RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2342/2005 **ATAS/404/2006**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 1

du 2 mai 2006

En la cause

Monsieur S_____, domicilié Meyrin, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Manuel MOURO	recourant
contre	
OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue de Lyon 97, à Genève	intimé

Siégeant : Mme Doris WANGELER, Présidente,
Mmes Karine STECK et Juliana BALDE, juges

EN FAIT

1. Monsieur S_____, ressortissant portugais né en février 1962, a travaillé à Genève en qualité de maçon et de nettoyeur (activité accessoire) jusqu'au 31 octobre 1994, date à laquelle il a présenté une incapacité totale de travail.

2. Le 8 février 1995, il a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité, qui a été rejetée par l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après l'OCAI). Cette décision de refus a été confirmée par jugement de la Commission de recours en matière d'assurance-invalidité du 27 octobre 1999, en la cause 794/98.

3. En date du 16 février 2001, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OCAI, en raison d'une dépression, de douleurs généralisées, de douleurs dorsales et de psoriasis.

4. Dans le cadre de l'instruction de la demande, l'OCAI a requis des avis médicaux auprès des différents médecins traitants de l'assuré (médecin interniste, psychiatre, gastro-entérologue, rhumatologue, dermatologue, notamment).

5. En date du 28 novembre 2003, l'assuré a été soumis à une expertise pluridisciplinaire (rhumatologique et psychiatrique) conduite par le SERVICE MEDICAL REGIONAL de l'assurance-invalidité (ci-après le SMR). Les experts ont conclu notamment à un trouble somatoforme douloureux, sans comorbidité psychiatrique. La capacité de travail était entière dans les anciennes activités de l'assuré de maçon et de nettoyeur.

6. Suite à cette expertise, l'OCAI a rendu une décision, le 22 avril 2004, par laquelle il a rejeté la demande de prestations de l'assuré.

7. Par courrier du 24 mai 2004, l'assuré, représenté par un avocat, a formé opposition à cette décision, sollicitant un délai complémentaire pour compléter ses écritures. A l'appui de son opposition, il a principalement fait valoir que l'appréciation des médecins du SMR tranchait singulièrement avec celle de ses médecins traitants. Enfin, il a précisé qu'il s'efforcerait de réunir des justificatifs médicaux afin de compléter son opposition.

8. Par courrier du 29 juin 2004, l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ du canton du Jura (ci-après l'Office), qui sous-traitait le dossier pour l'OCAI, a octroyé à l'assuré un délai de 30 jours pour produire les rapports médicaux nécessaires à étayer son opposition.

9. Par courrier du 21 juillet 2004, l'assuré a expliqué à l'Office qu'il avait sollicité du "établissement hospitalier"Meyrin une évaluation de son état de santé et de sa

capacité de travail. Il était convoqué le 12 août 2004; aussitôt le rapport d'expertise en sa possession, il le verserait à la procédure, avec ses observations.

10. Par courrier du 6 novembre 2004, l'Office s'est étonné auprès de l'assuré de n'avoir pas reçu de motivation relative à l'opposition, ni d'attestation du "établissement hospitalier"Meyrin.

11. Par courrier du 16 novembre 2004, l'assuré a informé l'Office qu'il était encore dans l'attente du rapport du "établissement hospitalier"Meyrin, qu'il transmettrait dès réception. Il a précisé que les médecins avaient dépisté une grave affection buccale qui pourrait être à l'origine de ses douleurs lombaires. Il a en outre confirmé contester l'appréciation médicale des médecins du SMR qui avaient posé le diagnostic de troubles somatoformes douloureux non accompagnés de pathologies psychiatriques, alors qu'il semblait que ses douleurs avaient une cause objectivable qui pourrait résider dans une affection buccale non dépistée.

12. Par courrier du 21 février 2005, l'Office a octroyé à l'assuré un ultime délai au 5 mars 2005 pour qu'il apporte les éléments nécessaires à la motivation de son opposition. Passé ce délai, l'opposition serait déclarée irrecevable selon l'art. 10 al. 5 de l'ordonnance sur la partie générale du droit des assurances sociales (OPGA).

13. Par décision sur opposition du 1er juin 2005, l'OCAI a déclaré l'opposition de l'assuré irrecevable, au motif que malgré plusieurs rappels, il n'avait pas remis d'attestation médicale pouvant étayer son opposition.

