RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1783/2002 **ATAS/879/2004**

ARRÊT

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

du 1er novembre 2004

6ème Chambre

En la cause

Monsieur R_____, comparant par Me Patrice RIONDEL en l'Etude duquel il élit domicile — recourant

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, 97, rue de Lyon, 1203 Genève — intimé

Siégeant : Madame Valérie MONTANI, Présidente, Mesdames Karine STECK et Doris WANGELER, Juges.

EN FAIT

1. Monsieur R_____, ressortissant suisse né en 1952, a exercé la profession de déménageur et vendeur au marché aux puces.

2. En date du 3 septembre 1980, l'intéressé a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OCAI) visant à l'obtention d'une rente en raison d'un psoriasis présent depuis 1971.

3. Par décision du 27 août 1982, l'OCAI a rejeté la demande. Il précisait que lorsque l'assuré serait prêt à faire l'effort de se réadapter à la vie professionnelle, il pourrait à nouveau faire valoir ses droits.

4. Le 27 septembre 1994, alors qu'il travaillait au montage d'une tente pour le compte de Monsieur J_____, l'assuré a chuté d'un engin de levage d'une hauteur de deux mètres et s'est fracturé le pied droit.

5. Le 18 août 1995, le Dr A_____, du département de Médecine Physique et Rééducation de l'Hôpital Cantonal Universitaire de Genève, a indiqué dans un rapport à l'attention de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : CNA) que l'évolution était assez bonne malgré la persistance de douleurs vespérales. Un travail dans une activité moins lourde et appréciée par le patient était possible.

6. Le 25 août 1995, l'assuré a été examiné par le Dr B_____, spécialiste en orthopédie et chirurgie et médecin-conseil de la CNA, lequel a proposé d'envoyer le patient à la Clinique de réadaptation de la CNA de Bellikon pour une observation, des investigations, un traitement approprié et une évaluation professionnelle. Il n'était pas possible d'envisager une liquidation du cas dans l'immédiat, bien que les fractures soient parfaitement consolidées et qu'il n'existait plus aucun signe radiologique d'une algoneurodystrophie du pied droit.

7. En date du 11 septembre 1995, l'intéressé a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'OCAI en raison des problèmes rencontrés au pied droit suite à son accident.

8. L'assuré a été traité du 11 au 29 septembre 1995 à la Clinique de Bellikon, laquelle a rendu son rapport de sortie le 18 octobre 1995. Il était retenu que les troubles minimes existants handicapaient à peine le patient. La capacité de travail dans une activité lourde restait très fortement diminuée. Il était préconisé une poursuite du traitement par le médecin du patient et la capacité de travail était jugée entière pour une réinsertion avec l'aide de l'assurance-invalidité.

9. Le Dr B_____ a examiné une seconde fois l'assuré le 10 juillet 1996 et en a conclu qu'il n'était pas possible de mettre en évidence de façon pour le moins probable de séquelles traumatiques pouvant expliquer les ennuis persistants déclarés. Selon ce médecin, le psoriasis présent depuis plus de 20 ans et nécessitant des traitements importants était probablement responsable des douleurs et des ennuis persistants tels que décrits par le patient. Le statu quo sine étant atteint, plus aucune nouvelle mesure ne serait à la charge de l'assurance-accidents.

10. Par décision du 19 juillet 1996, la CNA a arrêté le paiement de l'indemnité journalière et des soins médicaux au 31 juillet 1996.

11. Dans son rapport médical à l'attention de l'OCAI du 12 août 2000, le Dr C_____, dermatologue, a indiqué que le psoriasis dont souffrait son patient depuis plus de 20 ans avait pour effet une diminution de son taux d'activité dans une mesure difficile à chiffrer et pour une durée indéterminée.

12. En date du 25 juillet 2001, l'OCAI a requis un rapport médical du Dr D_____, médecin traitant de l'assuré. Six mois plus tard, soit le 21 janvier 2002, ce médecin a informé l'OCAI que l'incapacité de travail du patient était de 100% depuis le 27 août 1994. Le diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail était : status après fractures du 5ème métatarsien droite et entorse stade II de la cheville droite, neuroalgodystrophie du pied droit et psoriasis généralisé.

13. Dans une note du 23 août 2001, le Dr E_____, médecin-conseil de l'OCAI, a relevé que le problème orthopédique était réglé et que le psoriasis n'empêchait pas l'assuré de travailler. Il y avait donc eu une incapacité de travail pour une durée limitée.

