quartier des Pâquis (ci-après : CASS), sous le plume de Madame S_____, assistante sociale, représentant la recourante, a sollicité la reconsidération avec effet rétroactif de l'évaluation du degré d'invalidité de cette dernière. Le CASS se déclarait particulièrement étonné de découvrir que la recourante ne bénéficiait que d'une demi-rente de l'assurance-invalidité, alors qu'il lui était manifestement impossible et cela depuis de nombreuses années, d'exercer une quelconque activité lucrative. Le médecin traitant de la recourante, le Dr B_____,

attestait de cette incapacité totale de travail et était lui-même étonné de cette situation.

4. L'OCAI est entrée en matière sur cette demande.

   Il a adressé un formulaire-type à remplir à la recourante en date du 6 août 2001. La recourante y indique n'avoir jamais pu exercer une quelconque activité lucrative et demeurer en incapacité de travail. Elle décrit une péjoration, qualifiée d'insidieuse, de son état de santé.

5. A l'occasion d'un rapport médical daté du 24 octobre 2001 établi par le Dr B_____ à la demande de l'OCAI, ce dernier pose le diagnostic de trouble borderline grave existant depuis de nombreuses années, bien avant que la recourante ne le consulte en 1998. L'incapacité de travail était totale depuis des années et aucune possibilité de réinsertion professionnelle n'était envisageable, selon le médecin traitant.

6. Un second rapport daté du 5 février 2002 établi à la demande de l'OCAI par le Dr B_____ fait mention d'un état stationnaire, d'un pronostic mauvais et d'une incapacité de travail complète.

7. Aux termes d'une note datée du 18 mars 2002, le médecin-conseil de l'OCAI considère que, l'état de santé étant décrit comme stationnaire, *"on ne peut pas changer l'invalidité sur la base d'une appréciation différente"*, relevant que la décision initiale avait été confirmée sur recours et que l'atteinte à la santé était demeurée identique.

8. Dans une seconde note datée du 29 avril 2002, le médecin-conseil de l'OCAI émet l'avis selon lequel il n'existerait pas de modification démontrée de l'état de santé, relevant qu'en 1981 déjà le trouble de la santé existait.

9. En date du 19 mars 2002, l'OCAI a adressé à la recourante un projet de décision concluant au rejet de la demande de révision, motif pris du fait qu'une aggravation de l'état de santé n'avait pas été rendue plausible.

10. Par courrier du 5 avril 2002, le CASS, représentant la recourante, exprimait son désaccord avec le contenu du projet de décision, faisant part de son incrédulité au sujet du maintien d'un degré d'invalidité de 50% et sollicitait un entretien au domicile de la recourante et en présence de son médecin traitant.

11. Par courrier daté du 17 avril 2002, l'OCAI écrivait au CASS que la procédure d'audition ne prévoyait pas d'entretien au domicile des assurés. Au surplus, l'OCAI considérait que le maintien de la rente à 50% se justifiait en présence d'un état de santé stationnaire.

12. Le même jour, l'OCAI adressait à la recourante une décision de rejet de révision, reprenant la teneur de son projet du 19 mars 2002.

13. En date du 23 avril 2002, l'OCAI a adressé à la recourante une décision formelle lui octroyant une demi-rente AI ordinaire basée sur un taux de 50% depuis le 1er août 2001.

14. Par courrier recommandé du 6 mai 2002, le CASS, représentant la recourante, a formé recours contre la décision du 17 avril 2002 devant la Commission cantonale de recours AVS-AI-APG-PCF-PCC-RMCAS, le CASS faisant valoir, en substance, que la recourante n'était pas à même d'assumer la moindre activité professionnelle, n'étant pas même capable de gérer ses affaires au quotidien.

    Le CASS regrettait que l'OCAI ait refusé sa demande d'entretien au domicile de l'assurée, démarche qui aurait sans doute permis à l'OCAI de mesurer les déficiences de l'état de santé de la recourante. Le CASS relevait encore qu'il était erroné de se fonder sur le seul avis du Dr B_____ pour mesurer l'évolution de l'état de santé de la recourante, ce praticien ne la connaissait que depuis 3 ou 4 ans, alors que l'évaluation initiale de l'état de santé datait de 20 ans en arrière.

