REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1858/2006 **ATAS/763/2006**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 2

du 5 septembre 2006

En la cause

Madame G_____, domiciliée à CAROUGE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître WEHRLI Olivier	recourante

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE INVALIDITE, rue de Lyon 97 à GENEVE	intimé

Siégeant : Isabelle DUBOIS , Présidente; Juliana BALDE et Valérie MONTANI, Juges

EN FAIT

1. Madame G_____ (ci-après la recourante), née en 1954, est titulaire d'un certificat fédéral de capacité d'employée de commerce. Atteinte d'une leucémie, elle a subi une greffe osseuse en 1987, et a été au bénéfice d'une rente d'invalidité avant de pouvoir travailler à nouveau. En 2002, elle a été atteinte d'un cancer du sein, et est en totale incapacité de travail depuis le mois de novembre 2002, selon certificats des (ci-après "établissement hospitalier").

2. Au mois de novembre 2003, la recourante a déposé une demande de prestations AI visant l'octroi d'une rente, auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après OCAI).

3. Selon le rapport médical adressé par le département de gynécologie et d'obstétrique des "établissement hospitalier" à l'OCAI le 18 février 2004, les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail sont les suivants : status après tumorectomie et curage axillaire pour un carcinome canalaire invasif du sein droit, status après six cycles de chimiothérapie adjuvante et radiothérapie adjuvante, LMA de type M1 avec transplantation de moelle allogénique. L'état de santé de la patiente est stationnaire, des mesures médicales ne peuvent pas améliorer la capacité de travail et des mesures professionnelles ne sont pas indiquées. La patiente se plaint essentiellement d'une asthénie importante, aggravée au fur et à mesure des traitements adjuvants.

   Dans l'annexe au rapport, le médecin indique que l'activité exercée jusqu'alors n'est plus exigible, il y a une diminution de rendement. À la question de savoir si l'assurée peut exercer une autre activité, le médecin répond oui, mais pas le matin, et sans travaux de force, à mi-temps au maximum, et avec une diminution de rendement en raison des problèmes de concentration.

4. Le 25 mai 2004, sur la base de ce rapport, le SERVICE MÉDICAL RÉGIONAL AI (ci-après SMR) a proposé d'admettre une capacité résiduelle de travail diminuée à 50 % dans son métier, et de prévoir une révision de la rente à cinq ans. Il a considéré qu'une fatigabilité pouvait effectivement persister après plusieurs cycles de chimiothérapie et de radiothérapie, tandis que la limitation existante à l'épaule droite n'est pas déterminante dans le métier exercé.

5. Par décision du 23 juillet 2004, l'OCAI a mis la recourante au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité, basée sur un degré d'invalidité de 50 %, dès le 18 novembre 2003.

6. En date du 11 août 2004, la recourante a fait opposition à cette décision, faisant valoir que son état de santé ne lui permet en aucun cas de travailler, car elle n'en a pas la force physique.

7. Dans un courrier adressé à la recourante, à sa demande, le 23 septembre 2004, et produit par celle-ci au dossier, les "établissement hospitalier" rappellent avoir constaté une asthénie chronique ainsi que des douleurs à la mobilisation du membre supérieur droit, et qu'en raison de la persistance de ces symptômes, ils avaient maintenu jusqu'alors une incapacité de travail de 100 %. Ils ont rappelé également que la recourante avait déjà subi, en 1987, un traitement médical lourd pour une leucémie, qui a nécessité une chimiothérapie et une radiothérapie du corps entier ainsi qu'une transplantation de moelle. Il n'est pas exclu que les traitements de 1987 et de 2003 aient provoqué une toxicité cumulative, responsable de l'état actuel de la patiente.

8. Constatant une apparente contradiction dans les deux rapports susmentionnés, de mai et septembre 2004, s'agissant de la capacité de travail exigible, le SMR a sollicité des "établissement hospitalier" un nouveau rapport, établi le 7 février 2005. Il en ressort, essentiellement, que l'état de santé est resté stationnaire depuis le mois d'octobre 2004, qu'il n'y a pas de changement dans les diagnostics et qu'une reprise de travail sera possible, à une date qui reste à fixer en fonction de l'évolution du cas.

