RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2416/2004 **ATAS/934/2005**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 4

du 26 octobre 2005

En la cause

Madame C_____, comparant avec élection de domicile en l'Etude de Maître GABUS Pierre	recourante

contre

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

Siégeant : Madame Juliana BALDE, Présidente ; Mesdames Doris WANGELER et Karine STECK, Juges

EN FAIT

1. Madame C_____, née le 25 décembre 1946 à La Corogne (Espagne), naturalisée suisse en 1997, a été placée par ses parents dès l'âge de 8 ans dans une exploitation agricole pour y travailler. Peu scolarisée, elle n'a accompli aucune formation professionnelle. Elle a épousé un compatriote en 1969 et l'a suivi à Genève en 1970.

2. L'intéressée a travaillé à plein temps à la buanderie dans divers hôtels de Genève, puis comme teinturière dans un pressing. Depuis 1986, l'intéressée a travaillé comme repasseuse dans une maison pour personnes âgées à Vessy.

3. En raison de diverses atteintes à sa santé, l'intéressée a cessé toute activité lucrative depuis le 22 janvier 2001. Elle a déposé une demande de rente auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après OCAI) en octobre 2001, indiquant souffrir d'une fibromyalgie.

4. Dans son rapport adressé à l'OCAI en date du 13 novembre 2001, le Docteur A_____ indique que sa patiente présente des troubles statiques des pieds, d'importants oedèmes des membre inférieurs résiduels à des opérations et une fibromyalgie. Il a joint copie d'un rapport du Docteur Pierre-Alain B_____ qui confirmait ce dernier diagnostic.

5. Du 8 avril au 12 avril 2002, l'intéressée a séjourné au Département de chirurgie des Hôpitaux universitaires genevois (HUG). Elle y a subi une intervention pour un névrome de Morton du pied droit, à la suite de laquelle elle a développé une algoneurodystrophie. Le 2 août 2002, le Docteur A_____ a adressé un rapport intermédiaire à l'OCAI, relevant que l'état de santé de sa patiente s'était aggravé et qu'elle ne pouvait plus poser le pied par terre.

6. Le 6 décembre 2002, l'intéressée a chuté dans les escaliers à son domicile et s'est fracturé le poignet gauche. L'accident a été pris en charge par la WINTERTHUR ASSURANCES.

7. Le Docteur B_____ a adressé un rapport à l'OCAI en date du 23 août 2003 ; il a posé le diagnostic de fibromyalgie, en relevant l'absence de syndrome inflammatoire et un status neurologique sans anomalie. La capacité de travail de l'assurée dans son activité de repasseuse lui paraissait difficile ; une activité à 50 % dans une activité plus légère était raisonnablement exigible, sous réserve de l'évolution qu'il n'avait pas pu apprécier.

8. L'OCAI a ordonné une expertise qu'il a confiée au Service de rhumatologie, médecine physique et réhabilitation du Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV). Le Professeur C_____ a rendu son rapport en date du 20 mars 2003. Les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail sont ceux de

trouble somatoforme douloureux, depuis septembre 2001 et un syndrome de fatigue chronique depuis plusieurs années. Les autres diagnostics mentionnés par l'expert sont sans répercussion sur la capacité de travail. Dans son appréciation du cas, le Professeur C_____ expose que l'intéressée présente des plaintes et un examen clinique compatibles avec un trouble somatoforme, avec plusieurs signes de non organicité et un status post-opératoires multiple au niveau des articulation des pieds. Ce dernier a été compliqué en 2002 d'une maladie de Südeck, confirmée par une scintigraphie osseuse. Les divers traitements comprenant des anti-inflammatoires, des myorelaxants et des antidépresseurs, adjoints à de la physiothérapie passive n'ont pas amené d'amélioration. Les radiographies de la colonne cervicale et lombaire sont sans particularité. L'examen clinique au niveau des pieds montre une bonne mobilité articulaire et il n'existe plus de signe évocateur d'algoneurodystrophie au niveau du pied droit. Il a proposé de compléter le bilan par des évaluations psychiatriques, en raison d'un probable état anxio-dépressif. Selon l'expert, la capacité de travail dans l'activité habituelle de blanchisseuse est possible à 80 % ; dans une activité adaptée, en position assise, la capacité de travail résiduelle est de 100 %.

