RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1891/2004 **ATAS/172/2005**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

1ère chambre

du 8 mars 2005

En la cause

Madame D_____, domiciliée au Grand-Saconnex – Genève, mais comparant par Me Mauro POGGIAen l'Etude duquel elle élit domicile — recourante

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE INVALIDITE, sis rue de Lyon 97 à Genève — intimé

Siégeant : Mme Doris WANGELER, Présidente,
Mmes Karine STECK et Isabelle DUBOIS, Juges

EN FAIT

1. Madame D_____, née en 1967, a été durant une dizaine d'années déléguée commerciale. Elle est devenue ensuite salariée du centre pour paraplégiques « La Soleillane » et a parallèlement travaillé pour d'autres centres, notamment le Club pour fauteuils-roulants, en qualité d'animatrice. En novembre 1999, elle a glissé et chuté sur le dos. Elle souffre depuis de douleurs dorsales et lombaires ainsi que du membre inférieur gauche.

   L'assurée a réduit son horaire de travail de moitié à compter du 1er février 2000.

2. Sur mandat de la Bâloise Assurances, le Docteur S_____, neurologue, l'a examinée et a rendu un rapport le 10 août 2001. Son diagnostic est le suivant : dorsalgies D7-D9 paramédianes gauches avec irradiation costale 21 mois après petit tassement du mur antéro-supérieur de D8 ; exacerbations en cours de travail, de station assise et debout prolongée, sous forme de douleurs musculaires des spinaux gauches dorso-lombaires ; scoliose dorsale sinistro-convexe centrée sur D8 préexistante ; troubles moteurs fonctionnels du membre inférieur gauche dans le cadre d'un « fair of pain and movement syndrome ». S'agissant du pronostic pour l'avenir, ce médecin a déclaré :

   > « Si l'on poursuit le déconditionnement pendant que l'on augmente progressivement l'activité de travail, une reprise d'activité complète devrait être possible dans le courant de 2002 ».

   Il a ajouté :

   > « Si cette jeune femme active et dynamique est confrontée depuis la toute petite enfance aux problèmes d'un père paraplégique et si elle idéalise sa profession actuelle d'aide aux handicapés moteurs, il est clair qu'elle est marquée d'une sensibilité particulière pour les problèmes de vertèbres et de motricité des membres inférieurs. Le fait qu'on lui ait fait porter un corset lourd pendant quatre mois, une mesure qui me semble assez disproportionnée à la légèreté du tassement, le fait aussi qu'on ait pratiqué des examens successifs à la recherche d'une lésion médullaire jusque cinq – six mois après l'accident ont bien eu de quoi sensibiliser la patiente à ses moindres symptômes. L'indication à déconditionner sa symptomatologie n'a été posée que plus d'un an après l'accident. Cependant ces facteurs psychologiques n'interviennent pas encore me semble-t-il comme raison de réduction d'indemnité ».

3. Le 1er mars 2002, l'assurée a déposé une demande auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OCAI) visant à l'octroi d'une demi-rente.

4. Son médecin traitant, le Docteur T_____, a posé le diagnostic de syndrome tunévo-vertébral suite à une fracture – tassement de la huitième vertèbre provoqué par sa chute. Il estime à 100% son incapacité de travail du 3 novembre 1999 au 31 janvier 2000 et à 50% à compter du 1er février 2000 (rapport du 28 mars 2002).

