RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1923/2004 **ATAS/913/2005**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 3

du 13 octobre 2005

En la cause

Monsieur T_____ recourant

contre

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

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

EN FAIT

1. Monsieur T_____, ressortissant suisse né en 1949, a exercé divers emplois (pâtissier, manœuvre).

2. Le 27 octobre 1988, il a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OCAI) : invoquant des problèmes au dos et à l'œil droit, dus à un accident grave survenu en 1975, l'assuré demandait le reclassement dans une nouvelle profession.

3. Par décision du 31 octobre 1989, l'OCAI a rejeté sa demande, au motif qu'il n'avait pu produire de rapport médical attestant qu'il était dans l'incapacité de travailler.

4. En date du 6 juillet 1995, l'assuré a déposé une deuxième demande de prestations auprès de l'OCAI, visant à l'obtention d'une rente, pour les même motifs que ceux exposés dans sa première demande.

5. Dans un rapport du 21 avril 1997, le Dr A_____, ophtalmologue, a indiqué que son patient souffrait d'une amblyopie profonde de l'œil droit, mais que cette affection était sans répercussion sur sa capacité de travail.

6. A la demande du médecin-conseil de l'OCAI, les Drs B_____ et C_____, de la Policlinique de Médecine de l'Hôpital cantonal, ont examiné l'assuré le 30 juin 1997. L'entretien a révélé que l'assuré n'avait jamais consulté aucun médecin pour ses problèmes de lombalgies. Une radiographie de la colonne lombaire a été pratiquée le 11 juillet 1997, qui n'a amené aucune explication radiologique au syndrome douloureux. L'échographie abdominale pratiquée le même jour a révélé une hépatomégalie ; le reste de l'examen était dans les limites de la norme. Aucun autre examen n'a été pratiqué, en particulier psychiatrique. Les médecins ont indiqué que, compte tenu de la situation, il leur était difficile de rendre un rapport médical. Ils ont préconisé qu'il soit procédé à une expertise complète.

7. Par décision du 6 juillet 1997, l'OCAI a rejeté la demande de prestations au motif que l'état de santé de l'assuré n'avait pas changé au point d'influencer son droit à la rente.

8. Le 7 novembre 1997, l'assuré a interjeté recours contre cette décision auprès de la Commission cantonale de recours en matière d'assurance-invalidité, alors compétente. Par jugement du 22 septembre 1998, cette dernière a rejeté le recours.

9. Le 18 avril 2001, l'assuré a déposé une troisième demande de prestations pour les mêmes motifs que ceux déjà invoqués.

10. A la demande de l'OCAI, les Drs B_____ et D_____, de la Policlinique de Médecine de l'Hôpital cantonal, ont rendu le 20 février 2003 un rapport médical. Les médecins ont posé les diagnostics suivants ayant des répercussions sur la capacité de travail : cervicalgies, dorsalgies et lombalgies chroniques sur troubles statiques et dégénératifs depuis 1980, de même que dysthymie versus état dépressif chronique, depuis 1995 probablement. Ils ont estimé que la capacité de travail de l'assuré, en tant qu'entrepreneur d'une maison de dépannage, était nulle depuis le printemps 1995. Sur le plan des douleurs dorsolombaires, ils ont émis un pronostic défavorable à long terme. En revanche, ils se sont montrés optimistes quant à l'évolution sur le plan psychiatrique, compte tenu de l'introduction prochaine d'un antidépresseur. Selon eux, depuis le 1er avril 2003, une activité légère dans la mécanique de précision à un taux de 50 % pouvait encore être exigée de l'assuré.

11. Le 30 décembre 2003, les Drs et E_____, respectivement diplômé en santé publique et psychiatre, ont rendu un rapport d'expertise pluridisciplinaire à la demande de l'OCAI. Ils ont posé les diagnostics suivants : personnalité anxieuse (évitante), phobie sociale, agoraphobie, traits de personnalité narcissique, polynévrite probablement d'origine alcoolique, atrophie et fonte musculaires, spondylarthrose, cervicalgies et dorsalgies. Ils ont expliqué qu'au moment où l'assuré s'était senti « lâché par sa condition physique » et trompé par sa première épouse, la quasi-totalité de ses défenses s'étaient effondrées, ce qui avait induit un effritement de son activité professionnelle intense jusqu'à l'échec complet, intervenant entre 1988 et 1990. D'après les médecins, l'assuré était arrivé au bout de son parcours social et professionnel dans le courant des années 1990. Il n'y avait objectivement plus de capacité de gain possible en raison d'une atteinte psychique sévère et d'un handicap somatique bien réel. L'assuré n'avait pas non plus les capacités de faire face à des mesures professionnelles. Selon eux, seule une activité occupationnelle était envisageable, notamment dans le domaine de l'électricité, dans un atelier adapté avec soutien psycho-éducatif. La capacité de gain était nulle depuis 1990 mais une activité « occupationnelle » ayant pour but de prévenir un isolement social croissant pourrait être exercée à mi-temps. En revanche, plus aucune activité génératrice de gain n'était envisageable selon les médecins.