14. Le 15 octobre 2001, l'OCAI a notifié à l'assuré une décision lui refusant le droit à des mesures professionnelles.

15. Par décision du 19 juillet 2002, l'OCAI a octroyé à l'assuré une rente entière pour la période du 1er septembre 1995 au 31 octobre 1996, ainsi que des rentes complémentaires pour son épouse et ses enfants. L'OCAI relevait que l'assuré avait été en incapacité totale de travailler du 27 septembre 1994 au 10 juillet 1996 et que l'octroi de sa rente tenait compte du délai de carence d'une année et de trois mois de reprise hypothétique de travail. Dès le 10 juillet 1996, l'assuré était considéré comme capable de reprendre l'exercice d'une activité lucrative légère et de réaliser un revenu de 40'000 fr., bien supérieur à celui réalisé avant l'accident.

16. Par acte du 16 août 2002, l'assuré a interjeté recours contre cette décision auprès de la Commission cantonale de recours en matière d'assurance-invalidité, concluant préalablement à ce qu'il soit ordonné une expertise afin de déterminer

les séquelles de l'accident et visant à fixer son taux d'invalidité et principalement à ce qu'il soit mis au bénéfice d'une rente d'invalidité basée sur un degré d'invalidité de 100%. Il y avait lieu de se baser sur les rapports des Dr D_____ et C_____ pour fixer le degré d'invalidité à 100%. Par ailleurs, l'OCAI devait être sanctionné pour déni de justice, vu le temps dont il avait eu besoin pour rendre sa décision.

17. Par préavis du 3 décembre 2002, l'OCAI a conclu au rejet du recours, indiquant que les problèmes de pied et de cheville étaient résolus et que le psoriasis n'empêchait pas l'assuré de travailler. La demande d'expertise devait être rejetée au motif que l'assuré avait déjà subi une expertise à la Clinique de Bellikon, dont les conclusions étaient confirmées par le Dr B_____ et le médecin-conseil de l'OCAI.

18. Le 8 janvier 2003, l'assuré a persisté dans les termes et conclusions de son recours, indiquant pour le surplus que si le dossier avait été traité dans un délai raisonnable, il eût été possible de tenter un reclassement, ce qui était illusoire aujourd'hui.

19. Par courrier du 3 février 2003, l'OCAI a relevé qu'il ne lui appartenait pas de prendre en compte la situation économique de l'assuré ou son âge et qu'il y avait lieu d'attendre de lui qu'il fasse tout son possible pour tirer parti de sa capacité résiduelle de travail, fût-ce au prix d'un effort considérable.

20. Par courrier du 19 mai 2004, sur demande du Tribunal cantonal des assurances sociales, à qui la cause avait été transmise dès le 1er août 2003, le recourant a indiqué qu'il ne possédait plus aucun document concernant l'activité indépendante de marchand aux puces qu'il avait exercée entre 1990 et 1994.

21. Le Tribunal de céans a ordonné une comparution personnelle des parties le 14 juin 2004. Le recourant a expliqué à cette occasion que son invalidité était principalement fondée sur son psoriasis, bien que sa lésion au pied le gênat également. Il n'avait plus travaillé depuis 1996 et un traitement totalement nouveau contre le psoriasis allait lui être administré. Avant 1994, entre la profession de marchand aux puces et celle de déménageur, il percevait un salaire d'environ 4'000 fr. Il précisait enfin être couvert de psoriasis sur tout le corps.

22. Le 22 juin 2004, le Tribunal de céans a demandé aux Drs C_____ et D_____ ainsi qu'au Professeur F_____, médecin chef de service à la clinique et policlinique de dermatologie, également médecin-traitant du recourant, de lui fournir des informations concernant le psoriasis dont souffrait le recourant, en particulier de lui indiquer l'influence de cette affection sur la capacité de travail de ce dernier.

23. Les Drs C_____ et G_____, de la Clinique et Policlinique de Dermatologie de l'Hôpital Cantonal dont le Dr F_____ est le médecin chef de service, ont répondu le 5 juillet 2004. Selon ces spécialistes, le recourant souffre d'un psoriasis en plaques sévère depuis l'âge de 21 ans, qui a nécessité, au vu de la sévérité du tableau clinique cutané et de la répercussion psychosociale importante, l'instauration d'un traitement par immunosuppresseurs systémiques, avec un contrôle modéré de la maladie sous traitement. Actuellement, le patient est au bénéfice d'un nouveau traitement biologique dont l'efficacité devrait être évaluée à long terme, le traitement ayant tout juste débuté. Une arthrite psoriasique n'avait pas pu être objectivée chez ce patient jusque là. Par ailleurs, le patient présentait une fibrose interstitielle du parenchyme rénal consécutive aux traitements de longue durée qu'il avait subis. La répercussion du traitement à long terme était en cours d'évaluation, mais une échographie hépatique récente s'était avérée dans le limites de la norme. En présence d'une maladie à évolution chronique, le pronostic à long terme était imprévisible. Une amélioration était toutefois possible dans le cadre de l'introduction de nouveaux traitements biologiques. Enfin, en l'absence d'arthrite psoriasique, la répercussion du psoriasis, majoritairement d'ordre psychosocial, était nulle sur la capacité de travail.