14. Par courrier du 3 juin 2005, l'assuré s'est adressé à l'OCAI, contestant la décision d'irrecevabilité. Il a expliqué que son opposition répondait aux exigences de forme ; elle était motivée, bien que succinctement, de sorte qu'elle ne pouvait être déclarée irrecevable. Le fait de n'avoir pas produit de moyens de preuve pouvait conduire à déclarer son opposition mal fondée, mais cela ne la rendait en aucun cas irrecevable. Par ailleurs, il a transmis le rapport établi par le "établissement hospitalier"Meyrin, le 4 mars 2005. Selon lui, il en ressortait que ses plaintes étaient objectivables et ne relevaient pas d'un trouble somatoforme, contrairement à ce que les médecins du SMR avaient diagnostiqué. Dès lors, son degré d'invalidité devait être revu à la lumière des nouvelles données médicales versées à la procédure.

15. Par courrier du 17 juin 2005, l'Office a répondu à l'assuré qu'il avait été averti qu'après l'ultime délai imparti, et sans nouvelle de sa part, son opposition serait déclarée irrecevable. Ainsi, comme il n'avait pas satisfait à cette exigence, il s'avérait justifié de déclarer son opposition irrecevable.

16. Par courrier du 1er juillet 2005, l'assuré a recouru auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales, concluant à l'annulation de la décision sur opposition du 22

avril 2004 et au renvoi de la cause à l'OCAI pour instruction du dossier. Il a fait valoir que dans son opposition du 24 mai 2004, il avait très clairement expliqué que les faits retenus par les médecins du SMR avaient été mal appréciés. Le 16 novembre 2004, il avait précisé que les médecins du "établissement hospitalier"Meyrin avaient dépisté une grave affection buccale qui pourrait être à l'origine de ses douleurs lombaires et avait confirmé contester l'appréciation des médecins du SMR, notamment en ce qu'ils retenaient un diagnostic de trouble somatoforme douloureux non accompagné de pathologies psychiatriques, alors que ses douleurs avaient une cause objectivable. Ainsi, son opposition était certes succinctement motivée, mais elle était motivée et ne pouvait donc être déclarée irrecevable. Tout au plus, l'OCAI pouvait-il la considérer comme mal fondée.

17. Dans sa réponse du 2 septembre 2005, l'OCAI a rappelé que l'assuré n'avait produit aucun élément médical nouveau pouvant remettre en cause les conclusions du SMR. Cependant, plutôt qu'irrecevable, l'opposition était mal fondée. L'intimé maintenait par conséquent les termes de sa décision du 22 avril 2004, en tant qu'elle refusait l'octroi de prestations d'assurance faute d'une atteinte à la santé invalidante.

18. Dans sa réplique du 14 octobre 2005, le recourant a relevé que l'OCAI reconnaissait que son opposition n'était pas irrecevable. Ainsi, pour ce seul motif, la décision sur opposition devait être annulée et le dossier retourné à l'OCAI pour nouvelle décision. Enfin, il a rappelé avoir produit un rapport médical en juin 2005, qui faisait douter du bien-fondé de l'appréciation des médecins du SMR.

19. Dans sa duplique non datée, reçue le 25 novembre 2005, l'OCAI s'est référé à sa décision sur opposition, ainsi qu'à son mémoire de réponse.

20. Sur ce, les différents courriers ont été transmis aux parties et la cause gardée à juger.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire du 22 novembre 1941 (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 3 juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs.

2. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 LOJ, le Tribunal de céans connaît en instance unique des contestations prévues par l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale 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 des modifications législatives notamment dans le droit de l'assurance-invalidité. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2; 169 consid. 1 ; 356 consid. 1 et les arrêts cités). En ce qui concerne la procédure et à défaut de règles transitoires contraires, la LPGA et son ordonnance d'application s'appliquent sans réserve dès le jour de leur entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

