RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1607/2002 **ATAS/681/2004**

ARRÊT

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

du 2 septembre 2004

3ème Chambre

En la cause

Madame G_____, recourante

contre

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

Siégeant : **Madame Karine STECK, Présidente,**

Mesdames Valérie MONTANI et Doris WANGELER, juges

EN FAIT

1. Madame G_____(ci-après : l'assurée ou la recourante), ressortissante espagnole née le avril 1962, a travaillé en tant qu'ouvrière polyvalente pour l'usine d'électricité X_____, à partir du mois de juin 1990. Depuis le 28 septembre 1998, elle s'est toutefois retrouvée dans l'incapacité totale de travailler en raison de son état de santé (pièce 2, fourre 4 OCAI). Son salaire annuel s'élevait alors à Fr. 44'408.--.

2. L'assurée souffre depuis 1995 de douleurs diffuses musculaires et cervico-dorso-lombaires, de cervicalgies et de vertiges, qui ont occasionné des troubles de l'humeur et une agressivité importante.

3. Le docteur A_____, son médecin-traitant, l'a adressée au docteur B_____ (chef de clinique de la Division de rhumatologie de l'ÉTABLISSEMENT HOSPITALIER, qui a diagnostiqué des cervicalgies chroniques dans un contexte de possible fibromyalgie (cf. rapport médical du 11 mai 1998 ; pièce 1, fourre 3 OCAI).

4. Le docteur C_____ (spécialiste des affections rhumatismales) a également examiné l'assurée et diagnostiqué une fibromyalgie et un état dépressif sévère (cf. rapport du 24 juin 1999 : pièce 2, fourre 3 OCAI).

5. En date du 29 septembre 1999, l'assurée a déposé une demande de rente auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (OCAI).

6. Dans son rapport du 1er décembre 1999 à l'OCAI, le docteur A_____ a confirmé les diagnostics d'état dépressif sévère et de fibromyalgie et ajouté celui d'hypothyroïdie. Il a estimé que sa patiente était dans l'incapacité totale de travailler. Selon lui, une reconversion professionnelle serait illusoire, malgré le jeune âge de l'assurée, car son état s'aggravait (pièce 3, fourre 3 OCAI).

7. En raison de tendances suicidaires, l'assurée a également été suivie entre février et juillet 1999 par un spécialiste en psychiatrie, le docteur D_____. Ce dernier a confirmé la fibromyalgie et diagnostiqué un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique, se traduisant par des cervicalgies, des brachialgies, des lombalgies et des troubles de l'humeur et du sommeil. Le médecin a estimé que des particularités comportementales de nature sociale, culturelle ou familiale pouvaient exercer une légère influence. Il a exprimé l'opinion que la fibromyalgie, l'état dépressif et la chronicité du syndrome algique faisaient de la patiente une « invalide professionnelle » avec une incapacité de travail de 100% (cf. rapport du 7 janvier 2000 : pièce 4, fourre 3 OCAI).

8. L'OCAI a confié un mandat d'expertise pluridisciplinaire au Centre d'observation médicale de l'AI (ci-après COMAI) de Lausanne.

   Le docteur E_____, spécialiste des maladies rhumatismales, a souligné que l'appréciation de la capacité de travail était difficile, les douleurs limitant la capacité de travail et l'activité physique de la patiente. Il a estimé qu'elle pourrait exercer la profession d'ouvrière pour pièces d'électricité à mi-temps avec un rendement de 40% (pièces 7 et 8, fourre 3 OCAI).

