RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3761/2005 **ATAS/775/2006**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 3

du 14 septembre 2006

En la cause

Madame D_____, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Christian BRUCHEZ	recourante

contre

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

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

EN FAIT

1. Madame D_____, née le 18 octobre 1958, de nationalité italienne, a travaillé comme employée de banque auprès de l'Union de Banques Suisse de 1973 à 1983.

2. Le 5 août 1993, elle a déposé une demande de prestations auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (OCAI) en invoquant une dépression nerveuse présente depuis son accouchement, en novembre 1985.

3. Par courrier du 13 septembre 1993, les institutions universitaires de psychiatrie de Genève ont signalé à l'OCAI que la patiente était suivie par un psychiatre privé.

4. Le 7 décembre 1993, le Dr A_____ a informé l'OCAI que l'assurée n'avait pas souhaité qu'elle remplisse le formulaire que lui avait adressé ce dernier, que la patiente, après deux rendez-vous, elle avait décliné ses services et déclaré vouloir se faire suivre par le Dr B_____.

5. Le 22 décembre 1993, le Dr B_____, généraliste, a posé le diagnostic de psychose bipolaire sévère présente depuis 1991 et engendrant une incapacité de travail totale depuis le 21 août 1991. Le médecin a précisé que, sur le plan somatique, la patiente était en bonne santé - à part un excès pondéral - mais que, sur le plan psychiatrique, en revanche, la maladie, qui avait débuté à l'adolescence, avait empêché la patiente d'avoir une scolarisation et un apprentissage normaux. Le médecin a expliqué que le souci de la famille (hautement pathologique aussi) avait été de cacher la maladie, de sorte que la patiente avait travaillé en aidant sa mère qui possédait à l'époque une petite boutique de couture. La patiente a présenté trois décompensations majeures qui ont entraîné trois hospitalisations non volontaires à Bel-Air. Elle était hypomaniaque avec des idées de persécution entraînant toujours des ruptures avec les médecins (changements fréquents de psychiatres). Elle souffrait de troubles de la mémoire, d'acuses hypocondriaques diverses, se trouvait pour l'heure sans délire mais fonctionnait juste pour assurer un minimum de tâches familiales. Le médecin a estimé qu'elle avait besoin d'aide et de contrôle à domicile par des infirmières pour ce qui concernait l'éducation de sa fille.

6. A son rapport, le médecin a joint un "résumé de séjour" des institutions universitaires de psychiatrie de Genève dont il ressort que l'assurée a été hospitalisée du 21 août 1991 au 4 septembre 1991. Les diagnostics suivants ont été posés : troubles bipolaires maniaques sévères sans caractéristique psychotique (296.43), personnalité histrionique provisoire (301.50), anémie légère. Il a été indiqué qu'il s'agissait d'un troisième séjour en entrée non volontaire sur certificat de son médecin-traitant, le Dr B_____, pour décompensation maniaque avec agitation psychomotrice et mise en danger de sa fille de cinq ans, dans un contexte de réfection de son domicile et de retrait de tout traitement par son psychiatre, le Dr C_____, depuis six mois. Les médecins ont indiqué que depuis son

dernier séjour, deux ans auparavant (du 27 janvier au 2 février 1989), la patiente avait été suivie de manière irrégulière par le Dr C_____. Toute médication avait été arrêtée avec l'accord de son psychiatre six mois auparavant vu la stabilité thymique de la patiente. Extrêmement agitée, la patiente, à son entrée, a dû être solidement attachée au brancard.

7. L'OCAI a procédé à une enquête économique sur le ménage le 17 mars 1994 (pièce 16 OCAI). L'assurée a indiqué que, sans atteinte à la santé, elle aurait recommencé à travailler dès 1990, date à laquelle sa fille a atteint l'âge de cinq ans; que le salaire de son mari, grutier, s'élevait à 4'200 fr. par mois; qu'elle-même avait exercé, en tant que dernière activité, celle d'employée à l'UBS à 50%; qu'en 1983, elle avait abandonné cet emploi délibérément parce qu'elle désirait être complètement disponible pour une grossesse; qu'après une fausse couche en 1984, elle avait accouché en 1985; elle a encore affirmé qu'en 1990, elle aurait repris son travail à 50% si elle l'avait pu, ceci afin de permettre au couple de vivre plus confortablement. L'enquête conclut à un degré d'invalidité de 67% dans les tâches ménagères.