9. Dans l'intervalle, l'assureur perte de gain de la recourante a confié un mandat d'expertise de type COMAI à la "établissement hospitalier" de Lausanne (PMU), qui a rendu son rapport le 9 juin 2005.

   Les experts ont procédé à l'étude du dossier complet, à un examen clinique du 8 mars 2005, ainsi qu'à trois consilium, de rhumatologie, de psychiatrie et d'oncologie. Ils ont procédé à une anamnèse familiale, personnelle, actuelle, puis à la description des plaintes de la patiente. Celle-ci décrit une asthénie importante qui ralentit toutes ces activités, ainsi que des douleurs à l'épaule droite. Suit l'anamnèse systématique, psychosociale, professionnelle. Les constatations objectives sont sans particularité. La consultation de rhumatologie retient comme diagnostic des scapulo-rachialgies droites chroniques avec possible périarthrite, qui génère un certain nombre de limitations fonctionnelles. La capacité de travail d'un point de vue rhumatologique en tant qu'employée de commerce est fixée à 60 %. Pour les activités ménagères, la capacité de travail et de 80 %. La consultation de psychiatrie conclut à l'absence de tout trouble psychiatrique. La consultation oncologique rejoint les constatations des "établissement hospitalier". Elle confirme que les traitements intensifs subis peuvent être à l'origine d'une asthénie, de même que les douleurs au membre supérieur droit sont compatibles avec l'opération chirurgicale. L'asthénie persistante est probablement secondaire au traitement de la leucémie. Si initialement elle avait pu reprendre une activité professionnelle estimée à 100 %, il faut préciser que cela était dans l'entreprise de son mari et à un rythme adapté à ses capacités. Le carcinome mammaire peut avoir majoré cette fatigue. En conclusion, l'asthénie, les troubles de la concentration, la fatigabilité et les douleurs du membre supérieur droit limitent significativement la capacité de travail de la patiente.

Dans l'appréciation globale du cas, les experts retiennent cette limitation de la capacité de travail, en relevant toutefois que la recourante ne reste pas entièrement inactive et décrit le maintien d'un réseau social (invitation à domicile, quelques voyages), et divers loisirs. La capacité de travail résiduelle est estimée à 60 % environ, avec un rendement probablement légèrement abaissé, de l'ordre de 80 %. Par conséquent, la capacité de travail globale est de l'ordre de 50 %, depuis le mois de novembre 2003, étant précisé que l'incapacité de travail était complète du mois de novembre 2002 au mois d'octobre 2003. Un poste offrant une certaine flexibilité dans les horaires serait idéal, et une aide au placement est nécessaire vu la longue durée de l'incapacité de travail et l'âge de la recourante. Il convient de favoriser une activité l'après-midi.

10. Par courrier adressé à la recourante le 28 septembre 2005, le Dr A_____, médecin chef de service d'hématologie des "établissement hospitalier" conteste avec vigueur les conclusions de l'expertise, considérant qu'un spécialiste en oncologie ne peut conclure autrement qu'à une totale incapacité de travail, précisant que si la patiente s'efforce de donner d'elle une image enjouée, cela est cependant « le fruit d'une lutte d'une personne qui s'efforce de vivre dignement, malgré des traumatismes physiques sévères qu'elle a reçus ».

11. Considérant que ces médecins n'apportent pas d'élément nouveau mais une appréciation différente de celle faite par les experts des mêmes faits médicaux, le SMR considère qu'il n'y a pas lieu de s'écarter des conclusions de l'expertise, selon note du 25 janvier 2006.