24. Le Dr D_____ n'a pas répondu à la demande du Tribunal de céans, malgré un rappel du 11 août 2004.

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 (art. 162 LOJ).

   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 (ATF 130 I 226).

2. Conformément à l'art. 3 al. 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 Tribunal cantonal des assurances sociales. La compétence du Tribunal de céans est dès lors établie pour trancher du présent litige.

3. 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 de l'assurance-invalidité. Cependant, le cas d'espèce reste régi par les dispositions de la LAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002, eu égard au 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).

   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).).

   Le présent litige sera en conséquence examiné à la lumière des dispositions de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (ci-après 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 à la forme, en vertu des art. 69 LAI et 84 de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants du 20 décembre 1946, dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 (ci-après LAVS).

5. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité au-delà du 31 octobre 1996 compte tenu de la fracture du pied et de l'entorse de la cheville droits du 27 septembre 1995 et du psoriasis présent depuis 1971.

6. En préambule, le Tribunal de céans relève que la question du droit du recourant aux mesures professionnelles a fait l'objet d'une décision le 15 octobre 2001, qui est entrée en force. Cette question ne fait dès lors pas l'objet de la présente procédure.

7. Selon l'art. 4 al. 1 LAI, l'invalidité au sens de la présente loi 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. Le droit à la rente est déterminé par l'art. 28 al. 1 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.

8. Dans l'assurance-invalidité, il est possible de fixer les faits médicaux déterminants sur le plan juridique en recourant aux rapports demandés par l'office de

l'assurance-invalidité aux médecins traitants, aux expertises de spécialistes extérieurs et aux examens pratiqués par les centres d'observation créés à cet effet (art. 69 al. 2 et 72bis RAI ; VSI 1997 p. 318).

Dans le cadre 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 125 V 261 consid. 4 ; 115 V 134 consid. 2 ; 114 V 314 consid. 3c ; 105 V 15). Le droit fédéral ne fixe aucune prescription sur la manière d'apprécier les moyens de preuve, le principe de la libre appréciation des preuves s'appliquant en matière de procédure administrative.

Selon ce principe, les organismes d'assurance et les juges apprécient librement les preuves, ce qui signifie, s'agissant de la procédure de recours, que le juge des assurances sociales doit examiner objectivement tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les pièces à sa disposition permettent de porter un jugement sur le droit litigieux. S'il se trouve en présence de rapports médicaux contradictoires, il ne peut pas liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble du matériel probatoire et indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une thèse médicale et non pas sur une autre (ATFA du 31 juillet 1997 ; VSI 1997 p. 319).

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).

En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical soit claire et que les conclusions du médecin soient bien motivées (ATF 122 V 160 et les références).

Enfin, lorsqu'il apprécie des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995 p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

9. En l'espèce, le dossier contient plusieurs avis médicaux concernant les lésions au pied et à la cheville droits du recourant.

   Le Dr A_____ a indiqué en août 1995, soit moins d'un an après l'accident, que l'évolution était assez bonne et que l'assuré pourrait travailler dans une activité moins lourde, sans limitation.

   A la même période, le Dr B_____, a relevé que l'algodystrophie du pied droit pouvait être considérée comme guérie et que les fractures étaient parfaitement consolidées. Il demandait néanmoins un examen à la Clinique de Bellikon.

   Selon le rapport des Drs H_____ et I_____ de la Clinique de Bellikon, lequel a valeur d'expertise, les radiographies ne montraient plus aucune lésion osseuse ni aucun trouble trophique. Les troubles minimes existants handicapaient à peine le patient et n'étaient pas significatifs pour l'interruption des tâches lors des nombreux tests réalisés. Ces troubles pourraient toutefois augmenter en cas de reprise d'activité avec fortes charges, de sorte qu'une réorientation professionnelle devait être entreprise. Une activité peu astreignante était préconisée.

   Les experts de la clinique ont procédé à un examen clinique de l'état de santé de l'assuré et se sont également appuyé sur l'entier de son dossier médical, notamment les certificats des médecins ayant examiné le patient auparavant, de sorte qu'on ne peut que constater que leur rapport se base sur un dossier bien étayé.

   Une anamnèse a été réalisée et le patient a été entendu. Le rapport est circonstancié et ses conclusions sont claires. L'état de santé du recourant a fait l'objet d'examens approfondis. Cette expertise répondant aux exigences posées par la jurisprudence, il convient de lui accorder pleine force probante.