8. Par décision du 24 juin 1994, l'assurée s'est vu attribuer une rente entière assortie d'une rente complémentaire enfant à compter du 1er août 1992.

9. Le 31 janvier 2004, le Dr B_____ a indiqué à l'OCAI que l'état de sa patiente était demeuré stationnaire.

10. Le 6 février 2004, il a confirmé l'état stationnaire. Il a indiqué qu'aucune amélioration n'était survenue et que la patiente était sous traitement médicamenteux.

11. Dans un rapport du 28 juin 2004, le Dr E_____, psychiatre, a posé le diagnostic de trouble affectif bipolaire en rémission et a confirmé l'incapacité totale de travail. Il a indiqué que, depuis 1985, la patiente avait été internée à six reprises pour un état maniaque et spectaculaire. Alors qu'au début de sa maladie, elle avait été réticente à la médication, le temps et les rechutes l'avaient amenée à accepter de mieux en mieux son traitement, ce qui expliquait qu'elle n'avait plus été hospitalisée depuis 1995. Elle présentait malgré tout des oscillations de sa thymie avec le risque non négligeable d'une rechute.

12. Interrogé par l'OCAI, le Dr E_____, par courrier du 20 décembre 2004, a indiqué qu'il existait toujours un risque de décompensation, surtout si la patiente arrêtait son traitement; comme elle était peu compliante, les séances étaient utilisées pour la motiver à prendre ses médicaments correctement. Selon lui, si la patiente était moins "rebelle", le pronostic pourrait être amélioré; il pouvait arriver que, pendant des semaines entières, elle n'arrive pas à faire face aux tâches ménagères; son mari et sa fille étaient alors sérieusement mis à contribution; il n'y avait en revanche pas de limitations fonctionnelles. Le médecin a encore indiqué que les

troubles psychiques n'étaient ni induits par le surmenage, ni réactionnels à des événements de vie adverses, et que l'incapacité totale était uniquement due à l'affection psychique ou mentale et non à des raisons socio-économiques ou conjoncturelles.

13. Le Dr F_____, du service médical régional AI (SMR) a rédigé sur la base du dossier un avis médical succint le 22 mars 2005. Il a constaté que l'état de santé de l'assurée était stationnaire et que le trouble bipolaire était en rémission sous traitement mais que la pathologie psychiatrique engendrait toutefois une incapacité totale dans toute activité médicalement justifiée. Le Dr F_____ en a tiré la conclusion que la situation médicale de l'assurée était stationnaire.

14. Par courrier du 5 avril 2005, l'OCAI a informé l'assurée que sa rente entière serait remplacée par un trois-quarts de rente consécutivement à l'entrée en vigueur de la quatrième révision de la loi sur l'assurance-invalidité. Il lui a été annoncé qu'une décision lui serait notifiée prochainement.

15. Par décision formelle du 19 mai 2005, l'OCAI a octroyé à l'assurée un trois-quarts de rente d'invalidité à compter du 1er juillet 2005, sur la base d'un degré d'invalidité de 67%, identique à celui retenu jusqu'alors.

16. Par courrier du 1er juin 2005, l'assurée a formé opposition à cette décision. Elle a fait valoir que son état de santé s'était nettement aggravé durant les dernières années et que l'exercice d'une activité lucrative était totalement exclu.

17. Par courrier du 13 juillet 2005, la recourante a complété l'opposition. Elle a fait remarquer que la révision du dossier avait été faite sur la seule base de questionnaires médicaux et sans expertise médicale complète. Elle a fait valoir que sa fille unique, née en 1985, était désormais âgée de vingt ans et que dès lors, il fallait admettre que si elle n'avait pas été atteinte dans sa santé, elle n'aurait pas travaillé à 50% mais à 100% et qu'il n'y aurait dès lors donc plus lieu, contrairement à ce qui avait été fait dans la décision d'octroi de rente, d'appliquer la méthode d'évaluation mixte. Elle soutient que même si l'on devait continuer à appliquer la méthode mixte, sa capacité à tenir son ménage avait nettement diminué. Elle a joint à l'appui de ses dires une attestation du Dr B_____ indiquant qu'un trouble obsessionnel compulsif s'était récemment manifesté, qui augmente le handicap dans les activités quotidiennes, notamment la préparation des repas. Elle a également rappelé que, dans son rapport du 20 décembre 2004, le Dr E_____ avait souligné que pendant des semaines entières, l'assurée n'arrivait pas à faire face aux tâches ménagères. Elle en tire la conclusion que, même en appliquant la méthode mixte, le taux d'invalidité moyen de l'assurée dépasse aujourd'hui 70% et justifie le maintien d'une rente entière.