4. Déposé dans les forme et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 60 LPGA).

5. L'entrée en vigueur de la LPGA a étendu à l'ensemble des branches des assurances sociales (à l'exception de la prévoyance professionnelle) la procédure d'opposition, que seules certaines lois (LAMal, LAA, LAM) connaissaient jusqu'alors. Selon l'art. 52 al. 1 LPGA, les décisions rendues en matière d'assurance sociale peuvent être attaquées dans les 30 jours par voie d'opposition auprès de l'assureur qui les a rendues, à l'exception des décisions d'ordonnancement de la procédure. Cette norme légale de procédure est entrée immédiatement en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV n° 37 p. 316 consid. 3b), ce qui signifie que toutes les décisions visées, rendues après le 31 décembre 2002, sont soumises à la procédure d'opposition. L'art. 10 al. 1 de l'ordonnance sur la partie générale du droit des assurances sociales du 11 septembre 2002 (OPGA), édicté sur la base de la délégation de compétence prévue à l'art. 81 LPGA, prévoit que l'opposition doit contenir des conclusions et être motivée. Si elle ne satisfait pas à ces exigences ou si elle n'est pas signée, l'assureur impartit un délai convenable pour réparer le vice, avec l'avertissement qu'à défaut l'opposition ne sera pas recevable (art. 10 al. 5 OPGA).

   L'opposition est un moyen de droit permettant au destinataire d'une décision d'en obtenir le réexamen par l'autorité, avant qu'un juge ne soit éventuellement saisi (cf. ATF 125 V 121 consid. 2a et les références). Elle assure la participation de l'assuré au processus de décision et poursuit notamment un but d'économie de procédure et de décharge des tribunaux, dans les domaines du droit administratif où des décisions particulièrement nombreuses sont rendues (KIESER, ATSG-Kommentar:

Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000, Zurich 2003, n° 2 ss. ad art. 52, avec les références; MOOR, Droit administratif, vol. II: Les actes administratifs et leur contrôle, 2ème édition, Berne 2002, p. 533 n° 5.3.2.2; GRISEL, Traité de droit administratif, vol. II, p. 939). Dans ce cadre, la procédure d'opposition ne revêt de véritable intérêt que si l'opposant doit exposer les motifs de son désaccord avec la décision le concernant (voir cependant KIESER, op. cit., n° 13 ad art. 52); à défaut, on courrait le risque de faire de l' opposition une simple formalité avant le dépôt d'un recours en justice, sans qu'assuré et autorité aient véritablement examiné sur quoi portent leurs divergences. Les exigences formelles posées par l'art. 10 al. 1 OPGA concrétisent, par ailleurs, l'obligation de l'assuré de collaborer à l'exécution des différentes lois d'assurances sociales (art. 28 al. 1 et 43 al. 3 LPGA; REICHMUTH, ATSG - [erste] Erfahrungen in der IV, in : SCHAFFHAUSER/KIESER (édit.), Praktische Anwendungsfragen des ATSG, St-Gall 2004, p. 44), et correspondent largement à celles posées par la jurisprudence antérieure à la LPGA pour la procédure d' opposition prévue dans certaines branches d'assurance-sociale (ATF 123 V 130 consid. 3 et les références).

La procédure d' opposition porte sur les rapports juridiques qui, d'une part, font l'objet de la décision initiale de l'autorité et à propos desquels, d'autre part, l'opposant manifeste son désaccord, implicitement ou explicitement (cf. ATF 119 V 350 consid. 1b et les références; voir également ATFA non publié du 8 octobre 2003, U 152/01, consid. 3). Si la décision initiale ne porte que sur un seul rapport juridique - par exemple, le droit de l'assuré à une rente d'invalidité -, celui-ci constitue également l'objet de la procédure d'opposition. L'autorité valablement saisie d'une opposition devra donc se prononcer une seconde fois sur tous les aspects de ce rapport juridique, quand bien même la motivation de la nouvelle décision portera principalement sur les points critiqués par l'opposant. En cas de recours ultérieur à un juge, ce rapport juridique constituera également l'objet du litige dont il a à connaître (cf. ATF 125 V 415 ss. consid. 2; ATFA non publié du 19 novembre 2004, I 664/03; pour la procédure d' opposition : MEYER-BLASER, Streitgegenstand im Streit - Erläuterungen zu BGE 125 V 413, in: SCHAFFHAUSER/ SCHLAURI (édit.), Aktuelle Rechtsfragen der Sozialversicherungspraxis, St-Gall 2001, p. 19).

6. Les autorités administratives et judiciaires sont liées par le principe général de la bonne foi en procédure, découlant aussi bien de l'art. 4 de l'ancienne Constitution fédérale (Cst.) que de l'art. 9 Cst. L'interdiction du formalisme excessif qui constitue l'une de ces garanties de procédure commande à celles-ci d'éviter de sanctionner par l'irrecevabilité les vices de procédure qui auraient pu être redressés à temps, lorsqu'elles pouvaient s'en rendre compte assez tôt et les signaler utilement au plaideur (ATF 120 V 417 consid. 5a).