A nouveau interrogé par La BALOISE, le Docteur de S_____ a revu la patiente le 10 juin 2002. Il constate sur la base du dossier radiologique, qu'il n'y a pas d'élément nouveau depuis son expertise. Selon lui, l'état de santé peut être considéré comme stabilisé plus de deux ans et demi après le traumatisme et avec une amélioration tout de même importante des plaintes, notamment la disparition des troubles fonctionnels du membre inférieur gauche. Il propose la poursuite d'une gymnastique adaptée. Il considère qu'il y a actuellement une disproportion entre l'incapacité de travail actuelle et les séquelles douloureuses observées habituellement après un tassement assez discret d'un bord antéro-supérieur de corps vertébral thoracique. Il a estimé qu'après tous les traitements appliqués, et notamment depuis son précédent rapport du 10 août 2001, on ne pouvait pas encore raisonnablement s'attendre à une amélioration de la capacité de travail (cf. rapport complémentaire du 18 juin 2002). Le 2 juillet 2002, il rappelle que l'incapacité de travail de 50% est admise par le médecin traitant qui connaît la patiente depuis longtemps et propose de ne mettre sur le compte des séquelles de l'accident du 3 novembre 1999 qu'un tiers de ces 50%, les autres problèmes concernant l'assurance-maladie et l'assurance-invalidité.

5. Invité à se déterminer sur la demande de prestations AI, le Docteur. U_____ du Service médical régional AI (SMR Léman), a proposé que l'assurée soit soumise à un examen bidisciplinaire - rhumato-psychologique (rapport du 25 septembre 2002).

   Le 13 janvier 2003, il a informé l'OCAI que l'examen bidisciplinaire prévu n'avait pu être organisé en temps utile, qu'il s'était dès lors renseigné sur l'évolution de la situation auprès du médecin traitant et avait appris que l'assurée continuait à travailler à 50%, qu'une tentative à 60% avait échoué et que par ailleurs elle vivait désormais avec une personne paraplégique. Compte tenu de cet environnement privé particulier, le Docteur U_____ a proposé qu'un mandat d'expertise psychiatrique soit confié au Docteur V_____.

6. Il ressort de l'expertise du Docteur V_____ datée du 15 avril 2003, qu'il n'existe pas dans le cas de l'assurée d'épisode dépressif majeur ou attaque de panique et anxiété généralisée responsables entièrement ou en partie des plaintes douloureuses. L'assurée ne souffre ni d'un trouble de somatisation ni d'un trouble de conversion et n'a pas du tout une personnalité histrionique. Un examen attentif n'a pas permis de mettre en évidence des facteurs psychologiques, des conflits émotionnels ou des problèmes psychosociaux sur lesquels un trouble somotoforme douloureux aurait pu se développer. Il n'existe pas de personnalité pathologique paranoïaque, schizoïde, schizotypique, antisociale, histrionique, narcissique, évitante ou obsessionnelle-compulsive. Le Docteur V_____ relève que l'assurée n'a consulté que très sporadiquement un psychiatre, le Docteur W_____ pour un épisode dépressif moyen avec somatisation en réaction au départ de son mari essentiellement. L'expert ajoute avoir porté une attention particulière à la recherche des critères diagnostiques de la personnalité évitante signalée dans le rapport du 11

mars 2003 établi par le Docteur W_____. Cependant rien de pathologique n'a pu être mis en évidence actuellement.

En conclusion, il n'y a pas d'incapacité de travail pour des raisons psychiatriques.

7. Constatant d'une part, que selon le Docteur V_____, il n'y a aucune atteinte à la santé psychique, et que selon le Docteur S_____, une capacité de travail entière pouvait être envisagée en 2002, et d'autre part, que l'assurée affirme ne pouvoir exercer une activité à un taux supérieur à 50%, le Docteur U_____ a considéré qu'il se justifiait de convoquer l'assurée au SMR pour un examen rhumatologique seul (cf. note du 24 avril 2003).

8. Un examen clinique a ainsi été effectué par la Doctoresse P_____, spécialiste FMH en médecin interne-rhumatologie le 21 juillet 2003. C'est la tolérance à l'activité professionnelle qui diminue en fin de journée provoquant des douleurs de tension au niveau du dos associées à une fatigabilité limitant les activités de loisirs de l'assurée, qui est mise en évidence. Aucun critère de fibromyalgie périphérique tant aux membres supérieurs qu'aux membres inférieurs n'a été décelé. Selon la Doctoresse P_____, son examen reste superposable à celui du Professeur S_____ du 9 août 2001 qui préconisait une pleine reprise professionnelle dans le courant de l'année 2002. Une incapacité totale de travail est ainsi confirmée de novembre 1999 à février 2000, de 50% jusqu'en janvier 2002, soit à six mois de l'expertise du Professeur S_____, puis de 0% dès février 2002 (rapport du 27 août 2003).