9. L'OCAI a également requis une expertise psychiatrique de l'assurée par la Clinique de Belle-Idée. Dans son rapport du 1er octobre 2003, le Docteur Patrick E_____, premier Chef de clinique, a posé le diagnostic d'épisode dépressif moyen, classé F.32.1 selon la CIM-10. Les limitations sont essentiellement physiques, aggravées et amplifiées par des facteurs psychiques et mentaux. Quant aux limitations sociales, l'expert les a estimées sans influence sur la capacité de travail. En revanche, les troubles physiques et psychiques compromettent considérablement l'activité exercée jusqu'ici et l'épuisement de ses ressources psychiques ne lui permet pas de mobiliser l'énergie nécessaire pour surmonter les douleurs chroniques. L'expert a conclu à une capacité résiduelle de travail de 50 % au maximum, compte tenu de l'intrication de l'état dépressif et du syndrome douloureux, depuis le début de l'année 2001. Dans ses remarques, l'expert a noté la divergence entre les diagnostics retenus par le Docteur B_____ d'une part, et par le Prof. C_____ et la Doctoresse D_____, d'autre part. Le Docteur E_____ souligne que le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant devrait survenir, selon la CIM-10, dans un contexte de conflits émotionnels et de problèmes psychosociaux suffisamment importants pour être considérés comme la cause essentielle du trouble, ce qui n'est pas le cas chez l'assurée, de sorte que ce diagnostic ne saurait être retenu. Par ailleurs, les stress subis par l'assurée (mauvais traitements durant son enfance, explosion dans son immeuble) sont anciens et les symptômes qu'elle a gardés discrets ; ils ne lui paraissent pas pouvoir être considérés comme cause du trouble.

10. Le Service médical régional AI SMR LEMAN a questionné le Docteur E_____ notamment quant à la date du développement de l'épisode dépressif moyen et l'a invité à se prononcer sur la capacité de travail exigible du point de vue

psychiatrique uniquement. Dans sa réponse du 10 novembre 2003, l'expert a précisé sa démarche diagnostique et indiqué que sur le plan psychiatrique, la capacité de travail était de 50 %.

11. Le 24 novembre 2003, le SMR LEMAN a rédigé un rapport à l'attention de l'OCAI, retenant une incapacité de travail justifiable à 50 % dès le 22 janvier 2001.

12. Le Docteur A_____ a adressé un rapport à l'OCAI le 24 novembre 2003, contestant les conclusions de l'expertise du CHUV quant à la capacité de travail exigible. Il relève notamment que le problème des pieds de sa patiente a été totalement sous-estimé, qu'elle a subi quatre interventions et que lesdites interventions n'ont pas été un succès, notamment pour ce qui concerne le pied droit.

13. Le SMR LEMAN a persisté dans ses conclusions.

14. La Division de réadaptation professionnelle de l'OCAI a examiné les possibilités de réadaptation de l'assurée ; cette dernière étant toutefois persuadée d'être invalide à 50 % et ne désirant pas entrer dans une démarche de réadaptation professionnelle, il a été proposé de statuer en l'état du dossier, sur la base de l'avis du SMR.

15. Par décision du 24 août 2004, l'OCAI a accordé à l'intéressée une demi-rente d'invalidité avec effet au 1er janvier 2002, assortie d'une demi-rente complémentaire en faveur de son conjoint. Se fondant sur les expertises, il a considéré que l'incapacité de travail était de 50 % dans toute activité lucrative depuis le 22 janvier 2001. Le degré d'invalidité s'élevait en conséquence à 50 % et ouvrait droit à une rente dès le 1er janvier 2002.

16. L'assurée, représentée par Me Pierre GABUS, a formé opposition en date du 15 septembre 2004. Dans ses écritures complémentaires, l'assurée fait valoir que le dossier est incomplet et qu'il ne comporte aucun document relatif aux opérations qu'elle a subies, la dernière fois au mois de mars 2003. Elle a invité l'OCAI à compéter son instruction.

17. Par décision du 25 octobre 2004, l'OCAI a rejeté l'opposition de l'assurée, au motif que de l'avis de son service médical, l'instruction du dossier était suffisamment étayée par les pièces médicales et les expertises probantes et que le Professeur C_____ avait pleinement connaissance de l'intervention prévue pour fin mars 2003. Pour le surplus, dès lors que l'assurée ne voulait pas entrer dans une démarche de réadaptation malgré son obligation de réduire le dommage, une comparaison des gains n'était pas nécessaire, dès lors qu'une capacité de travail exigible de 50 % dans la dernière activité exercée était retenue.

18. Le 26 novembre 2004, l'assurée a interjeté recours, faisant valoir que l'OCAI était tenu de procéder à une comparaison des gains, dès lors que tous les médecins, à l'exception du Prof. C_____, estimaient qu'elle ne pouvait plus exercer son

ancien métier de lingère-repasseuse. D'autre part, dans la mesure où le dossier ne contenait rien quant à son état de santé après la dernière opération chirurgicale au pied, une nouvelle expertise devait être ordonnée. Elle sollicitait la comparution personnelle des parties, l'audition des Docteurs A_____, B_____, F_____ et G_____. Sur le fond, elle a conclu à l'octroi d'une rente entière d'invalidité et au renvoi de la cause à l'OCAI pour nouvelle expertise médicale.