15. Dans son préavis daté du 4 juillet 2002, l'OCAI a conclu au rejet du recours. Selon l'OCAI, les conditions d'une révision n'étaient pas réunies. Aucune modification de l'état de santé n'avait été démontrée. L'avis divergent du Dr B_____ s'agissant de l'évaluation de la capacité de travail ne constituait qu'une appréciation médicale différente, insuffisante pour fonder une modification du droit à la rente au regard des conditions posées par l'article 41 LAI. Une reconsidération de la décision n'entrait pas plus en ligne de compte, car cette décision n'apparaissait pas sans nul doute erronée. Il n'était en outre fait état d'aucun fait nouveau ou moyen de preuve nouveau susceptible de permettre une révision procédurale du cas.

16. A l'occasion d'un rapport médical daté du 10 août 2002, adressé à la Commission cantonale de recours, le Dr B_____ exposait :

    "(...) je connais la patiente depuis environ 3 ans et (que) selon mon précédent certificat il m'apparaît clairement qu'elle est actuellement totalement incapable de travailler et que ses chances d'amélioration sont inexistantes. L'avancement de la procédure m'a permis de prendre connaissance des précédents rapports médicaux établis au sujet de la patiente, ce qui m'avait été impossible jusqu'à présent. A la relecture de ceux-ci il apparaît très clairement qu'il avait jadis été jugé que la patiente était atteinte partiellement dans sa santé physique et mentale mais qu'un espoir subsistait quant à une éventuelle amélioration. Il ressort de l'examen de santé actuel que non seulement sa situation sanitaire physique et mentale s'est dégradée mais aussi qu'il ne subsiste pas d'espoir d'amélioration.

En conséquence l'on peut sans aucun doute, et grâce à l'examen des documents précités, parler d'une péjoration de son état de santé dont l'absence à motivé le refus de l'AI de rentrer en matière dans un premier temps."

17. Dans ses observations datées du 30 août 2002, le CASS relevait qu'à l'appui de sa décision initiale, l'OCAI s'était principalement basé sur le rapport d'expertise médicale du 3 août 1981 établi par le Dr A_____, lequel bien que constatant une incapacité totale de travail avait jugé opportun de l'estimer à 50%, en présence d'une personne alors âgée de seulement 28 ans et dont on pouvait espérer une amélioration de son état de santé. Or, en réalité, ses troubles n'avaient fait qu'empirer au fil des années. Par ailleurs, le fait que la recourante soit reconnue invalide qu'à 50% la pénalisait également du point de vue des prestations complémentaires à l'assurance-invalidité, dans le calcul desquelles un revenu d'activité fictif était retenu.

18. Dans ses observations du 16 septembre 2002, l'OCAI a maintenu sa position, se fondant sur une note de son médecin-conseil selon lequel à défaut de changement notable de l'état de santé, il n'était pas possible d'effectuer une nouvelle appréciation de l'incapacité de travail et, partant, du degré d'invalidité.

19. La cause a été transmise d'office au TCAS conformément à l'article 3 alinéa 3 des dispositions transitoires de la loi du 14 novembre 2002 modifiant la LOJ.

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.

   Statuant sur un recours de droit public, le Tribunal fédéral a, dans un arrêt du 1er juillet 2004, confirmé que la disposition transitoire constituait la solution la plus rationnelle et était conforme, de surcroît, au droit fédéral (arrêt 1P. 183/2004).

2. Conformément à l'article 3 alinéa 3 des dispositions transitoires de la loi du 14 novembre 2002 modifiant la LOJ, les causes introduites avant l'entrée en vigueur de la loi précitée et pendantes devant la Commission cantonale de recours en matière d'assurance-invalidité ont été transmises d'office au TCAS, qui statue en instance unique, dans la composition prévue par l'article 162 LOJ, adoptée le 13 février 2004. La compétence du Tribunal de céans est dès lors établie pour trancher du présent litige.