9. Par décision du 11 décembre 2003, une demi-rente d'invalidité, assortie d'une demi-rente complémentaire en faveur du conjoint, a été allouée à l'assurée à compter du 1er mars 2001. Il était cependant prévu dans la motivation annexée à la décision que cette demi-rente était limitée au 31 mai 2002.

10. L'assurée a formé opposition à ladite décision le 13 janvier 2004. Elle est représentée par l'Association suisse des paraplégiques. Elle produit un courrier du Docteur Q_____ adressé au médecin traitant en date du 26 février 2004, aux termes duquel il est retenu qu'elle souffre de douleurs myofasciales (rhumatisme des parties molles) au niveau de la ceinture pelvienne avec notamment une tendinite des abducteurs de hanches prédominant du côté gauche et une spondylarthrose au niveau de la charnière lombosacrée provoquant des douleurs référées dans le membre inférieur gauche (« sciatalgie »).

Selon le Docteur Q_____, un traitement physique, et tout particulièrement une activité sportive de façon régulière et progressive, est généralement, le traitement le plus adéquat et le plus utile à moyen ou long terme. Il propose dès lors que la patiente reprenne la natation (sur le dos !) de façon progressive et régulière.

11. Le Docteur U_____, auquel cet avis a été communiqué, relève que la nouvelle symptomatologie (douleurs myofaciales au niveau de la ceinture pelvienne) n'est apparue que quelques semaines auparavant selon le Docteur Q_____ lui-même. Il rappelle que lors de l'examen du 21 juillet 2003 auprès du SMR, l'assurée ne s'était pas plainte d'une telle symptomatologie. Il constate par ailleurs qu'aucune incapacité de travail en rapport avec ces douleurs n'est attestée (cf. note du 10 avril 2004).

12. Par décision du 10 mai 2004, l'OCAI a précisé sa première décision en limitant expressément l'octroi de la demi-rente d'invalidité à la période du 1er mars 2001 au 31 mai 2002.

13. Par décision sur opposition du 13 juillet 2004, se fondant sur la note du Docteur U_____ du 10 avril 2004, l'OCAI a confirmé sa décision du 11 décembre 2003.

14. L'assurée, représentée par Maître Mauro POGGIA, a interjeté recours le 13 septembre 2004 contre la décision sur opposition. Elle conteste principalement le taux d'invalidité de 50% retenu par l'OCAI et sollicite préalablement du Tribunal de céans qu'il ordonne un second échange d'écritures afin de lui permettre de fournir des documents médicaux complémentaires, ainsi qu'une expertise médicale.

15. Le 11 novembre 2004, elle produit un certificat du 8 novembre 2004 rédigé par le Docteur T_____, lequel confirme que :

> « En raison de ces douleurs dorsales, elle n'a jamais pu dépasser une capacité de travail de 50% depuis son accident, toute tentative d'augmenter la durée du travail journalier amenant des douleurs importantes. Elle est toujours incapable de travailler à plus de 50% et il est à prévoir en raison de la durée de cette affection que tel sera le cas à l'avenir. Je connais Madame D_____ depuis 25 ans. Jusqu'à son accident du 3 novembre 1999, elle travaillait sans problème à 100%. La relation entre l'accident et son incapacité de travail ultérieure est indubitable, celle-ci résultant de la fracture vertébrale et la longue immobilisation de sa musculature par un corset qui ont compromis définitivement une musculature plutôt fragile au départ ».

L'assurée renonce à faire convoquer le Docteur T_____ et laisse au Tribunal de céans le soin d'apprécier la nécessité d'entendre le Docteur Q_____.