12. Le 19 janvier 2004, le service médical régional AI du Léman (ci-après : SMR), au vu du dossier, a reconnu à l'assuré une capacité de travail de 0 %. S'agissant du début de cette incapacité de travail, le SMR a relevé que les lésions objectives lombaires décrites sur les radiographies de septembre 2002 n'étaient pas présentes lors de l'examen du Dr B_____ en 1997 et qu'il n'était donc pas possible de faire remonter le début de l'incapacité de travail dues aux problèmes vertébraux avant cette date. Le SMR s'est déclaré dans l'incapacité de déterminer avec plus de précision le début de la longue maladie apparue chez l'assuré, décrit comme un marginal qui n'avait pas été suivi médicalement.

13. Par décision du 23 avril 2004, l'OCAI a reconnu à l'assuré une invalidité de 100 % à compter du 30 juin 1998. Il a précisé qu'en raison du dépôt tardif de la demande, la rente ne serait versée rétroactivement qu'à partir du 18 avril 2000 (soit un an avant la troisième demande de prestations).

14. Par courrier du 26 mai 2004, l'assuré s'est opposé à cette décision, en soulignant que sa première demande de prestations datait de 1988.

15. Par décision sur opposition du 16 juillet 2004, l'OCAI a confirmé sa décision initiale en relevant que, compte tenu du jugement rendu par la Commission de recours en date du 22 septembre 1998 et de son entrée en force, il n'était pas possible de revenir sur la période antérieure.

16. Le 14 septembre 2004, l'assuré a interjeté recours contre cette décision auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales. Il fait valoir, d'une part, que son incapacité de travail devrait être reconnue dès sa première demande - ce que lui aurait confirmé le Dr E_____ – et, d'autre part, que la reconnaissance de son invalidité ne devrait se baser que sur l'expertise du Dr E_____ et non sur le recours de son ancien avocat décédé depuis lors. Se basant sur diverses conventions internationales ratifiées par la Suisse, le recourant demande que les prestations de l'assurance-invalidité lui soient allouées dès sa première demande de prestations et soient en outre « ajustées » au salaire du métier qu'il exerçait.

17. Dans sa réponse du 22 octobre 2004, l'OCAI a conclu au rejet du recours en se référant à la motivation de la décision attaquée. Il a par ailleurs renoncé à se prononcer sur les diverses violations de conventions internationales alléguées par le recourant.

18. Dans sa réplique du 23 novembre 2004, le recourant a persisté dans ses conclusions, précisant qu'il demandait une révision de la décision contestée.

19. Le 2 décembre 2004, l'OCAI a renoncé à dupliquer et persisté dans ses conclusions.

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 al. 1 let. a ch. 2 LOJ, le Tribunal connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (ci-après : LPGA) relatives notamment à la loi fédérale 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 de l'assurance-invalidité. Le cas d'espèce reste toutefois régi par les dispositions en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002, eu égard au principe selon lequel, en cas de changement de règles de droit, la législation applicable reste celle qui était en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques (ATF 127 V 467, consid. 1 ; 126 V 166).

   Pour les mêmes motifs, les dispositions de la novelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4ème révision), entrée en vigueur le 1er janvier 2004 (RO 2003 3852) ne sont pas non plus applicables (ATFA du 31 août 2003, cause I 591/03).

   En matière de procédure toutefois, les dispositions de la LPGA s'appliquent à tous les cas dès son entrée en vigueur. Sur la question de la révision notamment, l'art 53 LPGA s'appliquera au cas d'espèce, dans la mesure où les nouveaux moyens de preuve sur lesquels s'appuie le recourant sont postérieurs à l'entrée en vigueur de cette loi, de même qu'aux décisions de l'OCAI (cf. ATFA non publié du 16 février 2005 en la cause U 263/03).