9. L'assurée a également fait l'objet d'une consultation spécialisée de psychiatrie, effectuée par la doctoresse F_____ le 13 août 2001. Compte tenu de la persistance d'un syndrome algique aux traitements, ce médecin a posé le diagnostic de syndrome douloureux chronique et d'épisode dépressif moyen sans syndrome somatique. Il a également relevé un trouble de la personnalité dépendante qui chronifiait et rigidifiait la symptomatologie et constaté que certains éléments contribuaient à aggraver la symptomatologie de l'assurée : cette dernière s'était toujours trop investie dans son travail, de peur d'être rejetée, ce qui avait eu pour conséquence de l'épuiser. Ce fonctionnement chronique existait depuis l'adolescence. S'y ajoutait le fait que la fille de la patiente - née le 27 décembre 1988 - ait été placée dès l'âge de trois mois chez sa grand-mère en Espagne, alors que l'assurée avait souhaité l'élever elle-même. D'autres difficultés familiales ont été relevées telles que les conflits de l'assurée avec son époux, ainsi qu'une mauvaise relation avec sa belle-famille. Le psychiatre a conclu que le trouble présenté n'était pas une réaction normale au vu de la situation et pouvait être qualifié de maladie chronique, rendant illusoire la reprise d'une activité lucrative (pièce 8, fourre 3 OCAI).

10. Le collège des experts a quant à lui posé les diagnostics suivants : épisode dépressif moyen sans syndrome somatique, syndrome douloureux somatoforme persistant, trouble de la personnalité dépendante. Les médecins ont considéré que globalement, une capacité résiduelle de 40% persistait dans la profession précédemment exercée par la patiente ou encore dans l'industrie légère. De tels postes seraient, selon les médecins, parfaitement adaptés à l'état de santé de l'assurée. Ils ont en effet estimé qu'il existait de bons pronostics pour une reprise d'activité au moins partielle, tels que l'ambition d'indépendance et de succès professionnels dans une activité où l'assurée avait toujours donné satisfaction, et la régularité avec laquelle elle s'acquittait de ses tâches ménagères, malgré des douleurs cervicales et lombaires. Les médecins se sont expressément distancés des avis du docteur A_____ et de la doctoresse F_____. Cette dernière a participé à la séance de décision multidisciplinaire, mais a persisté dans son estimation - à savoir une totale incapacité de travail (cf. rapport du 4 février 2002 : pièce 8, fourre 3 OCAI, précisé le 4 juin 2002 : pièce 11, fourre 3 OCAI).

11. Par décision du 25 septembre 2002, l'OCAI a retenu un taux d'invalidité de 60% et octroyé à l'assurée une demi-rente d'invalidité.

12. Par acte daté du 21 octobre 2002, l'assurée a interjeté recours contre cette décision et demandé l'octroi d'une rente entière. Elle allègue avoir énormément travaillé tant que sa santé l'a permis, avec un taux d'absentéisme proche de zéro, mais être désormais incapable de reprendre une activité, même à temps partiel. Elle précise que les douleurs dont elle souffre la fatiguent physiquement et psychiquement et qu'elle devient peu à peu une charge pour son entourage.

13. Invité à se prononcer, l'OCAI, dans son préavis du 17 janvier 2003, a indiqué s'être fondé essentiellement sur le rapport du COMAI pour rendre sa décision. Il estime s'être montré généreux en admettant la réalisation des conditions posées par la loi s'agissant du caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux, alors que le trouble dépressif relevé chez la recourante ne revêt qu'une intensité moyenne et qu'il semble lié à des facteurs extérieurs à l'atteinte à la santé proprement dite.

14. Par arrêt du 25 septembre 2003, le Tribunal de céans a rejeté le recours.

15. Saisi d'un recours de droit administratif, le Tribunal fédéral des assurances (TFA), par arrêt du 1er avril 2004, l'a admis en ce sens que le jugement du 25 septembre 2003 a été annulé. Le TFA a en effet constaté que le Tribunal avait rendu son jugement dans une composition irrégulière dès lors que deux juges assesseurs, dont l'élection devait par la suite être invalidée, avaient participé à la procédure et à la prise de décision.

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 (TCAS), composé de cinq juges, dont un président et un vice-président, cinq suppléants et seize juges assesseurs (art. 1 let. r et 56T LOJ).

   Suite à l'annulation de l'élection des seize juges assesseurs par le Tribunal fédéral (TF) le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente (art. 162 LOJ) permettant au TCAS de siéger sans assesseurs, à trois juges titulaires, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs.

   Statuant sur un recours de droit public, le TF a, dans un arrêt rendu le 1er juillet 2004, confirmé que cette disposition transitoire constituait la solution la plus rationnelle et était, de surcroît, conforme au droit fédéral (arrêt 1P. 183/2004).