19. Dans sa réponse du 1er février 2005, l'OCAI expose que dans la mesure où les expertises réalisées parviennent à la conclusion que l'assurée est à même d'exercer son ancienne activité à 50 %, une comparaison des gains s'avère inutile, et conclut au rejet du recours.

20. Le 2 mars 2005, la recourante a persisté dans ses conclusions, considérant que l'avis du Professeur C_____ est en contradiction avec celui des divers médecins qui se sont exprimés.

21. Invité à se déterminer, l'OCAI a maintenu 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 cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 8 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

3. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). Aussi le droit à une rente doit-il être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et en fonction de la nouvelle réglementation légale après cette date (ATF 130 V 433 consid. 1 et les références). Les règles de procédure quant à elles s'appliquent 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).

4. Interjeté dans les forme et délai prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA).

5. Est litigieuse en l'espèce la détermination du degré d'invalidité de la recourante, étant précisé qu'elle fait valoir que le dossier a été insuffisamment instruit.

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

   Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a, 105 V 207 consid. 2). Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2, 105 V 158 consid.1).

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

l'assuré apprend, pour la première fois, que l'atteinte à sa santé peut ouvrir droit à des prestations d'assurance.

La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. La jurisprudence a donc précisé les tâches du médecin, par exemple lors de l'évaluation de l'invalidité ou de l'atteinte à l'intégrité, ou lors de l'examen du lien de causalité naturelle entre l'événement accidentel et la survenance du dommage (ATF 122 V 158 consid. 1b et les références; Spira, La preuve en droit des assurances sociales, in : Mélanges en l'honneur de Henri-Robert Schüpbach - Bâle, 2000, p. 268). Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office AI, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'AI (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b; Stéphane Blanc, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). Lors de l'évaluation de l'invalidité, 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 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1 in fine).

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

7. En l'espèce, du point de vue rhumatologique, l'expertise établie par le Professeur C_____ en date du 20 mars 2003 a conclu à un trouble somatoforme douloureux depuis septembre 2001 et à un syndrome de fatigue chronique depuis plusieurs années, diagnostics qui ont des répercussions sur la capacité de travail de la recourante. Les radiographies de la colonne cervicale et lombaire se sont révélées sans particularité. L'expert estimait que la capacité de travail dans l'activité habituelle était possible à 80 % et, dans une activité adaptée, en position assise, la capacité de travail est de 100 %. Il avait proposé de compléter son expertise par une évaluation psychiatrique, en raison d'un probable état anxio-dépressif.

Du point de vue psychiatrique, il résulte de l'expertise établie par le Docteur E_____, de la clinique de psychiatrie de Belle-Idée, que la recourante présente un épisode dépressif moyen. Les limitations sont essentiellement physiques, mais sont toutefois aggravées par des facteurs psychiques et mentaux. Les troubles physiques et psychiques compromettaient considérablement l'activité exercée jusqu'ici et l'épuisement de ses ressources ne lui permettait pas de mobiliser l'énergie nécessaire pour surmonter les douleurs chroniques. L'expert a conclu que la capacité de travail résiduelle était de 50 % au maximum, depuis le début de l'année 2001. Pour le surplus, le Docteur E_____ a relevé que le diagnostic de trouble somatoforme douloureux ne pouvait pas être retenu en l'occurrence, dès lors que ce diagnostic ne devrait être posé que dans un contexte de conflits émotionnels et de problèmes psychosociaux suffisamment importants pour être considérés comme la cause essentielle du trouble, ce qui n'était pas le cas chez la recourante. En effet, les stress subis par la recourante (mauvais traitements subis dans son enfance, explosion dans son immeuble) sont anciens et les symptômes qu'elle a gardés, discrets.

Dans son rapport du 10 novembre 2003 à l'attention du SMR LEMAN, le Docteur E_____ a précisé sa démarche diagnostique ; il a expliqué que la dépression dont souffre l'assurée s'est développée au début de l'année 2001 et n'a pas connu de rémission depuis lors. Comme il s'agit d'un premier épisode, le diagnostic de trouble dépressif récurrent selon F33 ne saurait s'appliquer en tel cas. S'agissant de l'ambiguïté liée au terme « épisode » qui suggère une durée du trouble limitée dans le temps, l'expert a précisé que si les critères diagnostiques de la CIM-10 exigent une durée minimale de deux semaines pour diagnostiquer un « épisode dépressif », ils ne précisent évidemment pas la durée totale de l'épisode. Cet aspect relève de l'ensemble des facteurs qui déterminent la réponse au traitement. Ainsi un épisode isolé peut-il ne pas connaître de rémission et devenir chronique. C'est pourquoi il avait choisi la rubrique « appréciation du cas et pronostic » pour préciser que « l'état dépressif … n'a pas connu de rémission depuis son apparition », ce qui est une façon de suppléer à l'absence de cette information dans les catégories diagnostiques de la CIM-10. Il a exposé au surplus que la fatigabilité, l'anergie, les perturbations du sommeil, la tristesse permanente de l'humeur (avec pleurs fréquents), l'anticipation anxieuse et pessimiste de l'avenir, ainsi que les discrets troubles mnésiques représentent une limitation fonctionnelle certaine qu'on peut qualifier de psychique. Dans le cas de la recourante, l'intrication d'un syndrome douloureux chronique au trouble dépressif rend ce dernier plus résistant au traitement.