   Le présent litige sera en conséquence examiné à la lumière des dispositions de la LAI et du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (ci-après : RAI) en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002.

4. Déposé dans les forme et délai imposés par la loi, le présent recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.

5. L'OCAI, bien qu'ayant reconnu au recourant une invalidité de 100 % à compter du 30 juin 1998, ne lui a accordé des prestations avec effet rétroactif qu'à compter du 18 avril 2000, en raison du dépôt tardif de la demande. Le litige porte sur le point de savoir si la rente aurait dû être versée antérieurement au 18 avril 2000.

6. Selon l'art. 4 al. 1er 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. L'alinéa 2 précise que l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par

sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération.

Le droit à la rente est déterminé par l'art. 28 al. 1er LAI, qui dispose que l'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins. La rente est entière pour une invalidité de 66 2/3 % au moins, elle est d'une demie pour une invalidité de 50 % au moins et d'un quart pour une invalidité de 40 % au moins, en vertu du deuxième alinéa.

7. Le risque couvert par l'assurance-invalidité et donnant droit à des prestations est basé sur des faits médicaux. Pour juger des questions juridiques qui se posent, les organismes d'assurance et les juges des assurances sociales doivent dès lors se baser sur des documents qui sont établis essentiellement par des médecins (ATF 122 V 158). Ils peuvent ainsi se baser sur les rapports demandés par l'office AI aux médecins traitants, sur les expertises de spécialistes extérieurs et sur les examens pratiqués par les centres d'observation créés à cet effet (art. 69 al. 2 et 72bis RAI).

   A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants 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 (ATF 125 V 352 consid. 3a et les références; VSI 2001 p. 108 ; ATFA non publié du 9 avril 2002 en la cause I 379/01).

   D'après la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances, lorsque des expertises ordonnées au stade de la procédure administrative sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 161, consid. 1c).

8. L'art. 61 let. 1 LPGA prévoit la possibilité de réviser un jugement du Tribunal cantonal des assurances si des faits ou des moyens de preuve nouveaux sont découverts. Cette exigence correspond à celle que posait l'ancien art. 85 al. 2 let. h LAVS, en relation avec l'ancien art. 69 LAI [RO 1959 p. 875], avant l'entrée en vigueur de la LPGA (cf. ch. 7 et 8 de l'annexe à la LPGA).

   La notion de faits ou moyens de preuve nouveaux s'apprécie de la même manière en cas de révision (procédurale) d'une décision administrative (art. 53 al. 1 LPGA),

de révision d'un jugement cantonal (art. 61 let. i LPGA ; art. 85 al. 2 let. h aLAVS) ou de révision d'un arrêt fondée sur l'article 137 lettre b OJ (cf. arrêt B. du 25 octobre 2004 en la cause U 146/04, consid. 3.1 ; F. du 7 juillet 2003 en la cause I 263/03, consid. 5.1 ; N. du 11 novembre 2002 en la cause I 605/02, consid. 1). Dans ces trois cas, il ne suffit pas, pour justifier la révision d'une décision ou d'un jugement, qu'une nouvelle expertise donne une appréciation différente de faits déjà connus au moment de la procédure précédente (cf. ATF 127 V 358 consid. 5b, 110 V 141 consid. 2, 293 consid. 2a, 108 V 171 consid. 1). Sont «nouveaux» au sens de ces dispositions, les faits qui se sont produits jusqu'au moment où, dans la procédure principale, des allégations de faits étaient encore recevables, mais qui n'étaient pas connus du requérant malgré toute sa diligence. En outre, les faits nouveaux doivent être importants, c'est-à-dire qu'ils doivent être de nature à modifier l'état de fait qui est à la base de l'arrêt entrepris et à conduire à un jugement différent en fonction d'une appréciation juridique correcte. Les preuves, quant à elles, doivent servir à prouver soit les faits nouveaux importants qui motivent la révision, soit des faits qui étaient certes connus lors de la procédure précédente, mais qui n'avaient pas pu être prouvés, au détriment du requérant. Si les nouveaux moyens sont destinés à prouver des faits allégués antérieurement, le requérant doit aussi démontrer qu'il ne pouvait pas les invoquer dans la précédente procédure. Une preuve est considérée comme concluante lorsqu'il faut admettre qu'elle aurait conduit le juge à statuer autrement s'il en avait eu connaissance dans la procédure principale. Ce qui est décisif, c'est que le moyen de preuve ne serve pas à l'appréciation des faits seulement, mais à l'établissement de ces derniers. Ainsi, il ne suffit pas qu'une nouvelle expertise donne une appréciation différente des faits; il faut bien plutôt des éléments de fait nouveaux, dont il résulte que les bases de la décision entreprise comportaient des défauts objectifs. Pour justifier la révision d'une décision, il ne suffit pas que l'expert tire ultérieurement, des faits connus au moment du jugement principal, d'autres conclusions que le tribunal. Il n'y a pas non plus motif à révision du seul fait que le tribunal paraît avoir mal interprété des faits connus déjà lors de la procédure principale. L'appréciation inexacte doit être, bien plutôt, la conséquence de l'ignorance ou de l'absence de preuve de faits essentiels pour le jugement (ATF 127 V 358 consid. 5b, 110 V 141 consid. 2, 293 consid. 2a, 108 V 171 consid. 1; cf. aussi ATF 118 II 205).