   Egalement saisi de la question de l'éventuelle inconstitutionnalité du TCAS, le TF a estimé que la création de ce tribunal ne pouvait être remise en cause, vu la force dérogatoire du droit fédéral, et plus particulièrement de l'art. 57 LPGA en l'occurrence.

2. Il convient de préciser que la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant de nombreuses modifications dans le domaine de l'assurance-invalidité. Le cas d'espèce demeure toutefois régi par les dispositions 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).

3. Le Tribunal de céans constate que le recours, interjeté en temps utile, est recevable, conformément aux articles 69 de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (ci-après LAI ; RS 831.20) et 84 de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants (LAVS ; RS 831.10), alors applicables.

4. a) L'invalidité est définie par la loi comme 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 (art. 4 LAI).

   L'incapacité de gain consiste en la diminution moyenne prévisible des possibilités de gain de la personne concernée sur l'ensemble du marché du travail équilibré

pouvant entrer en considération pour elle (ch. 1017 de Circulaire de l'Office fédéral des assurances sociales concernant l'invalidité et l'impotence de l'assurance-invalidité [CIIAI]).

L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins. En ce cas, il recevra un quart de rente. S'il est invalide à 50%, il se verra octroyer une demi-rente et, si son invalidité atteint 66 2/3 %, une rente entière (art. 28 al. 1 LAI). Dans les cas pénibles, une invalidité de 40% au moins ouvre droit à une demi-rente (art. 28 al. 1bis LAI).

b) Pour les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison de revenus : on compare le salaire que l'invalide pourrait obtenir en exerçant l'activité que l'on peut raisonnablement attendre de lui - après exécution éventuelle de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail - à celui qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (art. 28 al. 2 LAI). La comparaison doit en règle générale se faire de telle manière que les deux revenus hypothétiques soient chiffrés le plus exactement possible et mis en parallèle, leur différence permettant de déterminer le degré d'invalidité. Si leur montant ne peut être déterminé avec précision, il conviendra de les évaluer selon les éléments connus dans le cas particulier et de comparer entre elles les valeurs approximatives ainsi retenues (VSI 2000 consid. 1b 84; VSI 2000 consid. 1a 316).

c) 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).

d) Parmi les atteintes à la santé psychique, qui peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité au sens de l'article 4 alinéa 1 LAI, il faut mentionner - outre les affections mentales proprement dites - les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif (donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité), les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible. Il convient donc de déterminer si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré l'atteinte à sa santé mentale, exercer une activité que lui offre, compte tenu de ses aptitudes, un marché du travail équilibré. Le point déterminant est ici de savoir quelle activité peut raisonnablement être exigée. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante ; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre qu'on ne saurait exiger de lui, pour des

raisons sociales et pratiques, qu'il mette à profit sa capacité de travail ou - condition alternative - qu'une telle exigence serait insupportable pour la société (ATF 102 V 165 ; VSI 2001 consid. 2b p. 224s.; VSI 2000 consid. 2a p. 153 ; VSI 1996 p. 318 consid. 2a, p. 321 consid. 1a, p. 424 consid. 1a ; RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références).

e) Selon la jurisprudence, des troubles somatoformes douloureux peuvent, dans certaines circonstances, provoquer une incapacité de travail (ATF 120 V 119 consid. 2c/cc ; RSAS 1997 p. 75; RAMA 1996 No U 256 p. 217ss consid. 5 et 6). De tels troubles entrent dans la catégorie des affections psychiques, pour lesquelles une expertise psychiatrique est en principe nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail qu'ils sont susceptibles d'entraîner (VSI 2000 p. 160, consid. 4b).