18. Par courrier du 25 août 2005, le Dr E_____ a confirmé à l'OCAI que la patiente développait depuis six à dix mois un trouble obsessionnel compulsif qui

allait en s'aggravant et qui la retardait de plus en plus dans l'exécution des tâches ménagères.

19. Le Dr F_____, du SMR, s'est étonné que le trouble obsessionnel compulsif (TOC) n'ait été annoncé qu'après la décision de réduction de rente. Il a néanmoins estimé que la survenue d'un TOC n'ajoutait rien aux éléments médicaux connus, puisqu'il avait été tenu compte du fait que l'assurée pouvait, en période de crise, présenter des empêchements ménagers. Selon lui, les dysfonctionnement présentés pas l'assurée lors de la préparation des repas sont à mettre sur le compte des phases maniaques de la psychose et il s'agit d'empêchements passagers, fluctuants, faisant partie intégrante du tableau de la maladie. Il en tire la conclusion que l'assurée est à même de tenir son ménage en phase de stabilisation et qu'une incapacité entière de longue durée dans toutes les tâches ménagères ne peut être médicalement admissible au sens de l'AI (rapport du 5 septembre 2005, pièce 64 OCAI).

20. Par décision sur opposition du 22 septembre 2005, l'OCAI a rejeté l'opposition. Il a estimé que l'âge de l'enfant de l'assurée ne suffisait pas à lui seul pour admettre avec le degré de vraisemblance requis un statut d'active à plein temps. Il a relevé que, selon les déclarations faites par l'assurée lors de l'enquête ménagère du 17 mars 1994, son intention était de reprendre le travail à 50% lorsque sa fille aurait grandi; une activité à 100% n'avait quant à elle jamais été envisagée ni même annoncée. Quant à l'aggravation de l'état de santé alléguée, elle n'a pas non plus été retenue. A cet égard, l'OCAI s'est référé à l'avis du SMR et a retenu que la survenue d'un TOC n'ajoutait rien aux éléments médicaux connus.

21. Par courrier du 24 octobre 2005, l'assurée a interjeté recours contre cette décision. S'agissant de l'aggravation de son état de santé, elle a indiqué avoir sollicité des explications complémentaires de ses médecins, les Drs B_____ et E_____, et a demandé qu'un délai supplémentaire lui soit accordé pour compléter ses écritures. Elle a maintenu que si elle n'avait pas été atteinte dans sa santé, elle exercerait aujourd'hui une activité à plein temps puisque sa fille unique est majeure. Elle soutient qu'il n'est pas admissible de déduire de ses déclarations de 1994 des conclusions quant à sa situation onze ans plus tard et qu'il convient en l'espèce de se référer à l'expérience générale de la vie qui enseigne que, lorsque leurs enfants sont majeurs, les femmes reprennent généralement une activité à plein temps. Elle en tire la conclusion qu'il faut lui appliquer la méthode d'évaluation ordinaire et donc lui reconnaître un taux d'invalidité de 100%. Subsidiairement, elle fait valoir que même si l'on devait continuer à appliquer la méthode mixte, sa capacité à effectuer les travaux quotidiens a diminué depuis la première décision de l'OCAI. Elle allègue souffrir depuis le début de l'année 2005 d'un TOC qui augmente son handicap dans ses activités quotidiennes; elle souligne que ce trouble n'est apparu qu'au début de l'année 2005, raison pour laquelle il n'a pas été mentionné dans le rapport établi par le Dr E_____ en date du 20 décembre 2004. Elle conteste que la survenance de ce trouble n'ajoute rien aux éléments

médicaux connus et se réfère à cet égard à l'opinion du Dr E_____. Elle conclut à la nécessité d'organiser une expertise afin d'évaluer l'influence de l'apparition de cette nouvelle atteinte sur sa capacité à effectuer ses travaux quotidiens. Elle produit à l'appui de ses dires deux attestations médicales émanant des Drs E_____ et B_____.