9. S’agissant du début de l’incapacité de travail, l’OCAI se base sur le jugement rendu par la Commission de recours en date du 22 septembre 1998 : il considère que, compte tenu du fait que ce jugement est entré en force, il est impossible de fixer le début de l’incapacité à une date antérieure. Par ailleurs, le SMR a estimé que l’incapacité de travail due aux problèmes vertébraux n’était survenue que postérieurement au 30 juin 1997 puisque le rapport établi par le Dr B_____ à cette date ne concluait pas à une incapacité.

   Force est de constater cependant qu’en 1997, lorsque l’OCAI a examiné pour la seconde fois la demande de prestations de l’assuré, il n’a été procédé à aucun

examen psychiatrique de ce dernier. Ce n'est qu'en 2003, suite à la troisième demande déposée par l'assuré, que des examens plus approfondis ont été réalisés, qui ont amené l'OCAI à reconnaître à l'assuré une invalidité totale. Or, selon ces derniers experts, dont le rapport répond, pour le surplus, aux conditions permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante (ATF 125 V 352 consid. 3, 122 V 160 consid. 1c), il n'y avait objectivement plus de capacité de gain possible en raison d'une atteinte psychique sévère et d'un handicap somatique bien réel. L'assuré n'avait pas non plus les capacités de faire face à des mesures professionnelles. Seule une activité occupationnelle était envisageable, notamment dans le domaine de l'électricité, dans un atelier adapté avec soutien psycho-éducatif. Sa capacité de gain était nulle depuis 1990 déjà.

Par ailleurs, les Drs B_____ et C_____, en juin 1997, s'agissant des problèmes dorsaux, se sont déclarés dans l'incapacité de rendre un rapport médical clair et ont préconisé qu'il soit procédé à une expertise complète, laquelle n'a jamais été ordonnée.

10. En l'espèce, il convient d'examiner si les conditions d'une révision procédurale du jugement rendu par la Commission de recours en date du 22 septembre 1998 sont remplies.

Il apparaît à la lecture des pièces du dossier que les examens réalisés en 1997 étaient insuffisants pour permettre d'apprécier l'état de santé de l'assuré à cette période. Une simple radiographie de la colonne lombaire et une échographie abdominale ne permettaient pas de poser les nombreux diagnostics mis en évidence en 2003, en particulier sur le plan psychiatrique, mais également sur le plan des douleurs lombaires. Les médecins de la Policlinique de 1997 s'en étaient d'ailleurs bien rendu compte, puisqu'ils avaient suggéré à l'OCAI de procéder à une expertise complète, compte tenu de l'état de santé de l'assuré.

Il s'agit de déterminer si les rapports médicaux rendus en 2003 constituent des nouveaux moyens de preuve, au sens juridique du terme.

En l'espèce, ces rapports médicaux laissent apparaître de nombreux diagnostics qui étaient inconnus de l'Office au moment où il a pris sa décision négative de 1997, décision confirmée par la Commission de recours en 1998. En ce sens, ils constituent des faits importants, puisque la capacité de gain de l'assuré s'en trouve totalement modifiée. En effet, celui-ci est alors considéré comme totalement incapable de travailler, les médecins précisant expressément qu'il ne dispose plus d'aucune capacité de gain. Ces faits sont donc de nature à modifier l'état de fait qui est à la base de la décision entreprise et à conduire à un jugement différent en fonction d'une appréciation juridique correcte.