Se fondant sur la doctrine médicale récente, MOSIMANNN a décrit en détail la tâche de l'expert médical, lorsque celui-ci doit se prononcer sur le caractère invalidant de troubles somatoformes. Selon cet auteur, sur le plan psychiatrique, l'expert doit poser un diagnostic dans le cadre d'une classification reconnue et se prononcer sur le degré de gravité de l'affection. Il doit évaluer le caractère exigible de la reprise par l'assuré d'une activité lucrative. Ce pronostic tiendra compte de divers critères, telle une structure de la personnalité présentant des traits prémorbides, une comorbidité psychiatrique, des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale, un éventuel profit tiré de la maladie, le caractère chronique de celle-ci sans rémission durable, une durée de plusieurs années de la maladie avec des symptômes stables ou en évolution, l'échec de traitements conformes aux règles de l'art. Le cumul des critères précités fonde un pronostic défavorable (ATFA du 19 janvier 2000 en la cause K, réf. I 554/98, consid. 2c). Enfin, l'expert doit s'exprimer sur le cadre psychosocial de la personne examinée. Au demeurant, la recommandation de refus d'une rente doit également reposer sur différents critères. Au nombre de ceux-ci figurent la divergence entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent l'expert insensible, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (Hans-Jakob MOSIMANN, Somatoforme Störungen : Gerichte und [psychiatrische] Gutachten, in : Revue suisse des assurances sociales et de la prévoyance professionnelle [RSAS] 1999, p. 1ss et p 105ss ; VSI 2000 p. 155 consid. 2c).

f) En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les

aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATFA non publié I 554/98 du 19 janvier 2000 ; ATF 118 V 290 consid. 1b, 112 V 32ss et les réf. citées). L'élément déterminant pour la valeur probante n'est en principe ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation, sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 122 V 160 consid. 1c ; OMLIN, Die Invaliditätsbemessung in der obligatorischen Unfallversicherung p. 297ss; MORGER, Unfallmedizinische Begutachtung in der SUVA, in RSAS 32/1988 p. 332ss).

g) En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est 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 enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 122 V 160 consid. 1c et réf. ; ATFA non publié du 19 janvier 2000).

A ce titre, MEINE souligne que l'expertise doit être fondée sur une documentation complète et des diagnostics précis, être concluante grâce à une discussion convaincante de la causalité et apporter des réponses exhaustives et sans équivoque aux questions posées (MEINE, L'expertise médicale en Suisse : satisfait-elle aux exigences de qualité actuelles ?, in Schweizerische Versicherungszeitschrift, 67/1999, p. 37ss). Dans le même sens, BUEHLER expose qu'une expertise doit être complète quant aux faits retenus, à ses conclusions et aux réponses aux questions posées. Elle doit être compréhensible, concluante et ne pas trancher des points de droit (BÜHLER, Erwartungen des Richters an der Sachverständigen, in PJA 1999 p. 567ss ; ATFA non publié I 554/98 du 19 janvier 2000).

h) A partir du moment où il est établi qu'il y a atteinte psychique ayant valeur de maladie, il est décisif de savoir si et dans quelle mesure l'assuré peut, malgré son infirmité mentale, mettre à profit sa capacité de travail et de gain en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée dans son cas (ATFA non publié I 376/02 du 28 mars 2003 consid. 3.1 ; ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b ; Pladoyer 2002 n°4 p. 64, consid. 2b). Si les avis des experts ne reposent que sur des hypothèses (le fait que l'environnement change, qu'elle ait un entourage

affectif de meilleure qualité, etc.), et non sur des constatations objectives, sans que les médecins ne se prononcent concrètement sur une diminution de la capacité de travail en raison de problèmes d'ordre psychiques, leur avis ne peut emporter de conviction.

a) En l'espèce, vu l'ensemble des pièces médicales figurant au dossier, on peut tenir pour établi que l'assurée ne souffre pas d'une atteinte à la santé physique propre, à elle seule, à entraîner une incapacité de travail et de gain d'une certaine importance. Au contraire, le docteur E_____ a constaté la présence de douleurs diffuses de l'appareil locomoteur, sans limitation fonctionnelle. Le docteur C_____ a confirmé que la mobilité du rachis dorso-lombaire était globalement conservée. On peut ainsi retenir que sur le plan purement organique, il n'existe pas d'atteinte à la santé qui soit propre à entraîner une incapacité de travail justifiant le versement d'une rente. L'ensemble des médecins reconnaissant à l'assurée une incapacité de travail s'accordent d'ailleurs à considérer que celle-ci découle de la présence d'un trouble somatoforme douloureux. Dès lors, il s'agit d'examiner si l'assuré présente une atteinte invalidante à sa santé psychique.