12. Par conséquent, par décision sur opposition du 14 avril 2006, l'OCAI a confirmé sa décision et rejeté l'opposition.

13. Dans son recours du 23 mai 2006, la recourante conclut à l'annulation de la décision litigieuse, et à ce qu'une rente entière lui soit octroyée dès le 18 novembre 2003, avec suite de dépens. Subsidiairement, elle conclut à l'ordonnance d'une expertise aux fins de fixer le taux d'invalidité. Elle produit un document médical du 12 mai 2006, établi par la Dresse B_____, oncologue, et intitulé « expertise médicale », qui dans ses conclusions rejoint celles des médecins des "établissement hospitalier".

    Elle conteste essentiellement les conclusions de l'expertise dont elle relève, préalablement, qu'il s'agit d'une expertise privée, qui ne saurait avoir plus de poids que l'avis des spécialistes en oncologie des "établissement hospitalier" et de la Dresse B_____ et qui ne saurait avoir la même valeur qu'une expertise judiciaire. En particulier, les experts ont retenu comme conclusions globales la capacité de travail fixée par le consilium de rhumatologie, à 60 %, alors qu'il eût fallu pondérer celle-ci par les conclusions des experts oncologues. Le poste de travail, l'après-midi avec des horaires souples et sans stress, pronostiqué par les

experts, est irréaliste. Par ailleurs, même s'il fallait admettre une capacité de travail de 50 %, le taux d'invalidité atteindrait quand même 80 %, correspondant à une rente entière. Il y aurait lieu, en effet, de comparer le revenu sans invalidité, de 134'689 fr., à un revenu de 26'016 fr. correspondant à un salaire horaire de 27 fr.10 pour une personne bénéficiant d'un CFC, âgée de 54 à 64 ans, et travaillant dans les arts graphiques (selon l'enquête suisse sur la population active, 2005).

14. Dans sa réponse du 19 juin 2006, l'OCAI conclut au rejet du recours. L'expertise pluridisciplinaire réalisée par la PMU à toute valeur probante et doit être préférée à l'avis des médecins traitants de la recourante, au vu de la jurisprudence fédérale. Quant au document produit avec le recours, il ne correspond aucunement à une expertise médicale. Ce document a été soumis au SMR qui confirme qu'il ne s'agit que d'une appréciation différente d'un état de faits identiques. Le taux d'invalidité est bien de 50 %, car la limitation de la capacité de travail est de 50 % dans l'activité antérieure.

15. Par pli du 23 juin 2006, le Tribunal a transmis cette écriture ainsi que son annexe à la recourante, en lui permettant de se déterminer sur la pièce produite.

16. Par écriture du 11 juillet 2006, la recourante considère que l'appréciation du médecin-conseil, qui n'a jamais rencontré la recourante, est dépourvue de toute pertinence. Elle s'interroge, par ailleurs, sur l'indépendance de l'expert qui reçoit régulièrement des mandats d'une compagnie d'assurances privée. Elle conclut ainsi à la réalisation d'une contre-expertise, effectuée par des professionnels d'un centre de transplantation de moelle avec le concours d'un oncologue, les experts qui se sont prononcés n'étant manifestement pas spécialistes en matière de leucémie.

17. Après transmission de cette écriture à l'OCAI par pli du 20 juillet 2006, la cause a été 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.

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'article 56 LPGA qui sont relatives à la loi sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959.

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

2. 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 des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). Les règles de procédure quant à elles s'appliquent sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). La LPGA s'applique donc au cas d'espèce.

3. Interjeté dans les forme et délai légaux, le recours est recevable, conformément aux art. 56, 59 et 60 LPGA.

4. Le litige porte en premier lieu sur la question de savoir si l'expertise de la PMU possède une pleine valeur probante. La recourante le conteste, au motif qu'il s'agit d'une expertise privée, diligentée non par l'OCAI mais par l'assureur perte de gain de la recourante, que les experts ne sont pas spécialistes en matière de leucémie au contraire des médecins des "établissement hospitalier" qui se sont exprimés en faveur d'une totale incapacité de travail, et, finalement, que le taux de capacité de travail retenu correspond à l'appréciation du rhumatologue et ne tiendrait pas compte de l'ensemble des éléments.