Sur la base de ces rapports et de l'avis du SMR LEMAN, l'intimé a considéré que la recourante présentait une capacité de travail résiduelle de 50 % dans toute activité lucrative et retenu un degré d'invalidité de 50 %.

7. La recourante conteste cette appréciation, se référant au rapport du Docteur A_____ du 24 novembre 2003 selon lequel le problème des pieds a été totalement sous-estimé et qu'elle avait subi quatre interventions qui n'ont pas été un succès.

   L'intimé rejette ce grief, faisant valoir que le Professeur C_____ a tenu compte de l'opération du pied du mois de mars 2003. D'autre part, la recourante n'avait pas signalé dans sa demande qu'elle était suivie par le service d'orthopédie des HUG ; après avoir constaté, au vu des pièces produites par le médecin traitant, qu'elle était suivie par la consultation de se service, il avait demandé un rapport. Or, le Docteur CELMI s'était contenté de lui envoyer copies des rapports de consultation. L'intimé estime que le dossier est suffisamment instruit, puisqu'il comporte de nombreux rapports médicaux et deux expertises probantes au sens de la jusrisprudence.

   Certes le Professeur C_____ a-t-il mentionné dans son rapport du 20 mars 2003 qu'à l'examen clinique, la patiente présentait une bonne mobilité articulaire des pieds et qu'une intervention était agendée à la fin du mois de mars pour ablation de matériel d'ostéosynthèse. De même a-t-il indiqué que de son point de vue, les intervention au niveau des pieds ont été un succès. Il n'en demeure pas moins qu'aucun médecin orthopédiste ne s'est prononcé expressément sur la problématique des pieds, le succès ou non des interventions effectuées, les séquelles éventuelles et la capacité de travail résiduelle dans l'activité habituelle ou dans une activité adaptée.

   Le Tribunal de céans constate en effet que dans son rapport du 10 juillet 2002 au médecin-traitant, le Docteur F_____, médecin associé au département de chirurgie des HUG, parlait alors d'une évolution normal sur le plan radiologique du point de vue de la consolidation, mais proposait d'organiser une scintigraphie osseuse pour préciser la suspicion d'algodystrophie. Or, cette complication a bien été confirmée par la scintigraphie pratiquée le 15 juillet 2002. Le Docteur A_____ avait par ailleurs informé l'OCAI en date du 11 juin 2002 déjà que l'état de santé s'était aggravé, que le pied droit allait très mal quatre mois après l'intervention et que la patiente ne pouvait plus poser le pied par terre. A cela s'ajoute un accident survenu en date du 6 décembre 2002, avec fracture du poignet et apparition d'un conflit sous-acromial gauche avec tendinopathie de la coiffe et sclérose du trochiter. Dans son rapport du 8 septembre 2003 à l'attention de la Winterthur Assurance, le Docteur G_____ indiquait qu'il était impossible de remettre l'assurée au travail.

   Au vu de ce qui précède, force est de constater que l'instruction du dossier est lacunaire. La cause sera en conséquence renvoyée à l'OCAI afin qu'il recueille les renseignements médicaux nécessaires du point de vue orthopédique et procède à

une nouvelle évaluation du degré d'invalidité, compte tenu de l'ensemble des atteintes à la santé.

Le recours sera en conséquence admis.

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 partiellement ;

3. Confirme en l'état la demi-rente ;

4. Renvoie la cause à l'Office cantonal de l'assurance-invalidité pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

5. Condamne l'intimé à payer au recourant la somme de 800 fr. à titre de participation à ses frais et dépens.

6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par pli recommandé adressé au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE, en trois exemplaires. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire doit : a) indiquer exactement quelle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée; b) exposer pour quels motifs il estime pouvoir demander cette autre décision; c) porter sa signature ou celle de son représentant. Si le mémoire ne contient pas les trois éléments énumérés sous lettres a) b) et c) ci-dessus, le Tribunal fédéral des assurances ne pourra pas entrer en matière sur le recours qu'il devra déclarer irrecevable. Le mémoire de recours mentionnera encore les moyens de preuve, qui seront joints, ainsi que la décision attaquée et l'enveloppe dans laquelle elle a été expédiée au recourant (art. 132, 106 et 108 OJ).

Le greffier La présidente

Walid BEN AMER Juliana BALDE

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