b) L'expert psychiatre, la doctoresse F_____, qui a participé à la séance de décision multidisciplinaire a estimé que : « les troubles de la personnalité de la patiente sont graves, et ont valeur de maladie ; ils ont favorisé l'émergence du trouble dépressif et du syndrome douloureux somatoforme persistant, qui ont certainement aussi valeur de maladie ».

Le collège des médecins s'est toutefois distancié de cette opinion. Il s'est déclaré convaincu de la souffrance réelle de la patiente et a constaté que ses ressources adaptatives semblaient être bien entamées (pièce 11, fourre 3 OCAI). Il s'est malgré tout déclaré plus optimiste que le médecin traitant et le psychiatre en raison de plusieurs facteurs favorables à une reprise d'activité : l'ambition de la patiente d'accomplir un travail intéressant, son besoin d'indépendance, son désir de vivre en ville, sa volonté de retrouver la normalité et de retrouver son ancien poste. Tous ces éléments l'ont conduit à reconnaître à la patiente une capacité de travail résiduelle de 40% au moins dans son ancienne profession ou dans une activité légère.

Il est vrai que le docteur D_____ concluait pour sa part à une totale incapacité de travail. Il avouait toutefois qu'il lui était difficile d'évaluer avec certitude la capacité de travail de sa patiente. Or cette dernière a fait l'objet auprès du COMAI d'investigations approfondies qui permettent de penser que le rapport du COMAI est mieux étayé.

Le Tribunal fédéral des assurances a récemment estimé que lorsque l'assuré avait fait l'objet d'une expertise pluridisciplinaire, il y avait lieu de s'attacher davantage à la discussion globale menée par le collège de médecins qu'aux rapports

forcément sectoriels et limités des différents spécialistes consultés en cours d'expertise (ATFA non publié I 53/03 du 19 août 2003).

En l'occurrence, même si la recourante s'estime incapable de reprendre la moindre activité, il ressort du dossier qu'elle demeure néanmoins capable de conserver un rythme de vie, de faire de longues promenades, qu'elle s'oblige à vaquer à quelques activités ménagères et qu'elle ne vit pas dans un état de régression extrême. Qui plus est, les médecins ont relevé des éléments favorables à une reprise d'activité. Enfin, la dépression dont souffre l'assurée ne revêt qu'un degré de gravité moyen et ne présente pas le caractère d'une comorbidité ou d'une atteinte psychiatrique grave.

Le critère de la chronicité et de la durée des douleurs, qui serait susceptible de fonder un pronostic défavorable à propos de l'exigibilité d'une reprise de l'activité professionnelle apparaît certes réalisé. Toutefois, il n'est pas, à lui seul, suffisant au regard de la jurisprudence pour justifier du caractère invalidant d'une incapacité de travail en raison d'un trouble somatoforme douloureux.

c) Eu égard aux considérations qui précèdent, le Tribunal de céans estime que la position adoptée par le collège d'experts est convaincante et que c'est par conséquent à juste titre que l'autorité intimée n'a reconnu à l'assurée qu'un degré d'invalidité de 40%. Les griefs invoqués s'avérant infondés, le recours est rejeté.

* * *

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant :

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 jugement 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. Ce mémoire doit : a) indiquer exactement quelle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée; b) exposer pour quels motifs le recourant estime pouvoir demander cette autre décision; c) porter la signature du recourant ou 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 au mémoire s'il s'agit de pièces en possession du recourant. Seront également jointes au mémoire la décision attaquée et l'enveloppe dans laquelle elle a été expédiée au recourant (art. 132, 106 et 108 OJ).

La greffière :	La présidente :
Janine BOFFI	Karine STECK

Le présent jugement est communiqué pour notification aux parties ainsi qu'à l'office fédéral des assurances sociales par le greffe