   Il faut rappeler que, s'agissant de la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références).

   Ainsi, lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge

ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé.

Le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante. Une expertise présentée par une partie peut donc également valoir comme moyen de preuve. En vertu des principes énoncés par la jurisprudence concernant l'appréciation des preuves, le juge est toutefois tenu d'examiner si elle est propre à mettre en doute, sur les points litigieux importants, l'opinion et les conclusions de l'expert mandaté par le tribunal. Cette jurisprudence s'applique aussi bien lorsqu'un assuré entend remettre en cause, au moyen d'une expertise privée, les conclusions d'une expertise aménagée par l'assureur-accidents ou par un office AI (ATF 125 V 351; ATFA non publié I 321/2003 du 29 octobre 2003).

Il en résulte qu'une pleine valeur probante doit être reconnue à l'expertise de la PMU. Le fait qu'elle ait été diligentée par l'assureur perte de gain n'est en effet pas un argument pertinent, et d'ailleurs la PMU fait également régulièrement des expertises pour l'OCAI ou pour les tribunaux. Cette expertise est très complète, claire, bien motivée. En outre, si chaque spécialiste s'est, dans un premier temps, déterminé de son côté, la PMU a procédé à une appréciation globale du cas tenant compte des trois consilium. Par ailleurs, un spécialiste en oncologie a participé à l'expertise, et l'on ne voit pas en quoi une spécialisation en leucémie aurait été nécessaire, d'autant plus que les constatations objectives et diagnostics posés par cet expert sont les mêmes que ceux des "établissement hospitalier".

5. Conformément au principe de la libre appréciation des preuves, l'administration ou le juge apprécient librement les preuves, sans être liés par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, comme en l'espèce, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre (ATF non publié du 1er juillet 2003 en la cause I 167/03).

   On rappellera encore que la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste d'un centre d'observation de l'assurance-invalidité et d'une clinique universitaire 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, ATFA non publié du 21 août 2002 en la cause I 698/01/Mh consid. 4). En effet, selon la jurisprudence du TFA, le médecin traitant a un mandat de soins. Il est dans une position particulière, en raison de la confiance réciproque qui régit la relation patient/médecin. Il n'a pas, d'emblée, de raison de mettre en

doute l'incapacité alléguée par son patient, surtout dans une situation d'évaluation difficile. En principe, il fait donc confiance à son patient, ce qui est souhaitable, et ne fait donc pas toujours preuve de l'objectivité nécessaire, guidé qu'il est par le souci, louable en soi, d'être le plus utile possible à son patient. La règle est d'ailleurs qu'il se récuse pour l'expertise de ses propres patients (VSI 2001, 109 consid. 3b/cc ; RCC 1988, p. 504 consid. 2). L'expert est dans une position différente puisqu'il n'a pas un mandat de soins, mais un mandat d'expertise, en réponse à des questions posées par des tiers. Il tient compte des affirmations du patient. Il doit parfois s'écarter de l'appréciation plus subjective du médecin traitant (VSI 2001 p. 109 consid. 3b/bb). Pour ce qui concerne les rapports émanant des médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait relevant de l'expérience que, de par sa position de confident privilégié que lui confère son mandat, le médecin traitant tranchera dans le doute en faveur de son patient (ATF 124 I 175 consid. 4 et les références citées ; Plädoyer 6/94 p. 67).