22. Du certificat médical établi par le Dr E_____ le 28 octobre 2005, il ressort que la patiente souffre d'une forme grave de psychose maniaco-dépressive depuis 1985. Le médecin indique également avoir noté pour la première fois le 1er février 2005 les symptômes d'un TOC sous forme de calcul de plaques de matricule, repérage et comptage de divers objets dans l'appartement, comptage des minutes et secondes sur les différentes horloges, etc. Le médecin déclare qu'il lui est difficile d'évaluer le degré d'incapacité qui serait dû à cette maladie et suggère qu'une expertise pourrait mieux le définir.

23. Quant au Dr B_____, il a confirmé, dans un certificat daté du 18 novembre 2005, que l'assurée est atteinte d'un trouble bipolaire maniaque sévère avec caractéristique psychotique et qu'un TOC s'est récemment manifesté au début de l'année 2005, ce qui augmente son handicap dans les activités quotidiennes, notamment la préparation des repas.

24. Invité à se prononcer, l'OCAI, dans sa réponse du 15 décembre 2005, a conclu au rejet du recours.

25. La recourante, par courrier du 6 février 2006, a produit un rapport établi le 6 février 2006 par la Drsse B_____ dans lequel cette dernière précise : "en complément de l'attestation du 18 novembre 2005, je tiens à préciser que depuis l'apparition du trouble obsessionnel compulsif, Madame D_____ n'est plus en mesure de faire face aux activités quotidiennes. En effet, elle emploie la majorité de son temps à des vérifications répétées (vérifications et comptage des minutes et des secondes sur les différentes horloges de son appartement, vérification et repérage des divers objets, etc.). Ce comportement s'accompagne d'une indécision et d'un sentiment de détresse. Son TOC a mal répondu au traitement instauré par son psychiatre. Son conjoint et sa fille l'aident pour les tâches qu'elle n'arrive plus à effectuer."

26. La recourante conclut à une réelle aggravation de son état depuis le début de l'année 2005 justifiant le maintien de la rente entière d'invalidité.

27. Ce courrier a été transmis à l'OCAI et la cause gardée à juger.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales, composé de 5 juges, dont un président et un vice-président, 5 suppléants et 16 juges assesseurs (art. 1 let. r et 56 T LOJ).

   Suite à l'annulation de l'élection des 16 juges assesseurs, par le Tribunal fédéral le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente permettant au Tribunal cantonal des assurances sociales de siéger sans assesseurs à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs.

2. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) 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, 129 V 4 consid. 1.2, 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). En l'espèce, l'aggravation alléguée datant du début de l'année 2005, ce sont les nouvelles dispositions qui s'appliquent. Quant aux règles de procédure contenues dans la LPGA, 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 prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56ss LPGA).

5. En l'espèce, le litige porte sur le droit de l'assurée à des prestations de l'assurance-invalidité, plus particulièrement sur les questions de son statut et d'une éventuelle aggravation de son état de santé.

6. Il convient de procéder à l'évaluation du degré d'invalidité en optant pour l'une des trois méthodes suivantes : méthode générale de comparaison des revenus, méthode mixte ou méthode spécifique. Le choix de la méthode dépend du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel, assuré non actif. On décide que l'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction

de ce qu'il aurait fait - les circonstances étant par ailleurs les mêmes - si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. En pratique, on tiendra compte de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, en admettant la reprise hypothétique d'une activité lucrative partielle ou complète si cette éventualité présente un degré de vraisemblance prépondérante (ATF 125 V 150 consid. 2c ; 117 V 194 consid. 3b et les références).

7. En l'occurrence, l'affirmation selon laquelle l'assurée aurait travaillé à plein temps maintenant que sa fille est majeure ne suffit pas à rendre suffisamment vraisemblable cette hypothèse, d'autant qu'elle avait réduit son temps de travail à 50% bien avant d'avoir son enfant. C'est par conséquent à juste titre que l'autorité intimée a considéré qu'il fallait continuer à appliquer la méthode d'évaluation mixte.