3. La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, a entraîné de nombreuses modifications dans le domaine de l'assurance-invalidité. Le cas d'espèce demeure toutefois régi par les dispositions en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002, eu égard au principe selon lequel le juge des assurances sociales n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 127 V 467, consid. 1, 121 V 366 consid. 1b ; cf. également dispositions transitoires, art. 82 al. 1er LPGA). Le présent litige sera en conséquence examiné à la lumière des dispositions de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1961 (ci-après LAI) en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002.

4. Déposé dans les forme et délai imposés par la loi, le recours dirigé contre la décision de l'OCAI du 17 avril 2002 est recevable à la forme, en vertu des articles 69 LAI et 84 de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants du 20 décembre 1946, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 (ci-après : LAVS).

5. Aux termes de l'article 4 LAI, l'invalidité est 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.

   Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances (ci-après le TFA), l'objet de l'assurance n'est pas l'atteinte à la santé en soi ; ce sont plutôt les conséquences économiques qui en découlent, soit l'incapacité de réaliser un gain par un travail exigible (ou d'accomplir les travaux habituels pour les non actifs). La notion d'invalidité est ainsi une notion juridique, basée sur des éléments essentiellement économiques, qui ne se confond pas forcément avec le taux de l'incapacité fonctionnelle, tel que le détermine le médecin ; ce sont les conséquences économiques de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 105 V 207 et ss ; 106 V 88 ; 110 V 275 ; RCC 1981 p. 124 consid. 1a).

   Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un 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).

Parmi les atteintes à la santé psychique, qui peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité au sens de l'article 4 al. 1 LAI, on doit mentionner – à part les maladies mentales proprement dites -, les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies. 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. Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son infirmité mentale, exercer une activité que le marché du travail lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Le point déterminant est ici de savoir quelle activité peut raisonnablement être exigée. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante ; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165 ; VSI 1996 p. 318 consid. 2a, p. 321 consid. 1a, p. 424 consid. 1a ; RCC 1992 p. 182 2a et les références).

En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, le Tribunal fédéral des assurances a, dans un arrêt ATF 127 V 294, précisé sa jurisprudence relative aux atteintes à la santé psychique. Ainsi, 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'article 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. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels ; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. 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. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent

leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 299 consid. 5a in fine ; VSI 2000 p. 155 consid. 3).

6. En principe, le juge ne s'écarte pas sans motif impératif 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 sur-expertise 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 118 V 290 consid. 1b ; 112 V 32 et ss et les références).

   En ce qui concerne, par ailleurs, 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 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 et ss; MORGER, Unfallmedizinische Begutachtung in der SUVA, in RSAS 32/1988 p. 332 et 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 qualités actuelles ? in RSAS 1999, p. 37 et 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 (BUEHLER, Erwartungen des Richters an der Sachverständigen, in PJA 1999 p. 567 et ss).

7. L'autorité administrative doit constater d'office les faits déterminants, c'est-à-dire toutes les circonstances dont dépend l'application des règles de droit (ATF 117 V 261 consid. 3b p. 263). Ainsi l'administration est tenue d'ordonner une instruction

complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure. En particulier, elle doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier des aspects médicaux (ATF 117 V 282 consid. 4a p. 283).

Quant au juge cantonal, il dispose d'une large liberté dans le choix des preuves qu'il entend administrer. Cette liberté est le corollaire de l'obligation à sa charge d'établir les faits déterminants pour l'issue du litige (art. 85 al. 2 let. c LAVS et 69 LAI). S'agissant d'une expertise médicale, il a en principe la possibilité soit de commettre lui-même un expert soit de renvoyer la cause à l'administration pour qu'elle mette en œuvre une expertise (ATFA du 7 août 2003, cause I 656/02).

8. En l'espèce, le Tribunal constate que les avis des parties – ainsi d'ailleurs que les différents avis médicaux figurant au dossier – divergent sur la question de l'évolution de l'état de santé de la recourante.

   Selon cette dernière et son médecin traitant, son état de santé s'est progressivement dégradé au fil des années.

   Selon l'intimé et son médecin-conseil, au contraire, l'état de santé est demeuré stationnaire.