16. Dans son préavis du 23 novembre 2004, l'OCAI considère qu'au vu de l'ensemble des pièces versées au dossier, l'avis isolé du Docteur Q_____ lequel n'est étayé par aucun autre document probant ni même corroboré par le médecin traitant n'est pas susceptible d'ébranler les conclusions des spécialistes ayant examiné l'assurée en cours de procédure administrative. Il propose dès lors le rejet du recours, étant rappelé que par sa décision sur opposition, il maintenait également sa décision du 10 mai 2004.

17. Invitée à se déterminer, l'assurée relève que de toute évidence l'OCAI n'a pas eu connaissance du rapport du Docteur T_____ du 8 novembre 2004 retenant une incapacité de travail de 50%, que les médecins consultés par l'OCAI et sur les conclusions desquelles celui-ci se fonde pour justifier sa décision ne sont pas neutres. Elle demande dès lors au Tribunal de céans de constater qu'il y a divergence entre les rapports médicaux produits et d'ordonner de ce fait une expertise médicale. Elle persiste pour le surplus dans ses écritures du 22 décembre 2004.

18. Dans sa duplique du 19 janvier 2005, l'OCAI se réfère expressément à son préavis du 23 novembre 2004.

19. Sur quoi, 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, 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.

   Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 LPGA qui sont relatives à la loi sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI).

   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 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.

2. Le recours, interjeté en temps utile, est recevable (articles 56 et 60 LPGA).

L'objet du litige porte sur le taux d'invalidité au-delà du mois de février 2002.

3. Selon l'art. 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 (cf. également art. 8 LPGA).

L'OCAI dit s'être fondé sur les conclusions des experts qui fixaient la reprise de travail à 100% dès février 2002. Il a ainsi limité l'octroi de la demi-rente au 31 mai 2002, ce en application de l'art. 88a al. 1 du Règlement sur l'assurance-invalidité (RAI) selon lequel :

> « Si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre ».

4. Dans un arrêt du 14 juin 1999 (ATF 125 V 351), le Tribunal fédéral des assurances a précisé sa jurisprudence relative à l'appréciation des preuves notamment dans le domaine médical. Il convient de rappeler ici 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. Dès lors, le juge doit examiner de manière objective tous le moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre.

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, la jurisprudence a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux.

Ainsi, le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, 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. Peut constituer une raison de s'écarter de l'expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale.

Selon la jurisprudence, le fait que le médecin consulté soit lié à l'assureur par des relations de service ne permet pas pour ce seul motif de conclure à un manque d'objectivité ou d'impartialité de sa part. Il faut qu'il existe des circonstances particulières qui justifient objectivement la méfiance de l'assuré pour ce qui est de l'impartialité de l'appréciation. Le Tribunal fédéral des assurances a ainsi jugé que l'indépendance et l'impartialité des médecins du COMAI étaient garanties déjà avant l'entrée en vigueur de leur nouveau statut du 1er juin 1994 (ATF 123 V 175 ; cf. également RAMA 1999 n° U 332 p. 193). De même, il a statué qu'en matière d'assurance-accidents, l'administration et le juge des assurances sociales pouvaient, sous certaines réserves, se prononcer sur la base d'expertises réalisées par des médecins liés à l'institution d'assurance (ATF 122 V 157). La CEDH a d'ailleurs rejeté le recours déposé par l'assuré contre le jugement précité (arrêt Bicer contre la Suisse du 22 juin 1999 in JAAC 2000 138 1341). Selon la jurisprudence de la CEDH, le fait que les experts mandatés par le tribunal soient subordonnés à l'une des parties n'est en principe pas incompatible avec l'art. 6 par. 1 CEDH qui garantit le droit à un procès équitable (JAAC 1998 95 917).

Selon l'art. 69 al. 4 RAI, deuxième phrase, l'Office fédéral des assurances sociales (ci-après l'OFAS) peut accorder aux offices AI qui, dans le cadre d'un projet pilote d'une durée limitée, mettent en place des services médicaux communs aux fins d'examiner les conditions médicales du droit aux prestations, la compétence de procéder au sein de ces services à des examens médicaux sur la personne des assurés. Selon l'alinéa 3 des dispositions finales de la modification du 4 décembre 2000 (entrée en vigueur le 1er janvier 2001), la durée de validité de l'art. 69 al. 4 RAI, deuxième phrase, est limitée à trois ans.