8. Reste à déterminer s'il y a eu aggravation de l'état de santé de l'assurée depuis la décision initiale.

9. Selon l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité d'un bénéficiaire de rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée, réduite ou supprimée en conséquence. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les fait tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 66 consid. 2 ; à propos de l'étendue de l'analogie entre la révision de la rente et la nouvelle demande par rapport aux bases de comparaison dans le temps, voir ATF 130 V 73ss consid. 3 ; ATF 125 V 369 consid. 2 ; ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Il convient donc d'examiner si la recourante a rendu plausible une modification déterminante des faits.

   Lors de l'appréciation du caractère plausible d'une modification déterminante des faits influant sur le droit aux prestations, on compare les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision administrative litigieuse et les circonstances prévalant à l'époque de la dernière décision d'octroi ou de refus des prestations (ATF 130 V 66 consid. 2, et 77 consid. 3.2.3 relatif à l'étendue de l'analogie entre la révision de la rente et la nouvelle demande par rapport aux bases de comparaison dans le temps).

   L'exigence sur le caractère plausible de la nouvelle demande selon l'art. 87 al. 3 RAI ne renvoie pas à la notion de vraisemblance prépondérante usuelle en droit des assurances sociales. Les exigences de preuves sont, au contraire, sensiblement réduites en ce sens que la conviction de l'autorité administrative n'a pas besoin d'être fondée sur la preuve pleinement rapportée qu'une modification déterminante est survenue depuis le moment auquel la décision refusant les prestations a été rendue. Des indices d'une telle modification suffisent lors même que la possibilité subsiste qu'une instruction plus poussée ne permettra pas de l'établir (Damien

VALLAT, La nouvelle demande de prestations AI et les autres voies permettant la modification de décisions en force, RSAS 2003, p. 396 ch. 5.1 et la référence sous note n° 27).

10. Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances (ci-après le TFA), l'objet de l'assurance n'est pas l'atteinte à la santé en soi ; ce sont plutôt les conséquences économiques qui en découlent, soit l'incapacité de réaliser un gain par un travail exigible (ou d'accomplir les travaux habituels pour les non actifs). La notion d'invalidité est ainsi une notion juridique, basée sur des éléments essentiellement économiques, qui ne se confond pas forcément avec le taux de l'incapacité fonctionnelle, tel que le détermine le médecin ; ce sont les conséquences économiques de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 105 V 207 et ss. ; 106 V 88 ; 110 V 275 ; RCC 1981 p. 124 consid. 1a).

    Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, le juge a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. 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 158 consid. 1).

11. Le Tribunal de céans est d'avis qu'il y a bien eu aggravation de l'état de santé de l'assurée. Il ressort en effet des rapports des Drs B_____ et et E_____ qu'un nouveau diagnostic est venu s'ajouter à ceux déjà préexistants et ce, au début de l'année 2005, soit antérieurement à la décision litigieuse. L'appréciation du SMR selon laquelle ce nouveau diagnostic, de TOC, n'aurait aucune répercussion sur l'aptitude de l'assurée à accomplir ses tâches ménagères paraît pour le moins lapidaire. D'autant que, contrairement à ce qu'il allègue, il ressort du courrier du Dr B_____ que ce TOC est présent de manière continue. Le Tribunal de céans ne dispose cependant pas, en l'état, d'éléments suffisants pour déterminer dans quelle mesure ce TOC influence la capacité de l'assurée à tenir son ménage. Pour ce faire, une nouvelle enquête ménagère s'impose.

12. Dans cette mesure, le recours est partiellement admis et la cause renvoyée à l'OCAI afin que ce dernier mette en place une nouvelle enquête ménagère et rende ensuite une nouvelle décision.

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 dans le sens des considérants.

3. Renvoie la cause à l'Office cantonal de l'assurance-invalidité à charge pour ce dernier de procéder à une nouvelle enquête ménagère et de rendre ensuite une nouvelle décision.

4. Condamne l'intimé à verser à la recourante la somme de Fr. 1'000,-- à titre de dépens.

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

La greffière	La présidente
Janine BOFFI	Karine STECK

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