   Les avis divergent également en ce qui concerne l'évaluation de la capacité de travail raisonnablement exigible, respectivement de la capacité d'exercer les travaux habituels, la recourante et son médecin traitant faisant état d'une incapacité totale de travail, alors que l'intimé considère que le taux de 50% demeure inchangé.

9. Sur ces aspects, le Tribunal considère qu'il n'est pas possible de se contenter de se référer à une expertise médicale pratiquée il y a plus de vingt ans et dont le pronostic était à l'époque déjà fort réservé.

10. Dans ces circonstances, il est indispensable de faire procéder à une nouvelle expertise médicale afin de pouvoir trancher la question litigieuse du droit à la révision de la rente d'invalidité ou celle de sa reconsidération.

    Partant, le Tribunal ordonnera à titre préalable une expertise médicale.

PAR CES MOTIFS,

LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant conformément à la disposition transitoire de l'article 162 LOJ

A la forme :

1. Déclare le recours recevable ;

Préparatoirement :

2. Ordonne une expertise psychiatrique ;

3. La confie au Dr C_____, médecin adjoint du Service de psychiatrie adulte, Département de psychiatrie des Hôpitaux Universitaires de Genève.

4. Dit que la mission d'expertise sera la suivante :

   a) Prendre connaissance du dossier de la cause ;

   b) Si nécessaire, prendre tous renseignements auprès des médecins ayant suivi ou examiné la recourante ;

   c) Examiner la recourante ;

   d) Etablir un rapport écrit (établir l'anamnèse, le status clinique) et répondre notamment au questions suivantes :

      1) Quelle est l'anamnèse détaillée du cas ?

      2) Quelles sont les plaintes de la patiente ?

      3) Quelle est-sont l'-les atteinte-s à la santé dont souffre la recourante (diagnostic-s précis et degré de l'atteinte : faible, moyen, grave) ?

      4) Quel est-sont le-s diagnostic-s avec répercussion sur la capacité de travail et ceux sans répercussion sur la capacité de travail ?

      5) Même question que la précédente en ce qui concerne la capacité d'exercer ses travaux habituels (activité usuelle dans le ménage) ?

      6) Quel est le pronostic ?

7) Quels sont les traitements possibles ? Ceux-ci ont-ils été tentés ?

8) Des mesures thérapeutiques peuvent-elles encore améliorer l'état de santé de l'assuré ?

9) Décrire, autant que possible, l'évolution de l'état de santé de la recourante depuis la date de l'expertise médicale du 3 août 1981 jusqu'à ce jour ?

   L'état de santé de la recourante s'est-il dégradé ? Le cas échéant, depuis quand et dans quelle mesure ?

10) Compte tenu des troubles de la santé constatés, la recourante dispose-t-elle d'une capacité de travail dans une activité raisonnablement exigible ?

    Le cas échéant, quelle activité (exemples) et à quel taux ?

    Depuis quand la capacité de travail de la recourante est-elle diminuée et à quel taux ?

    Quelle est l'évolution du taux d'incapacité de travail jusqu'à ce jour ?

11) Même question que la précédente en ce qui concerne la capacité d'exercer ses travaux habituels (activité usuelle dans le ménage) ?

12) Faire toutes observations et suggestions utiles ;

5. Réserve le sort des frais jusqu'à droit jugé au fond ;

6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 10 jours dès sa notification par pli recommandé adressé au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE, en trois exemplaires. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire doit : a) indiquer exactement quelle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée ; b) exposer pour quels motifs il estime pouvoir demander cette autre décision ; c) porter sa signature ou celle de son représentant. Si le mémoire ne contient pas les trois éléments énumérés sous lettres a) b) et c) ci-dessus, le Tribunal fédéral des assurances ne pourra pas entrer en matière sur le recours qu'il devra déclarer irrecevable. Le mémoire de recours mentionnera encore les moyens de preuve, qui seront joints, ainsi que la décision attaquée et l'enveloppe dans laquelle elle a été expédiée au recourant (art. 132, 106 et 108 OJ).

La greffière :

Nancy BISIN

Juge suppléant :

Marc MATHEY-DORET

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