5. En l'espèce, le Docteur T_____ considère que sa patiente présente une incapacité totale de travail du 3 novembre 1999 au 31 janvier 2000 et une capacité

de 50% à compter du 1er février 2000. Il ajoute qu'on ne saurait exiger d'elle qu'elle exerce une autre activité que celle d'animatrice (rapport du 28 mars 2001).

Ce médecin a établi un certificat en cours de procédure, soit le 8 novembre 2004, aux termes duquel il confirme cette incapacité à 50%.

Le Docteur Q_____ n'a quant à lui fixé aucun taux d'incapacité de travail ; il s'est borné à encourager la patiente à pratiquer une activité sportive de façon régulière et progressive (courrier du 26 février 2004). Il n'a dès lors pas été jugé utile de procéder à son audition.

L'assurée a été soumise à trois expertises, celle du Docteur S_____, neurologue, en date du 10 août 2001, celle du Docteur V_____, psychiatre, le 15 avril 2003, et celle du SMR sous l'angle rhumatologique, le 21 juillet 2003.

Le Docteur de S_____ envisageait une reprise d'activité complète possible dans le courant de l'année 2002. Il a cependant complété son expertise les 10 juin et 2 juillet 2002 en confirmant un taux d'incapacité de travail de 50%. S'il conclut finalement à un taux d'un tiers de 50%, c'est uniquement parce qu'il s'adresse à l'assurance-accident La BALOISE et doit de ce fait se prononcer sur la question du lien de causalité avec l'accident du 3 novembre 1999.

Le Docteur V_____, psychiatre, conclut que la patiente ne présente aucune incapacité de travail pour des raisons psychiatriques.

Enfin, la Doctoresse P_____, rhumatologue, pour le SMR, dit partager l'avis du Docteur S_____ s'agissant d'une reprise professionnelle à 100% en 2002 et retient le mois de février 2002, date correspondant à un délai de six mois à compter de l'expertise du Professeur S_____.

6. Le Tribunal de céans constate que la Doctoresse P_____ est en réalité la seule à considérer qu'une reprise à 100% d'une activité professionnelle est exigible de la patiente dès février 2002. Il y a en effet lieu de rappeler que le Docteur de S_____, s'il envisageait dans un premier temps une reprise du travail dans le courant de l'année 2002 (expertise du 10 août 2001), a modifié ses conclusions dans ses compléments des 10 juin et 2 juillet 2002, pour admettre finalement une incapacité de travail de 50%. Il y a du reste lieu de relever que la tentative de l'assurée de travailler à 60% fin 2002 s'est soldée par un échec. Le Tribunal de céans est en conséquence d'avis qu'un degré d'invalidité de 50% doit être retenu au-delà du mois de février 2002.

7. La symptomatologie de douleurs myofasciales au niveau de la ceinture pelvienne, mentionnée pour la première fois par le Docteur Q_____ le 26 février 2004, soit bien après que la décision litigieuse ait été rendue, apparaît comme un nouveau diagnostic.

Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 121 V 366 consid. 1b et les arrêts cités). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et la référence).

Le nouveau diagnostic ne saurait ainsi être retenu en l'état, étant précisé qu'il sera loisible à l'assurée de déposer une nouvelle demande de prestations d'assurance-invalidité en cas d'aggravation de son état de santé.

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. L'admet et annule la décision sur opposition du 13 juillet 2004, en tant qu'elle limite au 31 mai 2002 le droit à la demi-rente.

3. Condamne l'intimé à verser à la recourante la somme de 1'000 fr., à titre de participation à ses frais et dépens.

4. Dit que la procédure est gratuite.

5. 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).

La greffière :	La Présidente :
Marie-Louise QUELOZ	Doris WANGELER

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