L'analyse des médecins et experts de 2003 constitue par ailleurs un fait nouveau au regard de la jurisprudence, dans la mesure où ces médecins se prononcent sur des

points qui n'ont pas du tout fait l'objet d'appréciations médicales en 1997. Le recourant n'avait notamment jamais fait l'objet d'une expertise psychiatrique auparavant. Il ne s'agit donc pas d'une simple appréciation différente des mêmes faits, ce d'autant plus que les médecins de 1997 ne s'étaient prononcés que très succinctement sur l'état de santé de l'assuré, puisqu'ils avaient préconisé la mise en œuvre d'une expertise. Il ne s'agit pas non plus de la mise en évidence de faits connus au moment du jugement, mais dont l'expert tire aujourd'hui des conclusions différentes que la Commission. Au contraire, ces faits étaient purement et simplement inconnus de cette autorité judiciaire. On doit donc en conclure que la décision de la Commission de recours comportait des défauts objectifs qui doivent être corrigés aujourd'hui à l'aune des nouvelles pièces versées au dossier.

Dès lors, le Tribunal de céans considère que les conditions permettant la révision procédurale sont réunies. Quant au délai de nonante jours imposé par l'art. 67 LPA pour faire valoir un motif de révision, on peut également considérer qu'il a été respecté dans la mesure où, lorsque l'expertise déterminante a été rendue, en décembre 2003, l'OCAI était déjà saisi d'une nouvelle demande de la part de l'assuré.

En conséquence, le jugement rendu par la Commission de recours doit être révisé et ne fait donc plus obstacle à ce que la survenance de l'invalidité soit fixée antérieurement.

11. Il ressort de l'expertise du Dr E_____ du 30 décembre 2003, que le recourant était arrivé au bout d'un parcours social et professionnel dans le courant des années 1990. Il n'y avait objectivement plus de capacité de gain possible en raison d'une atteinte psychique sévère et d'un handicap somatique bien réel. Celui-ci n'avait pas non plus les capacités de faire face à des mesures professionnelles, pour les raisons médicales exposées. Seule une activité occupationnelle était envisageable, notamment dans le domaine de l'électricité, dans un atelier adapté avec soutien psycho-éducatif. La capacité de gain était nulle depuis 1990.

Il en découle que c'est à compter de cette période que le recourant doit être considéré comme totalement invalide.

Se pose ensuite la question de savoir à partir de quelle date la rente doit lui être versée.

Aujourd'hui, l'art. 24 al. 1 LPGA (par renvoi de l'art. 48 al. 1 LAI dans sa nouvelle teneur) dispose que le droit à des prestations arriérées s'éteint cinq ans après la fin du mois pour lequel la prestation était due.

A noter qu'un cas identique que celui du recourant a été traité par le Tribunal fédéral dans un ATF 121 V 195 (VSI 1997 p. 193). Selon notre Haute Cour, si l'administration a omis une demande de prestations antérieure déjà suffisamment

concrète, le paiement des prestations arriérées est soumis à un délai de péremption absolu de cinq ans à compter de la date du dépôt de la nouvelle demande.

Le recourant ayant déposé sa nouvelle demande en date du 18 avril 2001, il en résulte que la rente doit lui être versée rétroactivement à compter du 1er avril 1996.

12. Le recours doit être admis en ce sens que l'assuré peut prétendre au versement de la rente entière d'invalidité dès le 1er avril 1996 en lieu et place du 1er avril 2000.

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. Annule pour cause de révision la décision de la Commission de recours en matière d'assurance-invalidité du 22 septembre 1998.

3. Admet le recours.

4. Annule les décisions de l'OCAI des 6 juillet 1997, 23 avril et 16 juillet 2004.

5. Dit que Monsieur T_____ peut prétendre au versement d'une rente entière d'invalidité dès le 1er avril 1996 en lieu et place du 1er avril 2000.

6. Dit que la procédure est gratuite.

7. 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
Janine BOFFI	Karine STECK

Le secrétaire-juriste : Marius HAEMMIG

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