En l'occurrence, les conclusions de l'expertise de la PMU divergent des conclusions des "établissement hospitalier", notamment de l'avis du Dr A_____, ainsi que celles de la Dresse B_____. Cependant, seule l'évaluation de la capacité de travail résiduelle diffère, les constatations objectives et les diagnostics étant, quant à eux, identiques. Or, on ne peut nier que les médecins des "établissement hospitalier", signataires des principaux rapports médicaux au dossier, sont liés par un mandat de soins à la recourante et n'ont pas, de ce fait, l'objectivité que peut avoir un expert neutre. La position des "établissement hospitalier" quant à la capacité résiduelle de travail de la recourante est par ailleurs peu claire puisqu'au mois de février 2004 une capacité résiduelle d'un maximum de 50 % lui est reconnue, alors que l'incapacité de travail est à nouveau totale au mois de mai 2004 alors que, vérification faite par l'OCAI, l'état de santé est considéré comme stationnaire. Il est exact que le Dr A_____ ne peut être qualifié de médecin traitant de la recourante. Cependant, son courrier du 28 septembre 2005 n'est pas de nature à mettre en cause les conclusions des experts. Ce médecin n'apporte, en effet, aucun argument concret permettant d'expliquer ce qui fonde la totale incapacité de travail de la recourante, à son avis. Il se contente de contester les compétences des experts de la PMU, et de rappeler la lourdeur des traitements subis par la recourante, élément dont les experts avaient parfaitement connaissance. Le rapport de la Dresse B_____ ne permet pas davantage de s'écarter des conclusions des experts, pour les mêmes motifs.

Il en résulte que les conclusions des experts de la PMU doivent être suivies.

6. Ces conclusions sont les suivantes : l'expert rhumatologue retient une capacité de travail dans le métier d'employée de commerce de 60 %, et une capacité de travail de 80 % dans les activités ménagères. L'expert psychiatre ne retient aucune limitation de la capacité de travail, n'ayant diagnostiqué aucun trouble psychiatrique. L'expert oncologue signale qu'une asthénie persistante, des troubles

de la concentration et des douleurs au membre supérieur droit qui limitent significativement la capacité de travail de la patiente. Il lui faudrait un poste de travail avec des horaires flexibles et ne mettant pas à trop grande contribution son bras droit. Procédant alors à l'appréciation globale du cas, les trois experts retiennent comme facteurs limitant la capacité de travail, d'une part, les douleurs de l'épaule droite, d'autre part l'asthénie, dont ils admettent qu'elle augmente la fatigabilité, diminue la tolérance au stress, et provoque éventuellement des troubles de concentration ainsi qu'une baisse de rendement. Ils pondèrent cependant l'avis, à ce sujet, de l'expert oncologue, compte tenu de la vie sociale de la recourante, qui reste relativement active, et a conservé divers loisirs et activités et de leurs constatations durant l'examen clinique, où aucun ralentissement psychomoteur ni fatigabilité importante n'ont été constatés. C'est ainsi qu'ils fixent, de façon globale, une capacité de travail résiduelle, dans l'activité d'employée de commerce, de l'ordre de 60 %, mais avec un rendement probablement légèrement abaissé, de l'ordre de 80 %, de sorte qu'au final un taux de capacité résiduelle de travail de 50% est retenu.

7. Il reste à déterminer le taux d'invalidité de la recourante.

   L'art. 28 al. 1 LAI prévoit que l'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 pour cent au moins. La rente est d'un quart si l'assuré présente une invalidité de 40 pour cent au moins, d'une demie pour une invalidité de 50 pour cent au moins, de trois-quarts pour une invalidité de 60 % au moins et entière dès 70 % au moins d'invalidité. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA).

   Il n'est pas permis – exception faite d'une situation claire – de fixer sans autre un taux d'invalidité correspondant à l'incapacité de travail retenue par les médecins (RCC 1962 p. 441). Mais en l'espèce, la situation de la recourante est claire puisqu'elle ne peut plus exercer son activité précédente qu'à 50 %, ainsi que toute autre activité, et que des mesures de réadaptation professionnelle ne se justifient pas. En l'occurrence, le taux d'invalidité correspond au taux d'incapacité de travail qui est de 50 %, ce qui lui ouvre le droit à une demi-rente d'invalidité, depuis le mois de novembre 2003 (début de l'incapacité de travail le 18 novembre 2002).

8. Il en résulte que les décisions de l'OCAI des 23 juillet 2004 et 14 avril 2006 sont fondées. Par conséquent, le recours ne peut être que 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. Dit que la procédure est gratuite.

4. 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
Yaël BENZ	Isabelle DUBOIS

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