Le formalisme excessif est une forme particulière du déni de justice prohibé par l'art. 29 al. 1 Cst. Il est réalisé lorsqu'il est prévu pour une procédure des règles de forme rigoureuses, sans que cette rigueur soit matériellement justifiée. Selon la jurisprudence, les formes procédurales sont nécessaires dans la mise en oeuvre des voies de droit pour assurer le déroulement de la procédure conformément au principe de l'égalité de traitement, ainsi que pour garantir l'application du droit matériel; toutes les exigences formelles ne se trouvent donc pas en contradiction avec la prohibition du formalisme excessif. Il y a formalisme excessif seulement lorsque la stricte application des règles de procédure ne se justifie par aucun intérêt digne de protection, devient une fin en soi et complique de manière insoutenable la réalisation du droit matériel ou entrave de manière inadmissible l'accès aux tribunaux (ATF 130 V 183 consid. 5.4.1, 128 II 142 consid. 2a). L'excès de formalisme peut résider soit dans la règle de comportement imposée au justiciable, soit dans la sanction qui lui est attachée (ATF 125 I 170 consid. 3a).

Il convient enfin de rappeler que dans la procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. En revanche, dans la mesure où aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet, et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 125 V 414 consid. 1a, 119 Ib 36 consid. 1b et les références citées). Toutefois, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances, la procédure juridictionnelle administrative peut être étendue, pour des motifs d'économie de procédure, à une question en état d'être jugée qui excède l'objet de la contestation, c'est-à-dire le rapport juridique visé par la décision, lorsque cette question est si étroitement liée à l'objet initial du litige que l'on peut parler d'un état de fait commun, et à la condition que l'administration se soit exprimée à son sujet dans un acte de procédure au moins (ATF 122 V 36 consid. 2a et les références).

7. En l'occurrence, il s'agit de déterminer si c'est à juste titre que l'OCAI a déclaré l'opposition formée par l'assuré irrecevable.

Comme il a été rappelé sous le chiffre 5 ci-dessus, selon l'art. 10 al. 1 et 5 OPGA, l'opposition doit contenir des conclusions et être motivée. En outre, si elle ne satisfait pas à ces exigences de forme, l'assureur impartit à l'assuré un délai convenable pour réparer le vice, en l'avertissant qu'à défaut, l'opposition sera déclarée irrecevable.

Dans son opposition du 24 mai 2004, l'assuré a sollicité un délai complémentaire pour compléter ses écritures, mais il a également fait valoir que l'appréciation des médecins du SMR tranchait avec celle de ses médecins traitants. Il a informé l'OCAI qu'il s'efforcerait de réunir des justificatifs médicaux afin de compléter son

opposition. En date du 21 juillet 2004, il a expliqué qu'il serait évalué par le "établissement hospitalier"Meyrin le 12 août 2004 et qu'il verserait à la procédure le rapport d'expertise sitôt en sa possession, ainsi que ses observations. Le 16 novembre 2004, l'assuré a répondu à l'intimé, qui l'avait sollicité, être toujours dans l'attente du rapport du "établissement hospitalier"Meyrin qu'il transmettrait dès que possible. Il a précisé que les médecins de ce centre avaient dépisté une grave affection buccale qui pourrait être à l'origine de ses douleurs lombaires et que dès lors, il s'avérait que le diagnostic de trouble somatoforme douloureux posé par les médecins du SMR était inexact, puisque ses douleurs avaient une cause objectivable. Par courrier du 21 février 2005, l'intimé a imparti un ultime délai au recourant afin qu'il motive son opposition, faute de quoi, celle-ci serait déclarée irrecevable. Sans nouvelles de la part de l'assuré, l'intimé a, par décision sur opposition du 1er juin 2005, déclaré l'opposition irrecevable. Le 3 juin 2005, il a transmis à l'OCAI le rapport du "établissement hospitalier"Meyrin daté de mars 2005.