   Le rapport subséquent du Dr B_____ du 10 juillet 1996, relevant que la cheville et le pied présentent une stabilité tout à fait satisfaisante et que la fracture est parfaitement consolidée, rejoint la teneur du rapport des experts de Bellikon. Au vu de ce qui précède, c'est à juste titre que l'office intimé a retenu que les lésions au pied et à la cheville droits permettaient au recourant d'exercer une activité légère dès le 10 juillet 1996 (date du dernier examen effectué par le Dr B_____).

10. S'agissant du psoriasis, le dossier contient également plusieurs avis médicaux.

    Les 22 juillet 1978 et le 6 mai 1980, les Drs J_____ et K_____ ont attesté que le recourant ne pouvait exercer une activité professionnelle. Plus récemment, le Dr C_____ a indiqué à l'attention de l'OCAI le 12 août 2000 l'existence d'un psoriasis depuis plus de 20 ans sans qu'il soit possible de fournir des indications sûres concernant l'incapacité de travail. Le Dr L_____ a mis en évidence dans son rapport daté du 6 octobre 2001 des placards de psoriasis généralisés et indiqué une incapacité de travail à 100 % dès le 27 août 1994. Le 5 juillet 2004, les Drs C_____ et G_____ ont indiqué clairement que la répercussion du psoriasis sur la capacité de travail du recourant était nulle.

Au vu de ce dernier avis médical complet, le Tribunal de céans estime qu'il n'y a pas lieu d'ordonner une nouvelle expertise visant à établir l'influence du psoriasis sur la capacité de travail du recourant et constate qu'actuellement les médecins, par ailleurs spécialistes ayant suivi le recourant depuis de nombreuses années, excluent toute incapacité de travail due à cette affection, en particulier en raison de l'absence d'arthrite psoriasique.

Au vu de ce qui précède, il y a lieu de constater que le psoriasis dont souffre le recourant n'a pas un caractère invalidant.

11. S'agissant de la rente d'invalidité, elle a été allouée à juste titre du 1er septembre 1995 au 31 octobre 1996 sur la base de l'incapacité de travail à 100 % et du taux d'invalidité de 100 % en découlant.

Compte tenu du délai de carence d'une année (art. 29 LAI), le recourant avait en effet droit à une rente entière de l'assurance-invalidité dès le 1er septembre 1995 et, ce, jusqu'à trois mois après la reprise hypothétique du travail, fixée à juillet 1996 soit jusqu'au 31 octobre 1996 (art 88a al. 1 RAI).

S'agissant de la période postérieure au 31 octobre 1996, il est médicalement admis que le recourant peut reprendre une activité adaptée à son état de santé, soit toute activité considérée comme ne nécessitant pas le port de charges lourdes.

Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu du travail que l'invalide pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail, est comparé au revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (art. 28 al. 2 LAI).

La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b).

En l'espèce, le recourant a cessé toute activité lucrative en 1994 et ne perçoit pas de revenu fixe. Avant la survenance de l'atteinte à la santé, il a exercé notamment, à titre indépendant, le métier de marchand aux puces. Il a indiqué au Tribunal qu'il réalisait des gains d'environ 4'000 fr., mais n'a produit aucune pièce justificative et précisé n'avoir pas conservé sa comptabilité. Dans ces circonstances, ainsi que l'a précisé récemment le Tribunal fédéral des assurances (arrêt non publié du 30 décembre 2003 en la cause I 238/03), il convient de déterminer les revenus avec et sans invalidité en se référant aux données statistiques, telles qu'elles résultent de l'enquête sur la structure des salaires (ESS) publiée par l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb), en particulier, au salaire moyen

auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé. Lorsque les revenus avec et sans invalidité sont basés sur la même tabelle statistique, il est superflu de les chiffrer avec exactitude. En pareil cas, le degré d'invalidité se confond avec celui de l'incapacité de travail, sous réserve d'une éventuelle réduction du salaire statistique (ATFA du 15 avril 2003 en la cause I 1/03 consid. 5.2).

En l'occurrence, compte tenu d'une capacité pleine et entière de travail telle qu'elle a été admise, aucune invalidité ne saurait être reconnue au recourant. Par ailleurs, même en procédant à l'abattement maximum de 25 % sur le revenu d'invalide (cf. ATF 126 V 78 consid. 5) le degré d'invalidité en résultant serait inférieur à 40 %, de sorte que le recourant n'aurait pas droit à une rente d'invalidité au-delà du 31 octobre 1996. Le jugement entrepris n'est en conséquence pas critiquable.

12. Au vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté.

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

La greffière :	La Présidente :
Nancy BISIN	Valérie MONTANI

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