Au stade de l'opposition - qui peut aussi être formée par oral -, il convient de ne pas être trop formaliste. L'assuré doit certes exposer dans son opposition les motifs de son désaccord, mais il suffit que l'on comprenne pourquoi l'assuré n'est pas d'accord avec les conclusions de l'OCAI pour que l'opposition soit suffisamment motivée. En l'occurrence, avant l'ultime délai fixé au 5 mars 2005 par l'Office, l'assuré avait expliqué les raisons pour lesquelles il n'était pas d'accord avec les conclusions des médecins du SMR; il estimait en effet que ses douleurs étaient objectivables et ne relevaient pas d'un trouble somatoforme douloureux tel que diagnostiqué par les médecins SMR, mais d'une affection buccale. Bien que sommaire, cette motivation apparaît suffisante au regard de l'art. 10 OPGA et de la jurisprudence y relative, même si le recourant a omis de transmettre, dans le délai imparti par l'intimé, le rapport médical sur lequel il se base pour contester la décision litigieuse. En effet, des pièces médicales constituent des moyens de preuve permettant de fonder des arguments, mais non une motivation en tant que telle, même si l'on peut parfois déduire de rapports médicaux une implicite motivation. Ainsi, en l'occurrence, l'opposition du recourant était suffisamment motivée et l'intimé pouvait tout au plus la déclarer mal fondée faute d'attestation médicale étayant les arguments de l'assuré.

8. Cependant, l'opposition doit également contenir des conclusions. Or, singulièrement, tant dans son opposition et que dans ses courriers subséquents, l'assuré n'a pris aucune conclusion dans le délai qui lui a été imparti au 5 mars 2005. Il explique seulement qu'il n'est pas d'accord avec la décision, mais ne fait nulle mention des prestations de l'assurance-invalidité qu'il entend réclamer et l'on ignore s'il sollicite plutôt des mesures de réadaptation professionnelle ou une rente.

   Certes, le fait de contester le refus de prestations sous-entend que l'on prétend à des prestations. Cependant, cette requête implicite n'apparaît pas être une conclusion suffisante au regard de l'art. 10 al. 1 OPGA. Toutefois, pour que ce vice puisse être

sanctionné, il aurait fallu octroyer à l'assuré un délai convenable afin qu'il puisse le réparer. Or, dans son courrier du 21 février 2005, l'intimé s'est borné à demander au recourant qu'il motive son opposition - qui au demeurant était suffisamment motivée - pour satisfaire aux exigences de l'art. 10 OPGA, mais sans attirer son attention sur le défaut de conclusions de son opposition. Dès lors, l'intimé ne pouvait pour cette raison (défaut de conclusions) déclarer l'opposition irrecevable, faute d'avoir appliqué la procédure prévue à l'art. 10 al. 5 OPGA.

9. Au vu de ce qui précède, il convient de constater que, d'une part, l'opposition de l'assuré était suffisamment motivée et qu'elle n'est pas à ce titre irrecevable et que, d'autre part, le défaut de conclusions, n'ayant pas été annoncé au recourant conformément à l'art 10 al. 5 OPGA, ne saurait non plus rendre l'opposition irrecevable. Ainsi, l'opposition du recourant (dont font partie ses écritures subséquentes) doit être déclarée recevable. Il conviendra par conséquent de retourner le dossier à l'OCAI afin qu'il rende une nouvelle décision sur opposition après s'être prononcé tant sur la motivation de l'assuré que sur le rapport médical qu'il a fourni en date du 3 juin 2005, soit après l'ultime délai imparti par l'OCAI. En effet, l'intimé n'ayant pas examiné ledit rapport, le Tribunal de céans ne saurait se saisir du litige au fond, même par économie de procédure, eu égard à la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances. Enfin, il y a lieu d'ajouter que dans le cas qui nous occupe, refuser le rapport médical produit après délai, constituerait un excès de formalisme prohibé, puisque l'intimé n'a pas encore examiné à ce jour l'opposition et ses compléments (dont font partie les pièces) au fond.

10. Le recourant, qui obtient gain de cause, aura droit à des dépens.

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 au sens des considérants.

3. Annule la décision sur opposition du 1er juin 2005.

4. Renvoie le dossier à l'OCAI afin qu'il statue à nouveau tant sur l'opposition du recourant et que sur le rapport médical produit en juin 2005.

5. Condamne l'intimé à verser au recourant une indemnité de 500 fr. à titre de 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).

La greffière	La Présidente
Marie-Louise QUELOZ	Doris WANGELER

La secrétaire-juriste : Frédérique Glauser

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